

## Opis przedmiotu zamówienia

„Dostawa, instalacja i wdrożenie  
oprogramowania administracyjnego  
i medycznego”

## Spis treści

Spis treści.....	2
1. Wstęp.....	3
2. Wymagania ogólne dla oprogramowania.....	3
3. Wymagania dla oprogramowania medycznego.....	19
4. Wymagania dla oprogramowania administracyjnego .....	101
5. Integracja .....	122
6. Migracja danych – oprogramowanie medyczne HIS.....	123
7. Migracja danych – oprogramowanie administracyjne ERP .....	126

## 1. Wstęp

W dokumencie przedstawiony został opis przedmiotu zamówienia systemu na potrzebę dostawy oraz wdrożenia oprogramowania w części medycznej i administracyjnej, a także przeszkolenia personelu w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej W Pruszkowie z siedzibą przy ul. Armii Krajowej 2/4, 05-800 Pruszków.

W ramach projektu należy wykonać następujące prace:

1. Udzielenie Zamawiającemu licencji na oprogramowanie medyczne i administracyjne,
2. Instalacja, wdrożenie i integracja oprogramowania informatycznego w części medycznej i administracyjnej,
3. Przeprowadzenie szkoleń dla pracowników i dla administratorów systemu (oprogramowania),
4. Objęcie udzielonego zamówienia min. 12-miesięcznym okresem gwarancyjnym,
5. Przyjęcie przez wykonawcę zamówienia innych zobowiązań, o których mowa w SIWZ, a w szczególności we wzorze umowy.

## 2. Wymagania ogólne dla oprogramowania

	Ogólne cechy systemu
1.	System jest zgodny z normami dotyczącymi służby zdrowia: <ul style="list-style-type: none"><li>• ISO/IEC 27002 - norma określająca wytyczne związane z ustanowieniem, wdrożeniem, eksploatacją, monitorowaniem, przeglądem, utrzymaniem i doskonaleniem Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji,</li><li>• PN-ISO/IEC 20000-1 "Technika informatyczna - Zarządzanie usługami - Część 1: Wymagania dla systemu zarządzania usługami",</li><li>• PN ISO/IEC 27001 „Technika informatyczna - Techniki bezpieczeństwa - Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji - Wymagania”,</li><li>• PN-ISO/IEC 27005 "Technika informatyczna - Techniki bezpieczeństwa - Zarządzanie ryzykiem w bezpieczeństwie informacji".</li></ul>
2.	System posiada moduł HL7 pozwalający na łatwe dołączanie do niego zewnętrznych systemów teleinformatycznych niezależnie od ich producenta.
3.	System spełnia zasady interoperacyjnego współdziałania na trzech poziomach: semantycznym, organizacyjnym oraz technologicznym zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U. 2012 poz. 526, z późn. zm.).
4.	System jest przystosowany do uruchomienia na platformie wirtualizacyjnej w chmurze prywatnej.
5.	System ma możliwość pracy użytkowej przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, wszystkie dni w roku.
6.	Wdrażany system posiada dwa środowiska: <ul style="list-style-type: none"><li>• środowisko produkcyjne,</li><li>• środowisko testowo-szkoleniowe.</li></ul> Środowisko produkcyjne przeznaczone jest do eksploatacji produkcyjnej Systemu, a środowisko testowo-szkoleniowe dla prowadzenia testów poprawek programowych oprogramowania przed jego instalacją w środowisku produkcyjnym, a także do prowadzenia szkoleń Użytkowników systemu.
7.	System umożliwia tworzenie, archiwizowanie oraz udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej wg zasad określonych w ustawie o z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 nr 113 poz. 657, z późn. zm.).
8.	System umożliwia integrację z platformami P1 i P2. Oznacza to, że system HIS musi umożliwiać tworzenie elektronicznych dokumentów medycznych oraz prowadzenie rejestru świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania

	tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych według standardów i zgodnie z formatami określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej oraz dokumentach opublikowanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
9.	System jest zintegrowany z systemami NFZ w zakresie niezbędnym do realizacji opisanych w dokumencie funkcjonalności.
10.	System może być zintegrowany z systemami specjalistycznymi RIS/PACS i LIS, eksploatowanymi u Zamawiającego z wykorzystaniem protokołu HL7.
11.	System umożliwia tworzenie elektronicznych dokumentów medycznych oraz prowadzenie rejestru świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych według standardów i zgodnie z formatami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów Elektronicznej Dokumentacji Medycznej z dnia 8 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 941) oraz dokumentach opublikowanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
12.	System może generować dokumenty medyczne w standardzie PDF.
13.	System umożliwia przesłanie do P1 informacji o trzech obszarach: <ul style="list-style-type: none"> <li>• informacja o zdarzeniu medycznym, tzw. ExtPLHealthcareEvent,</li> <li>• indeksy dokumentów medycznych wytworzonych w ramach tego zdarzenia, tzw. XDSDocumentEntry,</li> <li>• informacja o bieżącej komunikacji, tzw. XDSSubmissionSet.</li> </ul>
14.	System w zakresie gromadzenia i udostępniania, za pośrednictwem P1, informacji o zdarzeniach medycznych oraz wytworzonej podczas zdarzenia medycznego elektronicznej dokumentacji medycznej, powinien posiadać następujące grupy funkcjonalne: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dodawania i edycji danych medycznych,</li> <li>• importu/migracji danych zewnętrznych,</li> <li>• tworzenia dokumentacji medycznej,</li> <li>• autoryzacji,</li> <li>• wersjonowania,</li> <li>• archiwizacji,</li> <li>• uprawnień,</li> <li>• dostępu.</li> </ul>
15.	System działa w architekturze klient - serwer, w której baza danych znajduje się na serwerze centralnym obsługującym zarządzanie i przetwarzanie danych. Poszczególne aplikacje pracując na stacjach roboczych otrzymują z serwera wyniki obliczeń jednak również same mogą wykonywać indywidualne zadania lub obliczenia w ramach Systemu nie angażując serwera. System w części medycznej i administracyjnej musi być oparty na jednej bazie danych .
16.	System posiada narzędzia umożliwiające tworzenie raportów o odbytych wizytach i zrealizowanych usługach medycznych dla pacjentów.
17.	System posiada możliwość zdalnego połączenia się przez uprawnionych użytkowników z każdym komputerem pracującym w ramach Systemu.
18.	System posiada mechanizmy umożliwiające przeprowadzenie centralnej aktualizacji oprogramowania, zarówno w środowisku produkcyjnym jak i testowo-szkoleniowym, bez konieczności ręcznej aktualizacji na każdej stacji roboczej i tablecie z osobna.
19.	System działa i udostępnia wszystkie wymagane funkcjonalności na infrastrukturze sprzętowej przeznaczonej na potrzebę budowy systemu.
20.	System działa po stronie użytkownika pracującego w środowisku Microsoft RDS (zarówno na serwerach RDSH (pulpit współdzielony) jak i wirtualnych maszynach na serwerach RDVH (VDI))
21.	System posiada mechanizmy umożliwiające użycie bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73) lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Powyższe dotyczy: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elektronicznej dokumentacji medycznej,</li> <li>• elektronicznej dokumentacji medycznej lub danych z tych dokumentów, w zakresie niezbędnym do</li> </ul>

	<p>wykonywania badań diagnostycznych, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wniosku o dostęp do danych przetwarzanych w SIM umożliwiających wymianę między usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej.</li> </ul>
22.	System spełnia wymagania bezpieczeństwa na poziomie wysokim opisanym w Załączniku do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych.
23.	System informatyczny posiada zaimplementowane mechanizmy kontroli dostępu do danych.
24.	W Systemie jest rejestrowany odrębny identyfikator dla każdego użytkownika, przy czym nie jest dopuszczalna sytuacja, w której którykolwiek z podsystemów wymaga od użytkownika logowania się innym identyfikatorem, niż ten, który dla tego użytkownika jest zdefiniowany w systemie HIS Zamawiającego.
25.	System posiada spójny i zaawansowany mechanizm kontroli dostępu. Dostęp do danych w Systemie jest możliwy wyłącznie po wprowadzeniu identyfikatora i dokonaniu uwierzytelnienia.
26.	Podsystemy muszą posiadać ochronę przed zagrożeniami pochodzącymi z sieci publicznej opartą na fizycznych lub logicznych zabezpieczeniach chroniących przed nieuprawnionym dostępem.
27.	Dane z podsystemów przesyłane w sieci publicznej muszą być zaszyfrowane (certyfikaty do szyfrowania danych nie stanowią części systemu).
28.	System wymusza zmianę hasła nie rzadziej, niż co 30 dni, a hasło musi składać się co najmniej z 8 znaków i zawierać: małe i wielkie litery oraz cyfry lub znaki specjalne.
29.	System posiada funkcjonalność automatycznego wylogowania się z aplikacji po określonym czasie nieaktywności użytkownika.
30.	System posiada ochronę przed zagrożeniami pochodzącymi z sieci publicznej opartą na fizycznych lub logicznych zabezpieczeniach chroniących przed nieuprawnionym dostępem.
31.	System jest zabezpieczony przed działaniem oprogramowania, którego celem jest uzyskanie nieuprawnionego dostępu do systemu informatycznego oraz utratą danych spowodowaną awarią zasilania lub zakłóceniami w sieci zasilającej.
32.	System posiada mechanizmy backupu oraz archiwizacji danych.
33.	System umożliwia ograniczenie dostępu do danych, funkcji systemu, procesów systemowych stosownie do danego stanowiska pracy, tj. według zasady „w systemie widzę tylko to co muszę, aby wypełniać swoje obowiązki”.
34.	System tworzy i utrzymuje log systemowy współdzielony przez wszystkie moduły i podsystemy, w którym składowane są informacje (data i godzina z dokładnością do sekundy, adres IP stacji, unikalny identyfikator użytkownika, a jeżeli dane w systemie uległy zmianie, to również informacje o tym, z jakiej wartości i na jaką wartość została dokonana zmiana), rejestrujący w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zapisy o zalogowaniu do systemu i wylogowaniu z systemu każdego z użytkowników,</li> <li>• zmianę parametrów konta każdego użytkownika, w szczególności zmianę uprawnień użytkownika,</li> <li>• każdą inną zmianę danych zgromadzonych w systemie i dopisanie nowych danych do systemu (wartość początkowa danych powinna być wówczas pusta).</li> </ul>
35.	System posiada mechanizm umożliwiający przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do Systemu pozwalający na uzyskanie informacji o czasie i miejscach ich pracy, tj. kto, od kiedy do kiedy, w której jednostce organizacyjnej (adres IP, nazwa jednostki organizacyjnej) był zalogowany.
36.	W systemie może zostać odwzorowana struktura organizacyjna każdej z placówek Zamawiającego.
37.	System blokuje fizyczne usunięcie wpisu dokonanego w dokumentacji medycznej. Usunięcie wpisu oznacza jedynie jego dezaktywację, tj. przełączanie w tryb nieaktywny od daty i godziny pobranej automatycznie w momencie dezaktywacji. Usunięcia (tj. dezaktywacji) lub modyfikacji wpisu może dokonać osoba dokonująca wpisu lub osoba posiadająca specjalne wyodrębnione uprawnienie do tych operacji. Fakt ten jest odnotowany w Systemie (nie tylko w logu transakcji bazy danych) wraz z zachowaniem historii zmiany to jest: oznaczenia osoby dokonującej zmiany, czasu dokonania zmiany oraz zachowania wersji sprzed dokonania zamiany.
38.	Wszystkie udostępniane w systemie funkcjonalności użytkownika są w języku polskim.
39.	W oprogramowaniu systemu pola wymagane (obligatoryjne) są jednoznacznie rozróżnialne (np. inny kolor, kształt).
40.	W miejscach Interfejsu użytkownika oprogramowania, w których prezentowane są dane w formie tabelarycznej, istnieje możliwość sortowania poszczególnych kolumn po nagłówkach.

41.	Oprogramowanie systemu umożliwia wyszukiwanie elementów po fragmencie frazy bez uwzględniania wielkości znaków.
42.	System jest przygotowany do współpracy z czytnikami kodów kreskowych i drukarkami fiskalnymi (obsługiwane są np. niektóre modele Posnet, Novitus, Innova, Elzab).
43.	System posiada zaimplementowany słownik pocztowych kodów adresowych w powiązaniu z kodami terytorialnymi gminy danego adresu (TERYT).
44.	System wspiera proces obsługi badań medycyny pracy poprzez możliwość planowania całych zestawów badań/konsultacji, kontrolę wymaganych dokumentów dla poszczególnych typów stanowisk pracy lub zawodów, generowanie wszystkich wymaganych dokumentów z uwzględnieniem specyfiki stanowisk pracy.
45.	System ma możliwość utrzymania następujących przedmiotowych zbiorów słownikowych przez Administratora: <ul style="list-style-type: none"> <li>• płatników, takich jak oddziały NFZ, i umów z nimi zawartych,</li> <li>• jednostek i lekarzy kierujących,</li> <li>• katalogów badań,</li> <li>• kosztów usług medycznych.</li> </ul>
46.	Istnieje możliwość definiowania listy personelu i ich specjalności zgodnie ze słownikiem NFZ i innymi wymaganiami NFZ.
47.	Wszystkie dane słownikowe i rejestry wykorzystywane w podsystemach muszą być spójne z danymi słownikowymi i rejestrami systemu HIS i definiowane w jednym miejscu, którym jest baza danych systemu HIS.
48.	Proces zarządzania użytkownikami w tym sposób logowania i polityka haseł w modułach są jednolite.
49.	System posiada funkcjonalność automatycznego dostosowania szerokości kolumn do zawartości danych w kolumnie. Funkcjonalność dostępna jest na wszystkich oknach zawierających wyświetlanie list w kolumnach.
50.	Możliwość wprowadzania certyfikatów, brak konieczności wprowadzania PIN-u podczas powiązania użytkownika z podpisem dla centralnej aktualizacji.
51.	System dostosowany jest do obsługi podpisów kwalifikowanych oraz podpisów niekwalifikowanych ePUE dostarczanych przez ZUS (w celu poprawnego działania funkcjonalności Zamawiający winien złożyć wnioski o wygenerowanie klucza w ePUE lub zakup klucza kwalifikowanego).
52.	Na oknie danych pracownika na zakładce z logiem wyświetlanie informacji o zmianie miejsca pracy logującego się użytkownika.
53.	Prowadzenie dokumentacji medycznej (jak: karta informacyjna leczenia szpitalnego, karta odmowy przyjęcia do szpitala, informacja pisemna lekarza specjalisty do lekarza kierującego) w formie elektronicznej zgodnej ze standardem HL7CDA. Dokumenty są generowane w 3 wersjach: PDF, HL7CDA P1 i HL7CDA XML.
54.	Na wszystkich ekranach zawierających listę badań pacjenta wyświetlanie informacji o tym, czy do danego badania został dołączony plik PDF.
55.	Wykorzystanie słowników zarówno standardowych (ICD-10, ICD-9 CM, Słownik Kodów Terytorialnych GUS, słownik trybów przyjęcia, słownik powodów przyjęcia dla pacjentów kolejkowych, słownik płatników i instytucji zewnętrznych itp.), jak i wewnętrznych (np. ostrzeżeń o wykorzystaniu danego produktu w jednostce w określonym czasie itp.).
56.	Definiowanie i obsługa ksiąg wykorzystywanych w zakładzie (księga główna, księga odmów, księgi oddziałowe, księga oczekujących itp.).
57.	Obsługa systemu e-WUŚ - konfiguracja umożliwiająca co najmniej dwukrotną weryfikację uprawnień pacjentów "hurtowo" o ustalonych, zapisanych w harmonogramie godzinach.
58.	System umożliwia automatyczne przypisanie procedur ICD9 po otrzymaniu wyniku badania laboratoryjnego za pomocą protokołu HL7.
59.	System umożliwia automatyczne dodawanie procedur po ręcznym wpisaniu wyniku badania.
60.	Menadżer wydruków, umożliwiający tworzenie nowych wydruków i dostosowywanie istniejących wydruków do potrzeb placówki (użytkownik może wzorcowy dokument dostosować do swoich potrzeb, zmieniając np. jego format, orientację, rodzaj czcionki, dodając własne logo, dodając dodatkowe dane z bazy danych bądź usuwając informacje zbędne).
61.	Obsługa wydruków w formacie ODT.

62.	System e-usług działa na tej samej bazie danych co system obsługi pacjenta i obiegu dokumentacji medycznej EDM. System e-usług jest zintegrowany z repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM).
<b>63.</b>	<b>Baza danych</b>
64.	Oprogramowanie bazy danych ma możliwość współpracy bazy danych z różnymi platformami sprzętowymi oraz 64-bitowymi systemami operacyjnymi (min.: MS Windows, Unix, Linux).
65.	Oprogramowanie bazy danych ma następujące cechy: transakcyjna i relacyjna, wyposażona w zintegrowany system zarządzania (RDBMS).
66.	Przetwarzanie transakcyjne wg reguł ACID (Atomicity, Consistency, Independency, Durability) z zachowaniem spójności.
67.	Dostarczona baza danych ma możliwość do upgrade'u do wersji umożliwiającej pracę w środowisku zwirtualizowanym, posiadanym przez Zamawiającego w ramach klastra niezawodnościowego.
68.	Istnieje możliwość podłączania się do bazy danych przy użyciu standardu ODBC.
69.	Oprogramowanie bazy danych zapewnia użycie XML łącznie z kontrolą poprawności i użyciem zapytań.
70.	Oprogramowanie bazy danych ma możliwość rozbudowy do wersji wspierającej możliwość synchronicznej replikacji danych w dwóch niezależnych centrach danych.
71.	Istnieje możliwość wykonywania niektórych operacji związanych z utrzymaniem bazy danych bez konieczności pozbawienia dostępu użytkowników do danych. W szczególności dotyczy to tworzenia/przebudowywania indeksów oraz procesu backupu.
72.	Oprogramowanie bazy danych posiada mechanizm wyzwalaczy (triggers) i procedur wbudowanych (stored procedures).
73.	Mechanizm wyzwalaczy (triggers) uwzględnia możliwość ich uruchomienia dla każdego wiersza (each row) lub całości polecenia (statement).
74.	Mechanizm wyzwalaczy (triggers) uwzględnia możliwość ich uruchomienia przed lub po zdarzeniu (obsługiwane zdarzenia min. insert, update, delete).
75.	Istnieje możliwość zapewnienia schematu blokowania (lock) tabel na poziomie wierszy.
76.	Oprogramowanie zapewnia mechanizmy zachowywania więzów integralności danych z kaskadowym usuwaniem i modyfikacją rekordów.
77.	Istnieje możliwość tworzenia i realizacji polityk (harmonogram, parametry) wykonywania czynności administracyjnych (backup, reorganizacja tabel/indeksów, statystyki).
78.	Oprogramowanie bazy danych umożliwia generowanie kopii bezpieczeństwa automatycznie (o określonej porze) i na żądanie operatora oraz umożliwia odtwarzanie bazy danych z kopii archiwalnej, w tym sprzed awarii.
79.	Możliwość wykonywania kopii online bez konieczności przerywania działania systemu.
80.	Oprogramowanie bazy danych umożliwia eksport i import danych z bazy danych w formacie tekstowym z uwzględnieniem polskiego standardu znaków.
81.	Oprogramowanie bazy danych monitoruje i zapisywać w logach serwera wszystkie zmiany dokonywane z dowolnego poziomu.
82.	Oprogramowanie bazy danych zapewnia integralność danych, a w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> <li>• integralność danych i transakcji na poziomie bazy danych i aplikacji,</li> <li>• efektywny i bezbłędny dostęp użytkowników i procesów do wspólnych danych,</li> <li>• bieżącą kontrolę poprawności wprowadzanych danych.</li> </ul>
83.	Dostarczone oprogramowanie bazy danych ma możliwość pracy w dowolnym środowisku zwirtualizowanym, w szczególności w środowisku opartym na VMware, Hyper-V, VirtualBox.
84.	Oprogramowanie bazy danych zapewnia możliwość definiowania tabel jako zorganizowanych wg wierszy lub kolumn lub wierszy/kolumn.
85.	Oprogramowanie bazy danych nie jest związane z konkretnym sprzętem (OEM).
86.	Licencja bazy danych nie jest specyficzna tylko dla aplikacji, jest otwarta.
87.	Licencja jest na nieograniczoną liczbę użytkowników oraz na nieograniczoną liczbę połączeń do bazy danych.
88.	Oprogramowanie bazy danych nie jest typu open-source. Bezpłatna wersja oprogramowania bazodanowego posiada wszystkie cechy i właściwości zdefiniowane w niniejszej tabeli.
<b>89.</b>	<b>Funkcje administratorskie</b>
90.	Możliwość uruchomienia automatycznej, centralnej aktualizacji aplikacji na stacjach roboczych.
91.	Możliwość ustawienia zabezpieczenia dostępu do programu dla użytkowników poprzez: login i hasło, logowanie biometryczne, kartę.

92.	Możliwość wymuszenia okresowej zmiany hasła dla użytkowników.
93.	Możliwość logowania do systemu na podstawie loginu i hasła domenowego (integracja z Active Directory).
94.	Mechanizmy do administrowania prawami użytkowników, zarządzanie uprawnieniami, tworzenie i modyfikacja grup użytkowników, określanie uprawnień użytkowników na poziomie poszczególnych funkcji.
95.	Możliwość ograniczenia dostępu do podstawowych elementów systemu: okien, zakładek i przycisków w podstawowych funkcjonalnościach/modułach systemu (w terminarzu, rejestracji, ewidencji pacjentów, ruchu chorych, księdze głównej).
96.	Możliwość ukrycia przed użytkownikiem wybranych przycisków w ramach aktywnego okna lub zakładki.
97.	Możliwość zarządzania użytkownikami, ich prawami, dostępem do komórek organizacyjnych.
98.	Możliwość przydzielania użytkownikom prawa dostępu do wybranych komórek organizacyjnych (np. oddziału).
99.	Administrowanie bazami słownikowymi (słowniki: jednostek zewnętrznych, dni świątecznych, płatników, ubezpieczycieli, kodów pozycji sprawozdań zbiorczych POZ, zespołów operacyjnych, personelu medycznego, personelu administracyjnego, słownik komórek organizacyjnych podlegających sprawozdawczości komunikatem XML, słownik kodów dalszego etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego itp.).
100.	Konfiguracja sal dla każdej jednostki z możliwością opisu sali parametrami (numer pokoju, liczba łóżek, standard, telefon, rodzaj pokoju - męski, żeński, mieszany, opis) oraz przyporządkowania każdej sali zestawu łóżek.
101.	Konfiguracja sal dla każdej jednostki z możliwością opisu sali parametrami (numer pokoju, liczba łóżek, standard, telefon, rodzaj pokoju - męski, żeński, mieszany, opis) oraz przyporządkowania każdej sali zestawu łóżek.
102.	Możliwość utworzenia i modyfikacji poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu (poradnie, gabinety zabiegowe, izby przyjęć, oddziały, laboratoria, pracownie diagnostyczne, itd.).
103.	Możliwość automatycznego zakładania jednostek organizacyjnych poprzez zaczytanie aktywnej umowy z NFZ. Tak utworzone jednostki mają automatycznie przypisany typ leczenia i kody z umowy.
104.	Tworzenie nowych grup/jednostek/podjednostek oraz zarządzanie istniejącymi jednostkami.
105.	Możliwość założenia kalendarza pracy i dni wolnych dla całej grupy jednostek, pojedynczej jednostki organizacyjnej lub lekarzy.
106.	Możliwość ustawienia dla każdej jednostki parametrów działania: a. blokada kolejkowa - blokada odznaczenia kolejki pacjentowi przynajmniej raz wysłanemu do NFZ, b. wymagalność skierowania - brak możliwości przekazania pacjenta z rejestracji do gabinetu lekarskiego bez uzupełnionego skierowania, c. dodawanie procedury ICD9 ze zleceń - do wizyty automatycznie dopisywane są procedury ICD9 powiązane ze zleceniem przy zleceniach wewnętrznych, d. dodawanie procedury ICD9 przy otrzymaniu wyniku - do wizyty automatycznie dopisywane są procedury ICD9 powiązane ze zleceniem w momencie otrzymania wyniku z systemu zewnętrznego, e. domyślny kod usługi - ustawienie domyślnego zakresu usług według kodów NFZ (np. 4.4 dla AOS), f. domyślny kod chorobowy, g. domyślny tryb przyjęcia - określenie standardowego trybu rejestrowania wizyt, który będzie podpowiadał się dla nowo rejestrowanych pacjentów. Po wprowadzeniu w konfiguracji jednostki parametrów domyślnych są one wykorzystywane w odnośnych funkcjonalnościach systemu (np. podczas tworzenia zlecenia do danej jednostki system będzie uzupełniał domyślne rozpoznanie. jeżeli pacjent w historii choroby posiada wprowadzone rozpoznanie zasadnicze, to na zleceniu system uzupełni rozpoznanie o wartość wprowadzoną w historii choroby itd.).
107.	Możliwość włączenia/wyłączenia funkcjonalności podpowiadania rozpoznania kodu chorobowego z poprzednich wizyt.
108.	W konfiguracji jednostek poradnianych i izb przyjęć możliwość przypisania specjalizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
109.	Możliwość definiowania kontraktów i usług z płatnikami komercyjnymi oraz abonamentowymi.
110.	Umożliwienie rozliczenia produktów poprzez powiązanie jednostki ze wskazanym punktem kontraktowym umowy NFZ.
111.	Ustalenie limitów przyjęć dla jednostki oraz dla poszczególnych lekarzy - na ograniczenie liczby zarejestrowanych pacjentów w wybranym przedziale czasowym.



112.	Możliwość zdefiniowania komunikatu przypominającego o wizycie pacjenta w danej jednostce (SMS / mail).
113.	Obsługa słowników personelu z możliwością połączenia z zarządzaniem listą użytkowników.
114.	Możliwość konfiguracji obsługi wielu podmiotów gospodarczych w ramach grupy zakładów.
115.	Możliwość scalania kartotek pacjenta.
116.	Włączanie w systemie zapamiętywania ustawień okna na użytkownika, stację lub globalnie.
117.	Możliwość definiowania grup badań i grup procedur medycznych, wykorzystywanych w trakcie realizacji stałych zestawów czynności, dla których sekwencja procedur jest często wykorzystywana w podobnych przypadkach medycznych. Procedury z utworzonej grupy można dodawać całościowo jednym kliknięciem lub wybierać z niej pojedyncze procedury.
118.	Przypisanie wzorców historii choroby do jednostek organizacyjnych, użytkowników i grup użytkowników.
119.	Przypisanie płatnika do wzorców historii choroby. Podczas dodawania wzorca do jednostki użytkownik może wskazać płatnika z listy. Wzorzec we wskazanej jednostce będzie wówczas dostępny jedynie dla pacjentów z przypisaniem do wskazanego płatnika. Jeśli płatnik nie został wskazany, wybrany wzorzec będzie widoczny dla wszystkich pacjentów, bez względu na to, do jakiego płatnika zostali przypisani.
120.	Dla istniejących typów historii choroby możliwość przypisania płatnika bez konieczności ponownej ich konfiguracji.
121.	Możliwość zarządzania zawartością wzorców historii choroby na poziomie: wywiad, badania przedmiotowe, rozpoznanie, badania dodatkowe, badania diagnostyczne, badania obrazowe, konsultacje, zalecenia lekarskie, epikryza, profilaktyka PZCh ZZ.
122.	Możliwość zamieszczania we wzorcach dokumentów historii choroby pozycji specjalistycznych (refrakcja, koronografia, angioplastyka, echokardiologia, zlecenia na leki cytostatyczne itp.).
123.	Możliwość określania wymagalności historii choroby podczas generowania wypisu szpitalnego. Jeśli dana pozycja historii choroby nie będzie uzupełniona, system może całkowicie blokować wypis do momentu uzupełnienia wymaganej pozycji historii choroby.
124.	Możliwość ograniczenia widoczności listy pozycji historii choroby podczas dodawania do historii choroby czy protokołu zabiegu operacyjnego wg typu leczenia, kodu resortowego jednostki oraz roli zalogowanego użytkownika. Ograniczenia mogą być stosowane osobno lub w różnych kombinacjach. W zależności od ustawienia pozycji historii choroby, podczas dodawania nowego formularza do przebiegu wizyty, będzie on widoczny, lub niewidoczny.
125.	<p>Widoczność pozycji historii choroby wg:</p> <p>a. Typ leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Wszystko” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla wszystkich jednostek,</li> <li>• „Oddział” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o typie leczenia „Oddział”,</li> <li>• „Poradnia” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o typie leczenia „Poradnia”,</li> <li>• „Izba przyjęć” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o typie „Izba przyjęć”</li> <li>• „Inne” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o typie „Inne” - np. do protokołu zabiegu operacyjnego na Bloku operacyjnym,</li> <li>• „Księga odmów/porad” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o typie „Księga odmów/porad”</li> <li>• „E-Konsultacje” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o typie „E-Konsultacje”,</li> <li>• „Izba przejściowa” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o typie „Izba przejściowa”</li> </ul> <p>b. „Jednostka” -- dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o zgodnym numerze VIII kodu resortowego jednostki,</p> <p>c. „Zawód (rola)” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla zalogowanych użytkowników powiązanych z personelem RUM posiadającym przypisany identyczny słownik zawodu np. pozycja historii choroby z określoną widocznością dla pozycji słownikowej „11-lekarz” będzie widoczny tylko dla użytkowników przypisanych do personelu z przypisanym pozycją słownika zwodu „11-lekarz”</p> <p>d. Kombinacje uzupełnienia dostępu widoczności pozycji historii choroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Typ leczenia” i „zawód (rola)” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o wskazanym typie leczenia dla użytkowników posiadających przypisanie do odpowiedniego słownika zawodu,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Jednostka” i „zawód (rola)” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o wskazanym kodzie resortowym dla użytkowników posiadających przypisanie do odpowiedniego słownika,</li> <li>• „Typ leczenia” i „Jednostka” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o wskazanym kodzie resortowym i typie leczenia w konfiguracji jednostki,</li> <li>• „Typ leczenia”, „Jednostka” i „zawód (rola)” - dodawana pozycja historii choroby będzie widoczna dla jednostek o wskazanym typie leczenia i kodzie resortowym dla użytkowników posiadających przypisanie do odpowiedniego słownika.</li> </ul>
126.	Możliwość określenia, czy karta informacyjna leczenia szpitalnego wygenerowana podczas wypisu pacjenta może być udostępniona pacjentowi posiadającemu konto na portalu WWW.
127.	Możliwość udostępniania wielu wzorców historii choroby w danej jednostce.
128.	Możliwość definiowania rodzajów wizyt dla jednostek (nazwa rodzaju wizyty, domyślny kod usługi, procedura, produkt jednostkowy (dodany produkt dodaje się z danymi tylko z umowy, nie przelicza się taryfa, nie wstawiają się współczynniki korygujące itp.).
129.	Możliwość włączenia automatycznej dystrybucji raportów - po zalogowaniu się użytkowników na innych stacjach roboczych system automatycznie aktualizuje na stacjach roboczych te raporty, które zostały zmodyfikowane od czasu ostatniego logowania.
130.	Możliwość udostępniania dowolnych wydruków użytkownikowi, grupie użytkowników, wszystkim użytkownikom.
131.	Możliwość skonfigurowania elementów obsługi pacjentów komercyjnych i abonamentowych: stawki VAT, dokumenty finansowe, definicje drukarek fiskalnych (obsługiwane są np. niektóre modele Posnet, Novitus, Innova, Elzab).
132.	<p>Dostęp do funkcjonalności historii logowań, zawierającej dane dotyczące historii operacji logowań do systemu, prezentowanych w formie listy zawierającej następujące informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nazwisko, imię użytkownika,</li> <li>• miejsce pracy ustawione w momencie logowania,</li> <li>• dokładny czas wykonania operacji logowania,</li> <li>• dokładny czas operacji wylogowania z systemu,</li> <li>• adres IP, z którego nastąpiła operacja logowania do systemu,</li> <li>• nazwa komputera, z którego logowano się do systemu,</li> <li>• lokalna ścieżka uruchomieniowa aplikacji, z której nastąpiło logowanie do systemu.</li> </ul>
133.	Możliwość zawężenia historii logowań w oparciu o zadane kryteria: zakres czasowy dat od-do, nazwa użytkownika, nazwa stacji roboczej.
134.	Dostęp do funkcjonalności logów systemowych - listy prezentującej historię wszystkich operacji wykonywanych w systemie przez użytkowników, pozwalająca administratorowi na zlokalizowanie konkretnych działań użytkowników. Zakres prezentowanych danych w logach systemowych może być zmieniany poprzez ustawienia filtrów: zakres czasowy dat od-do, nazwa użytkownika, nazwa stacji roboczej.
135.	<p>Poprzez logi systemowe Administrator ma możliwość dostępu do informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nazwa tabeli, w której zarejestrowano zmiany,</li> <li>• typ zarejestrowanych zmian (aktualizacja rekordu, dodanie nowego rekordu, operacje logowania/wylogowania, usunięcia rekordu),</li> <li>• unikalny identyfikator rekordu, login użytkownika wprowadzającego zmianę, nazwa stacji roboczej z jakiej wprowadzono zmiany, data i czas wykonania operacji.</li> </ul> <p>Lista operacji dostępnych w ramach logów systemowych może być dowolnie sortowana i grupowana poprzez przeciągnięcie i upuszczenie nagłówka kolumny w obszar grupowania.</p>
136.	Dostęp do funkcjonalności tablic historycznych - podgląd historii operacji na wybranych rekordach bazy danych. Funkcjonalność pozwala na wskazanie tabeli oraz podania identyfikatora szukanego rekordu. W efekcie działania na liście są wyświetlone informacje w formie tabeli, w której kolejne wiersze prezentują kolejne zmiany w rekordzie, natomiast w kolumnie wyświetlane są wszystkie dane dotyczące danego wpisu, zarejestrowane w momencie zmiany.
137.	Możliwość ograniczenia informacji z tablic historycznych do: zmian wskazanego rekordu, rekordów dodanych w określonym dniu, pierwszych n rekordów, tylko rekordów usuniętych.
138.	Możliwość nadania przez Administratora uprawnień do funkcjonalności wyświetlenia historii zmian w danych osobom innym niż Administrator.
139.	<p>Możliwość definiowania i dodawania e-Ankiety, przypisywania ich do jednostek organizacyjnych i udostępniania ich na e-portal - z podziałem na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ankiety jednorazowe i cykliczne,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ankiety administracyjne i kwalifikacyjne,</li> <li>• ankiety obligatoryjne / opcjonalne.</li> </ul>
140.	<p>Możliwość przypisania do e-ankiet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• formularzy,</li> <li>• jednostek i podjednostek powiązanych z e-ankietą,</li> <li>• personelu nadzorującego lub grup użytkowników,</li> <li>• monitorowanych parametrów,</li> <li>• zakresu wartości monitorowanych parametrów (w przypadku wartości niższych bądź wyższych system pozwala na przefiltrowanie takich ankiet),</li> <li>• okresu ważności ankiety.</li> </ul>
141.	Możliwość zarządzania wyświetlaczami przywoławczymi i przypisywania ich do wybranych gabinetów.
142.	<p>Możliwość konfiguracji medycyny pracy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rodzaje badań,</li> <li>• czynniki szkodliwe.</li> </ul>
143.	Możliwość ustawienia sposobu planowania końcowej wizyty u orzecznika dla wizyt typu medycyna pracy: „tak gdy są inne konsultacje”, „zawsze”, „nie”.
144.	Możliwość ustawienia blokowania edycji w oknie wprowadzania obserwacji. Nie jest możliwa edycja obserwacji, jeśli od daty zapisania obserwacji minęło więcej, niż czas wskazany w parametrze konfiguracyjnym. Użytkownik o prawach administratora posiada możliwość edycji obserwacji bez względu na ustawienia parametru.
145.	Możliwość odebrania dostępu do eksportu danych z Księgi Głównej, Księgi Oddziałowej i spisu (ewidencji) pacjentów.
146.	<p>Z poziomu konfiguracji systemu możliwość ustawienia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wymagalności kodu chorobowego V-Y dla kodu chorobowego zasadniczego z zakresu S-T,</li> <li>• blokady edycji daty wystawienia dokumentu dla dokumentów finansowych typu paragon,</li> <li>• sposobu uzupełniania LAG-ów (ilości opakowań) podczas wyboru leków na oknie wystawiania recepty (uzupełnianie wartością LAG lub „sztukowo”).</li> </ul>
147.	Możliwość ustawienia blokowania możliwości obsługi pacjenta na Rejestracji podczas rezerwacji wizyty w poradni, jeżeli pacjent posiada zaległości w płatnościach (system w takiej sytuacji wyświetla komunikat o konieczności uregulowania płatności; w momencie rozliczenia zaległości system uaktywni ponownie możliwość obsługi takiego pacjenta).
148.	W konfiguracji systemu możliwość włączenia/wyłączenia wyświetlania podczas rejestracji powiadomień o braku informacji o osobach upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji.
149.	<p>Możliwość indywidualnego ustawiania parametrów na polach i kontrolkach widocznych w systemie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• domyślna wartość początkowa (z możliwością korzystania z funkcji m.in. „today”, „clock”) oraz pól z tych bazy danych, które znajdują się w buforze na danym ekranie. Pola zostaną wypełnione tylko wtedy, gdy nie mają uzupełnionej wartości podczas otwarcia okna.</li> <li>• określenie widoczności pola (pole widoczne, pole niewidoczne (ukryte ), pole widoczne jako nieaktywne, pole dostępne do uzupełniania w przypadku, gdy włączony jest parametr podglądu jednocześnie edytowanych rekordów np. przebiegu wizyty).</li> </ul>
150.	Ustawienie (jako parametr konfiguracyjny) sposobu obsługi blokady rekordów w edycji (brak dostępu, tylko podgląd), który umożliwi blokadę poszczególnych kontrolek bądź całego okna. Parametr obsługiwany jest co najmniej w oknach wypisu pacjenta ze szpitala, edycji zabiegu operacyjnego, edycji badania RIS oraz dla poszczególnych pozycji historii choroby (okno opisu przebiegu wizyty). W przypadku ustawienia możliwości tylko podglądu, jeśli rekord jest edytowany przez danego użytkownika, drugi użytkownik po wejściu w dane okno ma możliwość podglądu okna bez możliwości edycji (użytkownik zostanie poinformowany o tym fakcie odpowiednim komunikatem systemu).
151.	Możliwość włączenia widoczności oraz edycji poszczególnych kontrolek, przycisków, pól czy opcji (dostępna wyłącznie dla użytkownika o prawach administratora).
152.	<p>Administrator systemu może dla modułu Apteka ustawić następujące parametry pracy oprogramowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blokowanie zakładania zleceń wewnętrznych po przekroczeniu limitu grupy (tak/nie),</li> <li>• Domyślna stawka VAT,</li> <li>• Domyślny sposób sortowania leków,</li> <li>• Domyślnie pokazywanie kontrahentów wewnętrznych lub zewnętrznych w Aptece Głównej / w apteczkach oddziałowych (tak/nie),</li> <li>• Domyślny sposób wydawanie leków - ze stratą/bez straty,</li> <li>• Domyślny sposób liczenia cen (od brutto/netto),</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domyślny sposób wydawania z apteki/ze zleceń lekarskich/ z receptariusza,</li> <li>• Ilość miejsc po przecinku przy wydaniach z apteczek,</li> <li>• Korygowanie różnic wartości pomiędzy wydaniem a przyjęciem serii (tak/nie),</li> <li>• Ostrzeganie przed dodaniem do zlecenia leku z innej grupy (tak/nie),</li> <li>• Pilnowanie godzin podania leków (tak/nie),</li> <li>• Pokazywanie dokumentów z poprzedniego okresu obrotowego (tak/nie),</li> <li>• Pokazywanie opisów leku (tak/nie),</li> <li>• Pokazywanie w programie pełnej nazwy serii (tak/nie),</li> <li>• Pokazywanie zawartość podgrup (tak/nie),</li> <li>• Powiązanie numeracji faktur z dokumentami przyjęcia na magazyn (tak/nie),</li> <li>• Możliwość wybierania magazynu z apteki głównej, na który ma nastąpić przyjęcie leków podczas zatwierdzania faktury (tak/nie),</li> <li>• Rozróżnianie serii po dacie przyjęcia,</li> <li>• Włączanie/wyłączanie logowania buforów,</li> <li>• Włączanie/wyłączanie obsługi receptariusza szpitalnego,</li> <li>• Włączanie/wyłączanie podwójnego zatwierdzania dokumentów magazynowych,</li> <li>• Włączanie/wyłączanie wydruku kodów paskowych po zatwierdzeniu faktury,</li> <li>• Włączanie/wyłączanie zmiany nazwy serii po nowym przyjęciu tej serii,</li> <li>• Wybieranie zamienników po kodzie ATC (tak/nie),</li> <li>• Włączanie/wyłączanie automatycznego realizowania zleceń wewnętrznych,</li> <li>• Włączanie/wyłączanie korygowania wszystkich pozycji dokumentów magazynowych po korekcie faktury,</li> <li>• Włączanie/wyłączanie możliwości usunięcia przedostatniego dokumentu,</li> <li>• Włączanie/wyłączanie możliwości zatwierdzania nie swoich dokumentów,</li> <li>• Włączanie/wyłączanie wymagania daty płatności na fakturach,</li> <li>• Zamawianie leków w aptece oddziałowej w jednostce handlowej (opakowania) lub magazynowej (sztuki),</li> <li>• Zlecenie leków domyślnie z leków pacjenta (tak/nie).</li> </ul>
153.	<p>Administrator systemu może dla funkcjonalności EDM/RDM ustawić następujące parametry pracy oprogramowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Domyślne miejsce przechowywania (np.: Archiwum w Rejestracji),</li> <li>• Domyślne miejsce wytworzenia (jednostka),</li> <li>• Domyślny rodzaj dokumentu ,</li> <li>• Miejsce składowania dokumentów (ścieżka do zasobu dyskowego lub IP serwera),</li> <li>• Wymuszenie podawania przyczyny zmiany na dokumencie (tak/nie),</li> <li>• Typ podpisu elektronicznego (brak, niekwalifikowany, kwalifikowany).</li> </ul>
154.	<p>Administrator systemu może dla funkcjonalności e-Rejestracji ustawić następujące parametry pracy oprogramowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitowanie liczby jednoczesnych rezerwacji przez pacjenta terminów/terminów kontrolnych/terminów pierwszorazowych,</li> <li>• Obsługa osób niepełnosprawnych (tak/nie),</li> <li>• Obsługa skierowań (brak, opcjonalnie, twardy wymóg),</li> <li>• Oznaczanie wizyt rejestrowane przez pacjentów wybraną klasyfikacją (tak/nie),</li> <li>• Pozwolenie na samodzielne zakładanie kont przez pacjentów (tak/nie),</li> <li>• Włączenie/wyłączenie dostępu do badań,</li> <li>• Zmiana hasła po pierwszym logowaniu (tak/nie),</li> <li>• Wymaganie skomplikowanych haseł (tak/nie),</li> <li>• Wymagana zmiana hasła logowania co określoną liczbę dni,</li> <li>• Blokada rejestracji POZ pacjentów bez aktywnej deklaracji (tak/nie).</li> </ul>
155.	<p>Administrator systemu może dla funkcjonalności obsługi komercji ustawić następujące parametry pracy oprogramowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informowanie o nierozliczonych usługach komercyjnych (nie, tak, tylko z bieżącej wizyty, tak-zawsze),</li> <li>• Oznaczanie wybranym kolorem wizyty na terminarzu, która posiada nierozliczoną usługę komercyjną,</li> <li>• Rozliczanie dokumentów finansowych wg ceny netto/brutto,</li> <li>• Sortowanie po towarze na pozycjach korekt (tak/nie),</li> <li>• Sposób rozliczania kosztów (do wartości dokumentu, bez limitu),</li> <li>• Sposób rozliczania lekarzy wg ceny ( z cennika/ z umowy),</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprawdzanie wartości dokumentu w raporcie kasowym (tak/nie),</li> <li>• Sumowanie kwoty z przeniesienia dla raportów innych niż gotówkowe (tak/nie).</li> </ul>
156.	<p>Administrator systemu może ustawić następujące parametry pracy oprogramowania dla funkcji generujących historie choroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blokada zlecenia badań dla zamkniętych historii chorób (wyłączona/włączona),</li> <li>• Domyślna klasyfikacja dla historii choroby z wystawionym paragonem,</li> <li>• Domyślny dostęp do wzorców historii choroby (pokazana/ukryta),</li> <li>• Edycja konsultacji z poziomu historii choroby (tak/nie),</li> <li>• Możliwa edycja archiwalnych historii choroby wstecz przez określoną liczbę dni,</li> <li>• Domyślny wzorzec historii choroby dla danych pacjenta,</li> <li>• Domyślny wzorzec historii choroby dla karty zgonu,</li> <li>• Ograniczenie: tylko administrator i autor obserwacji lekarskich/pielęgniarskich posiada możliwość edycji oraz usuwania obserwacji (tak/nie),</li> <li>• Obsługa historii chorób archiwalnych (pełna/brak edycji),</li> <li>• Wymuszanie podawania przyczyny zmiany kodów ICD9 i ICD10 na archiwalnej historii choroby (wyłączona/włączona),</li> <li>• Włączenie/wyłączenie wymagalności pozycji rozliczeniowych dla komercji,</li> <li>• Wymagalność kodu chorobowego V-Y dla kodu chorobowego zasadniczego z zakresu S-T (tak/nie),</li> <li>• Wymagalność kodu ICD9 i ICD10 dla wizyt archiwalnych (wyłączona/włączona/włączona dla wizyt typu NFZ),</li> <li>• Wymagalność kodu ICD9 i ICD10 na wyniku badania RIS (wyłączona/włączona).</li> </ul>
157.	<p>Możliwość skonfigurowania wymagalności produktu rozliczeniowego na oknie przebiegu wizyty dla wizyt typu NFZ - uniemożliwienie zakończenia wizyty dla wizyt typu NFZ, które nie zostały jeszcze oznaczone jako archiwalne podczas zamykania okna przebiegu wizyty, jeżeli został uzupełniony produkt rozliczeniowy (podczas zamykania wizyty system sprawdza, czy dla danej wizyty został przypisany przynajmniej jeden produkt rozliczeniowy; jeśli dla danej wizyty nie został wskazany chociaż jeden produkt, program uniemożliwi zamknięcie wizyty).</p>
158.	<p>Administrator systemu może ustawić następujące parametry logowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sposób logowania do systemu (login systemowy, login i hasło, pełna integracja z Active Directory (konta, grupy), klucz kwalifikowany),</li> <li>• Możliwość logowania biometrycznego (logowanie zwykłe, tylko biometryka, logowanie zwykłe lub biometryka),</li> <li>• Czułość dla logowania biometrycznego,</li> <li>• Sposób obsługi czasu nieużywania aplikacji (brak, blokada aplikacji, wyłączenie aplikacji),</li> <li>• Czas nieużywania aplikacji (w minutach), po którym nastąpi blokada lub wyłączenie oprogramowania,</li> <li>• Hasło „case sensitive” (tak/nie),</li> <li>• Minimalna długość hasła (liczba znaków),</li> <li>• Wymuszanie zmiany hasła co określoną liczbę dni,</li> <li>• Włączanie blokowania konta po nieudanych próbach logowania (tak/nie).</li> </ul>
159.	<p>Administrator systemu może ustawić następujące ogólne parametry pracy z oprogramowaniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Domyślna czcionka aplikacji dla nowych użytkowników,</li> <li>• Wielkość czcionki aplikacji (parametr na poziomie użytkownika),</li> <li>• Domyślne kolorowanie przycisków aplikacji (dla nowych użytkowników),</li> <li>• Filtrowanie na rodzaj płatnika (NFZ),</li> <li>• Generowanie raportów po wysyłce świadczeń do NFZ,</li> <li>• liczba dni na edycję zatwierzonego opisu przez lekarza w RIS (lub brak możliwości edycji zatwierdzonych opisów),</li> <li>• Logowanie błędów (pełne, tylko błędy, wyłączone),</li> <li>• Obsługa SMS-ów zwrotnych,</li> <li>• Powtarzanie wysyłki nieodebranej ramki,</li> <li>• Włączenie możliwości publikowania wyników badań w e-Rejestracji,</li> <li>• Wymagalność ID materiału,</li> <li>• Wysyłka po wpisaniu ID materiału niezależnie od daty (w Laboratorium),</li> <li>• Zamykanie procesów leczniczych,</li> <li>• Domyślna Tabela Procedur,</li> <li>• Domyślny Oddział NFZ,</li> <li>• Domyślny Płatnik,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapamiętywanie funkcji ostatnio używanej,</li> <li>• Obsługa sprawdzania pisowni,</li> <li>• Sposób zapamiętywania ustawień (globalnie, na stację roboczą, na użytkownika, na stację i użytkownika),</li> <li>• Domyślna jednostka miary na rachunkach NFZ,</li> <li>• Numeracja księgi depozytów (ciągła, w obrębie oddziału, ręczna),</li> <li>• Możliwość zapisu ujemnego salda raportu kasowego ,</li> <li>• Szpital - wybór sali obowiązkowy,</li> <li>• Zmiana danych personalnych aktywnych historii chorób (tak/nie),</li> <li>• Automatyczne pobieranie komunikatów AP-KOLCE (okres sprawdzania w sekundach/brak sprawdzania), <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integracja AP-KOLCE (brak, manualna, automatyczna),</li> <li>• Automatyczna zmiana jednostki przy wpisywaniu identyfikatora materiału (tak/nie),</li> <li>• Pytanie o zakończenie wizyty w jednostkach o kodzie resortowym 2300 (tak/nie) - rozszerzona o podjednostki o typie „(99) kolejka oczekujących” oraz „(95) Kolejka - poradnia”,</li> <li>• Numer umowy dla potrzeb integracji z portalem Znany Lekarz (DocPlanner),</li> <li>• Ostrzeżenie, jeśli nie podano danych dot. osób upoważnionych do dokumentacji pacjenta (tak/nie),</li> <li>• Podgląd i wybór świadczeń przed wysyłką (tak/nie),</li> <li>• Podpowiadanie danych na Ewidencji Pacjentów (włączone/wyłączone),</li> <li>• Przenoszenie zlecenia do laboratorium na terminarz automatycznie (tak/nie),</li> <li>• Rozdzielanie widoczności sprawozdań NFZ względem firmy (tak/nie),</li> <li>• Sposób identyfikacji pacjentów pierwszorazowych (produkt/ procedura),</li> <li>• Sposób prezentacji niezatwierdzonych wyników badań (wyróżnienie kolorem, wyróżnienie przekreśleniem, nie pokazywanie),</li> <li>• Wizualizacja całodniowej blokady na Terminarzu i Rejestracji (włączona/wyłączona),</li> <li>• Wylizanie ilości procedur na podstawie dni (tak/nie),</li> <li>• Wymagaj w haśle dużych liter, cyfr i znaków specjalnych,</li> <li>• Wymagalność pól na danych osobowych pacjenta (tak/nie),</li> <li>• Wysyłanie wiadomości z wynikiem na adres e-mail jednostki zlecającej podczas wydruku wyniku (tak/nie),</li> <li>• Wysyłanie maila na X dni dla wizyty bez skierowania (lub nie wysyłanie w ogóle),</li> <li>• Zmiana badania z poziomu wyniku na bloku operacyjnym i RIS (włączona/wyłączona).</li> </ul> </li> </ul>
160.	<p>Administrator systemu może ustawić następujące parametry pracy z oprogramowaniem w zakresie Komerccji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informowanie o nierozliczonych usługach komercyjnych (nie, tak, tylko z bieżącej wizyty, tak - również bez fizycznej obecności pacjenta)</li> <li>• Kolor wizyty na terminarzu która posiada nierozliczoną usługę komercyjną</li> <li>• Dokumenty finansowe rozliczane wg ceny (netto/brutto)</li> <li>• Sortowanie po towarze na pozycjach korekt (tak/nie)</li> <li>• Rozliczanie koszty (do wartości dokumentu, bez limitu)</li> <li>• Rozliczanie lekarzy wg ceny (z cennika, z umowy)</li> <li>• Sprawdzanie wartości dokumentu w raporcie kasowym (tak/nie)</li> <li>• Sumowanie kwoty z przeniesienia dla raportów innych niż gotówkowe (tak/nie)</li> <li>• Komerccja - dopisuj lekarza do pozycji komercyjnych na zleceniach (tak/nie).</li> </ul>
161.	<p>Administrator systemu może ustawić następujące parametry pracy z oprogramowaniem w zakresie Medycyny Pracy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planowanie ostatniej wizyty u orzecznika (tylko gdy są inne konsultacje, zawsze , nie),</li> <li>• Możliwość planowania wizyt dla czasów krótszych od czasu pracy lekarza (tak/nie),</li> <li>• Sposób przejmowania wizyty w medycynie pracy ( kopiowanie, przenoszenie),</li> <li>• Medycyna pracy - druga wizyta u orzecznika możliwa u lekarza: innego, tego samego.</li> </ul>
162.	<p>Administrator systemu może ustawić następujące parametry pracy z oprogramowaniem w zakresie RIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liczba dni, po których system może blokować edycję zleceń,</li> <li>• Wyświetlanie nie opisanych badań dla użytkownika RIS typu lekarz,</li> <li>• Blokada zatwierdzania wyniku bez kodu chorobowego w RIS (tak/nie),</li> <li>• Kopiowanie kodu chorobowego ze skierowania w RIS (tak/nie),</li> <li>• liczba dni wstecz przy otwarciu listy badań w RIS (parametr na poziomie użytkownika lub stacji roboczej),</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RIS/LIS odświeżanie terminarza (w sekundach. parametr na poziomie użytkownika lub stacji roboczej),</li> <li>• Ruch chorych odświeżanie okna (w sekundach. (parametr na poziomie użytkownika lub stacji roboczej),</li> <li>• Automatyczne otwieranie obrazów w RIS (tak/nie. parametr na poziomie użytkownika lub stacji roboczej),</li> <li>• Zapamiętywanie filtrów wyświetlania w RIS (tak/nie, parametr na poziomie użytkownika lub stacji roboczej),</li> <li>• Odświeżanie terminarza (w sekundach),</li> <li>• Wielkość czcionki opisu badania,</li> <li>• Kolor tła opisu.</li> </ul>
163.	Funkcjonalność obsługi wydruków zleceń dla dowolnego badania indywidualnie - możliwość zdefiniowania osobnych (indywidualnych) szablonów wydruków poza szablonem standardowym, możliwość stosowania kombinacji konfiguracji szablonu wydruku standardowego wraz z określeniem priorytetowości kolejności wydruku (druk zlecenia będzie dostępny dla danego badania, dla danej jednostki, dla danej jednostki i danego badania, dla wszystkich lub pozostałych bez konfiguracji).
164.	Możliwość definiowania własnych formularzy i formatek, służących do wprowadzania danych przez użytkownika. Na formularzach i formatkach możliwość używania pól tekstowych, list wyboru/wielowoboru, pól typu checkbox i radio button. Możliwość umieszczania na formularzu obrazów oraz elementów graficznych typu koła, linie itp.
165.	System posiada parametr konfiguracyjny, po którego włączeniu administrator systemu może mieć podgląd informacji nt. tego, kto podglądał dane pacjenta. informacje te mogą zostać wyeksportowane do pliku.
166.	Na oknie scalania kartotek możliwość wskazania kartoteki za pomocą przycisku wyszukiwania. Po jego naciśnięciu zostanie wyświetlone okno wyboru pacjenta. Po wyborze pacjenta w oknie scalania zostanie wyświetlona informacja o numerze kartoteki, dacie urodzenia oraz numerze PESEL pacjenta. W przypadku wybierania kartoteki, do numeru której będzie wykonywane scalanie lub nadawany numer, system będzie zawęzał listę pacjentów do tych o tym samym imieniu i nazwisku, zgodnie z polem numeru kartoteki.
167.	System dla medycyny pracy umożliwia oznaczenie danego badania jako CITO w konfiguracji procedury postępowania dla danego czynnika szkodliwego.
168.	Możliwość oznaczenia jednostki jako „inna instytucja” z możliwością pominięcia wymagalności wyboru lekarza kierującego podczas wprowadzania skierowań.
169.	Możliwość edycji szablonów wydruków w rejestrach rozliczeń na poziomie Administratora.
170.	Możliwość włączania/wyłączania przez Administratora funkcjonalności anulowania wszystkich przyszłych wizyt/zleceń po zgonie pacjenta.
171.	Możliwość tworzenia i zarządzania grupami pacjentów, które mogą być użyte np. w tworzeniu promocji, umów/cenników, czy dostępności określonej usługi (funkcjonalność dostępna tylko dla Administratora). Dodawanie pacjentów do danej grupy może się odbywać przez wprowadzenie pojedynczego pacjenta, dodanie grupy do kartoteki wskazanego pacjenta (okno danych osobowych) lub przez wygenerowanie listy pacjentów z wykorzystaniem statystyki.
172.	Możliwość ustawienia blokady edycji pozycji rozliczeniowych ze sprawozdania. Blokada będzie działać wyłącznie dla użytkowników o poziomie dostępności „operator”. Blokada będzie występować w przypadku edycji/usunięcia pozycji rozliczeniowych dla okna rejestracji wizyty, ekranu zlecenia, rejestracji izby przyjęć, okna zlecenia i badania diagnostycznego (RIS), bloku operacyjnego oraz okna dla poszczególnych ekranów do obsługi komercji.
173.	Możliwość skonfigurowania systemu tak, by uniemożliwiał przyjęcie na oddział pacjenta mającego w danym momencie otwartą historię choroby.
174.	Dla wszystkich głównych funkcji (modułów obsługi: poradni, szpitala, administracji, obsługi NFZ, rehabilitacji, diagnostyki, rozliczeń, RIS, statystyki) możliwość wskazania w jakiej kolejności ma znaleźć się dany moduł w sekcji „najczęściej używane”.
175.	Możliwość konfiguracji ilości znaków książki głównej wysyłanej w komunikacie SWIAD.
176.	Możliwość oznaczenia użytkownika znacznikiem „zezwolenie na narkotyki”. Zaznaczenie tego znacznika spowoduje nadanie pracownikowi uprawnień w systemie do zamawiania leków psychotropowych.
177.	Administrator może dla usługi e-Rejestracji: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wskazać, czy podczas rezerwacji będzie wyświetlana lista języków, w jakich przyjmują lekarze pracujący w danej jednostce,</li> <li>• określić obsługiwane typy płatności przez jednostkę,</li> <li>• wskazać obsługiwane typy świadczeń,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>włączyć wyświetlanie selektorów placówek i lokalizacji, gdy pacjent podczas rejestracji w portalu będzie musiał wskazywać lokalizację jednostki, a następnie placówkę z listy placówek z wskazanej lokalizacji,</li> <li>określić, czy jednostka obsługuje rejestrację na wizyty do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – jeśli tak, pacjent podczas rejestracji przez platformę WWW dla wizyt finansowanych przez NFZ będzie musiał wskazać, czy rejestracja związana jest z podstawową opieką zdrowotną (POZ),</li> <li>umożliwić prezentację wolnych terminów jak i rezerwację wizyt przed zalogowaniem pacjenta,</li> <li>określić możliwe sposoby przeglądania danych podczas planowania terminów dla wizyt prywatnych i abonamentowych – w zależności od zaznaczonej opcji pacjent planując termin wizyty może planować względem jednostki organizacyjnej, realizowanych usług bądź według obu sposobów,</li> <li>wskazać domyślny sposób przeglądania danych (wyłącznie w przypadku, gdy umożliwiono planowanie terminu zarówno wg jednostek jak i wg usług).</li> </ul>
178.	Możliwość zdefiniowania jakimi językami posługuje się dany lekarz (wybór ze słownika języków).
179.	Możliwość odebrania uprawnień do kontrolek związanych z cofnięciem zatwierdzenia dokumentów rozliczeniowych na oknie z listą dokumentów.
180.	Możliwość włączenia walidacji poprawności formatu numerów telefonów pacjentów.
181.	W konfiguracji jednostki oraz podjednostki możliwość określenia limitów przyjęć/zleceń na każdy dzień z osobna dla wybranego zakresu.
182.	Przy definiowaniu rodzaju wizyty możliwość zdefiniowania trybu przyjęcia, umowy oraz punktu kontaktowego.
183.	Konfiguracja czynników szkodliwych dla medycyny pracy: w przypadku, gdy do danej procedury pomocniczej nie została wskazana jednostka nie będzie możliwości przypisania badania do procedury. Przy próbie przypisania badania bez wskazania jednostki zostanie wyświetlony komunikat informujący użytkownika, że w pierwszej kolejności należy wskazać jednostkę.
184.	Konfiguracja czynników szkodliwych dla medycyny pracy: walidacja uniemożliwiająca wybranie wcześniej przepisane badania - w przypadku próby dodania po raz kolejny danego badania pod procedurę zostanie wyświetlony komunikat z ostrzeżeniem.
185.	Konfiguracja czynników szkodliwych dla medycyny pracy: dla badań dla jednostek diagnostycznych RIS istnieje możliwość wprowadzenia wyłącznie jednego badania do procedury. Dodanie większej ilości badań spowoduje wyświetlenie stosownego komunikatu.
186.	Funkcja sprawdzająca występowanie procedur postępowania w czynniku szkodliwych, który będzie usuwany.
187.	Możliwość wskazania grupy materiałów, do której będą przypisywane leki pacjenta (użycie wybranej grupy jako domyślnej dla leków pacjenta).
188.	W konfiguracji dokumentów dla dokumentów typu: faktura, PZ i WZ możliwość przypisania cech: - czy dokument ma być przenoszony do modułu Finansowo – Księgowego, - wybranie na jaki rodzaj PK w module Finansowo – Księgowym dokument będzie przenoszony (wybór z listy; jeżeli nie jest to zdefiniowane, to wówczas uwzględniane są parametry z modułu Finansowo – Księgowego).
189.	Możliwość dodania numeracji stron do wydruków w transformacie P1.
190.	Możliwość przeprowadzenia aktualizacji z automatycznym odpowiadaniem na pytania (z określonym czasem, po którym zostaje wybrana domyślna opcja).
191.	Możliwość wprowadzenia numeru BDO wymaganego od stycznia 2020 r. na fakturach (szablonach faktur)
192.	Konfiguracja jednostki - możliwość wprowadzenia numeru księgi zabiegowej dla danej jednostki.
193.	możliwość konfiguracji godzin podania leków dla każdej jednostki osobno (indywidualnie). Godziny te są uwzględniane w tej jednostce przy zlecaniu przez lekarza leków i mieszanek.
194.	Ograniczenie dostępu do przycisków zarządzających procedurami medycznymi oraz produktami - dla danych grup użytkowników można zablokować widoczność poszczególnych funkcjonalności
195.	W konfiguracji modułu Apteka możliwość włączenia parametru wymagalności potwierdzania przy usuwaniu lub odstawianiu zleceń podania leków. Parametr ten dotyczy operacji usuwania zleceniu podania leku i odstawiania wszystkich leków.
196.	Przy definiowaniu wzorca badania możliwość wprowadzenia "kodu powiązania", wiążącego dane badanie w różnych laboratoriach/pracowniach diagnostycznych.
197.	Możliwość określenia w konfiguracji liczby błędnych logowań do portalu e-usług (e-portalu), po której kolejne błędne podanie hasła będzie skutkowało zablokowaniem danego użytkownika i wyświetleniem



	komunikatu o blokadzie. Odblokowanie konta przez administratora wymaga wykonania poprawnego logowania do portalu.
198.	Możliwość określenia w konfiguracji liczby godzin, jakie muszą upłynąć od zablokowania konta użytkownika po jego błędnych próbach logowania, po której konto to zostanie automatycznie odblokowane. Serwer sprawdza co 15 minut, czy dla zablokowanych użytkowników platformy www minął wskazany czas; jeśli czas od zablokowania będzie większy lub równy ilości godzin wskazanych w konfiguracji, to odpowiednie konta użytkowników będą odblokowane.
199.	Możliwość określenia w konfiguracji, czy użytkownik może sam odblokować swoje konto poprzez formularz resetowania hasła (funkcja "Zapomniałem hasła").
200.	Z poziomu portalu www użytkownik o prawach administratora ma możliwość wyświetlenia logów o rodzaju zdarzenia określonym jako „zablokowane konta”. W logach zostaną wyświetlone informacje o zablokowaniu danego użytkownika portalu: adres IP, z którego doszło do zablokowania, login użytkownika, data i godzina zalogowania i wylogowania oraz informacje o zdarzeniu wraz z identyfikatorem zdarzenia.
201.	Z poziomu e-platformy dla kont administratorów dostępne są informacje o automatycznym odblokowaniu konta użytkownika.
202.	W oknie ustawień e-serwera możliwość wprowadzenia adresu domeny, na które można zakładać konta pracowników. Po wprowadzeniu adresu następuje walidacja na adres e-mail powiązane z kontem pracownika. Jeśli wprowadzony adres e-mail dla kont wewnętrznych (konta lekarza, diagnostyka, konsultanta, pracownika) nie posiada wskazanej domeny, program wyświetli odpowiedni komunikat uniemożliwiający zapisanie danych.
203.	Możliwość tworzenia nowego typu konta: „Partner”. Użytkownik mający konto o typie „Partner” i podtypie „Administrator Partnera” będzie miał możliwość zarządzania poszczególnymi kontami pracowników z poziomu platformy www.
204.	Możliwość wyświetlenia listy wszystkich kont pracowników partnera, niezależnie od przepisane go partnera.
205.	Funkcjonalność pozwalająca na wysyłanie wiadomości z żądaniem potwierdzenia wizyty/badania w danej jednostce. Potwierdzenie wizyty/badania odbywać się będzie poprzez naciśnięcie na link potwierdzający, który został wysłany w wiadomości mailowej lub SMS.
206.	Użytkownik ma możliwość określenia, na ile dni przed terminem wizyty/badania nastąpi anulowanie w przypadku, gdy takie potwierdzenie nie zostało wykonane przez pacjenta. Wizyty, które zostały odwołane z powodu braku potwierdzenia posiadać będą kod przyczyny skreślenia określony jako „Inna przyczyna”, a kod innej przyczyny skreślenia jako „Brak kontaktu z pacjentem”.
207.	Możliwość skonfigurowania w systemie sposobu wysyłania pełnej informacji o e-recepcie: z nazwami leków lub z pominięciem nazw leków znajdujących się na recepcie.
208.	Możliwość włączenia/wyłączenia przepisywania pozycji historii choroby na oddział system może kopiować pozycje historii choroby, które zostały uzupełnione przez użytkownika na oddział, w którym został przyjęty pacjent. Pozycje, które nie zostały uzupełnione, nie będą przepisane.
209.	Możliwość włączania/wyłączania mechanizmu automatycznego tworzenia zleceń przy podaniach leków. Domyślnie w przypadku utworzenia zlecenia podania leku doraźnego, którego nie ma na stanie, tworzone będzie zlecenie wewnętrzne na ten lek (lub będzie dopisywana pozycja do istniejącego niezatwierdzonego zlecenia wewnętrznego).
210.	Możliwość ustawienia w konfiguracji systemu sposobu wydruku zaleceń do recepty - opcja 1: po zakończeniu wysyłki recept wyświetli komunikat z pytaniem o wydruk zaleceń dla wystawionych recept, opcja 2: wydruk zaleceń jest możliwy z poziomu okna z listą wystawionych recept pod osobną funkcją lub przyciskiem.
211.	Opcja konfiguracyjna umożliwiająca wymuszenie działania serwera e-usług wyłącznie na wybranej karcie sieciowej. Domyślnie system może korzystać ze wszystkich dostępnych kart sieciowych; po podaniu adresu IP system korzystać będzie wyłącznie ze wskazanej karty sieciowej.
212.	Możliwość konfiguracji badań złożonych dla jednostek typu RIS, umożliwiających planowanie zestawów badań. Badanie główne może zostać powiązane z badania podrzędnymi.
213.	Możliwe jest wprowadzenie części IX kodu resortowego (Informacja o IX kodzie resortowym wymagana jest do części sprawozdań, np. MZ29A).
214.	Mechanizm sprawdzania ścieżki dostępu do zasobów EDM, w którym przechowywane są dokumenty elektroniczne.
215.	W konfiguracji stacji roboczej możliwość wskazania drukarki do drukowania skierowań.

216.	Możliwość ograniczenia dostępności do badań/zabiegów w zależności od typu wizyty oraz zawodu zalogowanego użytkownika.
217.	Możliwość ustawienia w konfiguracji wymagalności realizacji recept przed zamknięciem systemu, umożliwiającej weryfikację występowanie w systemie niezrealizowanych recept pacjentów z e-portalu. System będzie weryfikował, czy istnieje recepta z e-portalu o statusie "oczekujący" podczas zamykania aplikacji. Jeśli występuje przynajmniej jedna taka recepta wyświetli wówczas informację o receptach pozostałych do zrealizowania.
218.	Możliwość ustawienia w konfiguracji wymagalności podpisania dokumentów przed zamknięciem systemu, umożliwiającej weryfikację występowanie w systemie niepodpisanych przez użytkownika dokumentów. System nie będzie weryfikował, czy istnieje przynajmniej jeden dokument wymagający podpisu użytkownika. Jeśli występuje, wyświetli zapytanie o zamknięcie programu.

### 3. Wymagania dla oprogramowania medycznego

	<b>Poradnia - Ewidencja</b>
219.	System posiada wspólną Ewidencję Główną Pacjentów dla wszystkich jednostek.
220.	Dostęp do Ewidencji Głównej Pacjentów możliwy jest z poziomu funkcjonalności (modułów) obsługi poradni, szpitala, rehabilitacji, diagnostyki, RIS.
221.	System gromadzi w Karcie Pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dane osobowe,</li> <li>• dane adresowe,</li> <li>• adres e-mail,</li> <li>• kartoteki papierowej,</li> <li>• zatrudnienie - stanowisko, dane zakładu pracy,</li> <li>• ubezpieczenie, możliwość uzupełnienia dat obowiązywania dla dokumentów ubezpieczeniowych,</li> <li>• płatnik, oddział NFZ.</li> </ul>
222.	System gromadzi w Karcie Pacjenta dodatkowe dane, takie jak: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wywiad rodzinny,</li> <li>• wywiad środowiskowy,</li> <li>• grupa krwi,</li> <li>• dane opiekuna,</li> <li>• upoważnienie o zgodzie do uzyskania informacji o stanie zdrowia,</li> <li>• upoważnienie o zgodzie do uzyskania dokumentacji medycznej,</li> <li>• rodzaj i nr dokumentu uprawniającego do leczenia,</li> <li>• dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymywania informacji na temat stanu pacjenta,</li> <li>• dane osób uprawnionych do odbierania dokumentacji medycznej pacjenta,</li> <li>• dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymania dokumentacji pacjenta w przypadku jego śmierci.</li> </ul>
223.	System umożliwia zapisanie w Karcie Pacjenta dodatkowych danych jak: <ul style="list-style-type: none"> <li>• informacja na temat szczepień,</li> <li>• informacji na temat przebytych chorób,</li> <li>• informacji na temat uczulenia na leki i materiały medyczne,</li> <li>• informacji na temat wypożyczanego sprzętu,</li> <li>• dowolnej informacji na temat pacjenta w postaci ogólnych uwag,</li> <li>• informacji na temat umów, polis związanych z komercyjną / prywatną wizytą,</li> <li>• informacji o koncie do rejestracji internetowej.</li> </ul>
224.	Możliwość wprowadzenia informacji o źródle danych o pacjencie.
225.	System dopuszcza wprowadzanie danych opisujących pacjentów - obcokrajowców (system pozwala na wprowadzanie różnych formatów kodów pocztowych, odmiennych rodzajów dokumentów, adresu zameldowania itp.) Typy dokumentów oraz nazwa kraju są brane pod uwagę przy generowaniu i przeliczaniu kolejek oczekujących.
226.	Podgląd na wcześniejsze wpisane szczepienia pacjenta.
227.	Możliwość podglądu wcześniejszych wizyt pacjenta w jednostce.
228.	Dostęp do informacji: <ul style="list-style-type: none"> <li>• data rejestracji,</li> <li>• data przyjęcia,</li> <li>• data i godzina wypisu,</li> <li>• rodzaj poradni, w której był przyjęty pacjent,</li> <li>• dane lekarza przyjmującego,</li> <li>• data skierowania,</li> <li>• status wizyty.</li> </ul>

229.	Filtrowanie informacji z odbytych wizyt przy użyciu parametrów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• data/godzina rejestracji,</li> <li>• data przyjęcia,</li> <li>• data wypisu,</li> <li>• rodzaj poradni, w której był przyjęty pacjent,</li> <li>• dane lekarza przyjmującego,</li> <li>• data skierowania,</li> <li>• status wizyty.</li> </ul>
230.	Możliwość dodania pacjenta niezidentyfikowanego.
231.	Wyszukiwanie danych pacjenta z uwzględnieniem danych takich jak: <ul style="list-style-type: none"> <li>• imię, nazwisko,</li> <li>• część nazwiska i imienia (ciąg znaków w nazwisku/imieniu),</li> <li>• nr PESEL,</li> <li>• data urodzenia, rocznik,</li> <li>• płeć,</li> <li>• wiek,</li> <li>• miejscowość, ulica (osobno dla adresu zamieszkania i adresu zameldowania),</li> <li>• poradnia,</li> <li>• procedura (ICD9), rozpoznanie (ICD10),</li> <li>• ubezpieczyciel, płatnik.</li> </ul>
232.	Skanowanie dowodów osobistych i praw jazdy połączone z funkcją rozpoznawania tekstu (OCR). Dane z zeskanowanych dokumentów umieszczane są w odpowiednich polach na oknie edycji danych osobowych pacjenta.
233.	Możliwość skanowania i podglądu zeskanowanych dokumentów. Skanowane dokumenty mogą być dołączone do EDM. Jeżeli w systemie operacyjnym istnieje skonfigurowany skaner plików, w momencie otwarcia okna skanowania dokumentów system wywoła również okno obsługi skanera.
234.	Sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta (eWUŚ).
235.	Możliwość wyeksportowania historii wizyt pacjenta w danej jednostce do pliku CSV/Excel, PDF, XML.
236.	Z poziomu ewidencji głównej możliwość eksportu danych dla wyświetlonej listy pacjentów wg parametrów wyszukiwania oraz zestawu filtrów (imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia, adres zamieszkania) - opcja możliwa do zablokowania dla wybranych grup użytkowników.
237.	Sprawdzanie kolejek oczekujących na wizyty.
238.	System umożliwia obsługę elektronicznych kart pacjenta ŚOW NFZ.
239.	System umożliwia przypisanie do pacjenta alergenów lub leków, na które jest uczulony.
240.	Po wskazaniu pacjenta system udostępnia możliwość wyświetlenia z ekranu ewidencji pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• listy dotychczasowych wizyt pacjenta,</li> <li>• historii chorób oraz ich zestawienia,</li> <li>• historii ubezpieczenia,</li> <li>• listy zleconych pacjentowi badań,</li> <li>• listy zleconych pacjentowi zabiegów,</li> <li>• wyników badań dla wskazanej historii choroby,</li> <li>• wykazu zaordynowanych pacjentowi leków z podziałem na leki podane pacjentowi podczas wszystkich wizyt szpitalnych oraz leki przepisane pacjentowi na receptę,</li> <li>• deklaracji POZ pacjenta,</li> <li>• zwolnień lekarskich L4 dla pacjenta.</li> </ul>

241.	Możliwość wydruku z poziomu ewidencji pacjentów dla wskazanego pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oświadczeń,</li> <li>• Koperty na dokumentację papierową,</li> <li>• Druków własnych pacjenta,</li> <li>• Statystyk dotyczących ewidencji.</li> </ul>
242.	Możliwość przeglądania listy dokumentów wydanych pacjentowi.
243.	Możliwość wyeksportowania danych pacjentów prezentowanych na liście pacjentów w oknie ewidencji głównej do pliku typu: XML, CSV, PDF, HTML.
244.	Możliwość przypisania zakresu dat aktywności pacjenta w umowie (możliwość wprowadzenia rozpoczęcia lub/i zakończenia uczestnictwa pacjenta w umowie).
245.	Możliwość zmian danych personalnych pacjenta dla aktywnych historii chorób - zmiana imienia i nazwiska pacjenta posiadającego rezerwację wizyty z uwzględnieniem dla wszystkich wizyt (włącznie z wizytami związanymi z narażeniami medycyny pracy). Gdy do rezerwacji wizyty została dodana pozycja rozliczeniowa lub zostało wskazane narażenie (w przypadku wizyt medycyny pracy), wówczas brak możliwości zmiany danych pacjenta.
246.	System umożliwia przypisanie kodu choroby zasadniczej (ICD10) związanej z chorobą przewlekłą pacjenta pod daną jednostką. Przypisanie kodu ICD10 może odbywać się w oknie danych osobowych lub bezpośrednio w oknie dostępnym na ekranie opisu przebiegu wizyty. Aby kod ICD10 związany z chorobą pacjenta przypisywał się domyślnie w oknie przebiegu wizyty w danej jednostce, choroba pacjenta musi być przewlekła oraz mieć zaznaczony znacznik choroby domyślnej. Kod tej choroby zostanie automatycznie przypisany jako kod choroby zasadniczej dla wskazanej jednostki po wejściu do okna przebiegu wizyty. Przypisanie kodu ICD10 nie zostanie wykonane w przypadku, gdy kod choroby zasadniczej został wcześniej wskazany bądź dana choroba została zakończona (data zakończenia choroby jest wcześniejsza niż data wizyty). W przypadku, gdy dla jakiejś jednostki zostały wskazane dwie choroby, które nie zostały zakończone, system przypisze kod z choroby, która została wprowadzona wcześniej.
247.	System umożliwia skopiowanie adresu z danych osobowych pacjenta lub z danych osobowych innego pacjenta zarejestrowanego w bazie.
248.	Możliwość wprowadzenia domyślnej wartości w polach dat na oświadczeniach.
249.	Możliwość anulowania wszystkich przyszłych wizyt/zleceń po zgonie pacjenta (w przypadku wypisu pacjenta z trybem wypisu „zgon pacjenta” lub przy zmianie statusu pacjenta na "nieaktywny/zmarł" w oknie danych osobowych pacjenta). Dodatkowo nastąpi ustawienie przyczyny skreślenia na „zgon osoby” oraz wypełnienie daty przyjęcia i wypisu na datę wypisu (datę aktualną).
250.	Możliwość oznaczenia pacjenta znacznikami „emeryt” oraz „funkcjonariusz” (służby mundurowe).
251.	Na oknie danych osobowych możliwość wprowadzenia znacznika sprzeciwu pacjenta do udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci (indywidualnie dla każdej z osób upoważnionych).
252.	Możliwość dopisania informacji o szczepieniu bezpośrednio w module ewidencji pacjentów (można dopisać informację o szczepieniach z Karty Uodpornienia w sytuacji, gdy nie ma rekordu wizyty pacjenta).
253.	Wymagalność wprowadzenia daty zakończenia udzielania świadczeń w oświadczeniach pacjentów: przy generowaniu informacji o oświadczeniu w komunikacie SWIAD, jeśli nie ma daty "do", to dane oświadczenie jest dodawane tylko do świadczeń zaczynających się datą początku obowiązywania oświadczenia. Jeśli data wystawienia równa się dacie "od", to przy generowaniu oświadczenia w SWIADnie będą się generowały atrybuty "data-do" i "data-do" (zgodnie z opisem XML-a komunikatu SWIAD).
254.	System zawiera parametr konfiguracyjny ustawiający wymagalność adresu zameldowania oraz dokumentu tożsamości dla cudzoziemców spoza UE. W przypadku włączenia wymagalności będzie trzeba wprowadzić informacje o adresie zameldowania (ulica, numer domu, kod pocztowy oraz nazwa miejscowości) oraz dokumencie tożsamości (po wskazaniu typu dokumentu dodatkowo należy podać jego numer oraz informację o kraju wystawienia dokumentu).
255.	Możliwość zlecenia szczepienia do gabinetu zabiegowego lub gabinetu szczepień z pominięciem Apteki.

256.	Walidacja sprawdzającą, czy w systemie występuje już aktywna deklaracja danego typu, np. do lekarza rodzinnego, pielęgniarki, położnej czy z zakresu medycyny szkolnej. Jeśli system znajdzie taką deklarację wyświetli komunikat i umożliwi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dodanie wprowadzanej deklaracji bez anulowania poprzedniej, jeszcze aktywnej deklaracji, co skutkować będzie występowaniem z systemie dwóch aktywnych deklaracji danego typu;</li> <li>• dodanie wprowadzonej deklaracji oraz anulowanie poprzedniej deklaracji danego typu, która była aktywna; dla danego pacjenta będzie dostępna tylko jedna deklaracja danego typu, a wcześniejsza zostanie dezaktywowana;</li> <li>• rezygnacja z utworzenia deklaracji, co skutkować będzie niezapisaniem się tworzonej deklaracji; będzie istnieć możliwość utworzenia innej deklaracji.</li> </ul>
257.	Na oknie opisu wizyty możliwość wprowadzenia danych dotyczących transportu (kod celu według słownika i informacja o dopłacie pacjenta).
<b>258.</b>	<b>Call Center</b>
259.	Możliwość rejestracji pacjenta na nowy termin.
260.	Zapisanie informacji o treści rozmowy.
261.	Możliwość sprawdzenia dotychczas zaplanowanych wizyt.
262.	Możliwość sprawdzenia odbytych wizyt.
263.	Możliwość automatycznej identyfikacji pacjenta za pomocą numeru dzwoniącego telefonu (konektor do centrali telefonicznej).
264.	Możliwość ręcznego wyszukania pacjenta po: <ul style="list-style-type: none"> <li>• numerze PESEL,</li> <li>• nazwisku,</li> <li>• numerze telefonu.</li> </ul>
265.	Podgląd numer telefonu przy wyszukiwaniu pacjenta (w oknie wyboru pacjenta).
266.	Wyszukiwanie wolnych terminów dla poradni lub lekarza.
267.	Wyszukiwanie wolnych terminów z uwzględnieniem płatnika: NFZ, prywatny, abonament, inne.
268.	Możliwość dopisania pacjenta do bazy.
269.	Automatyczne otwarcie okna dodania nowego pacjenta po próbie wyszukania pacjenta, który nie był wcześniej w jednostce.
270.	Możliwość rejestracji pacjenta do wybranej poradni/lekarza.
271.	Możliwość sprawdzenia statusu ubezpieczenia.
272.	Możliwość rejestracji pacjentów prywatnych i abonamentowych.
273.	Wyszukiwanie wolnego terminu ze wskazaniem konkretnej daty.
274.	Możliwość skanowania dokumentów zewnętrznych do historii choroby z poziomu Call Center. Skanowane dokumenty mogą być dołączone do EDM. Jeżeli w systemie operacyjnym istnieje zintegrowany i skonfigurowany skaner dokumentów, to w momencie otwarcia okna skanowania dokumentów system wywoła również okno obsługi skanera.
275.	System pozwala sprawdzić w systemie e-WUŚ status ubezpieczenia nowo zarejestrowanego pacjenta z poziomu Call Center.
276.	System umożliwia sprawdzenie historii ubezpieczenia.
277.	Możliwość edytowania zaplanowanych wizyt z poziomu Call Center.
278.	Okno wyszukiwania poradni z funkcjonalnością automatycznego filtrowania rekordów po wpisanym tekście.
279.	Przy numerze/nazwisku wspólnym dla dwóch lub większej liczby pacjentów, system podpowiada listę pasujących rekordów.
280.	Na oknie Call Center możliwość wywołania okna baza towarów i usług - możliwość udzielenia informacji o kosztach usług w przypadku pacjentów komercyjnych.
<b>281.</b>	<b>Rejestracja</b>
282.	Tworzenie grafików pracy lekarzy na konkretne dni (daty kalendarzowe).
283.	Planowanie lub zapisywanie wizyty wg planu pracy poradni.
284.	Przyjmowanie pacjentów niezależnie od planu pracy.
285.	Przyjmowanie pacjentów poza limitem z dnia - system wyświetla komunikat mówiący, że lista pacjentów jest już kompletna; po zaakceptowaniu komunikatu system pozwala na dodatkową rejestrację.
286.	Automatyczne nadawanie numerów kolejkowych.

287.	Możliwość zarejestrowania pacjenta z rozróżnieniem płatnika za konkretną usługę (NFZ, wizyta prywatna, wizyta abonamentowa).
288.	Możliwość wyszukiwania płatników po numerze NIP.
289.	Możliwość rozróżnień kolorystycznych dla planu pracy poradni w zależności od płatnika.
290.	Jeżeli lekarz przyjmuje pacjentów o różnych typach wizyt, personel rejestrujący może samodzielnie dokonać właściwej rejestracji - w zależności od konfiguracji umożliwiającej każdemu lekarzowi określony typ wizyty (np. „medycyna pracy”, czy „umowa”).
291.	Walidacja podczas tworzenia nowej rejestracji: jeżeli w danym dniu lekarz ma przyjęcia w kilku jednostkach/poradniach, a rejestracja pokrywa się czasowo z harmonogramami tych jednostek, to rejestracja w jednej jednostce powinna móc zablokować możliwość rejestracji w innych o tej samej porze. Jeżeli czas przyjęć jest różny, to blokada musi objąć cały częściowo zajęty slot czasowy.
292.	Funkcjonalność sprawdzająca dostępność lekarza, również dla innych gabinetów, w których przyjmuje ten lekarz. Walidacja może być "miękką" (system będzie informować o występującej wizycie dla danego gabinetu, lecz umożliwi użytkownikowi prawo wyboru, czy dodać rejestrację, czy z niej zrezygnować) lub "twardą" (program nie pozwoli zarejestrować innej wizyty dla danego lekarza, wyświetlając wyłącznie komunikat informujący o tym fakcie).
293.	Niezależnie od sposobu walidacji na terminarzu istnieje możliwość oznaczenia kolorem wszystkich terminów, które są zajęte dla innych gabinetów, w których pracuje dany lekarz. W przypadku próby zarejestrowania nowej wizyty, przeniesienia lub skopiowania wizyty w terminie, w którym dany lekarz jest zajęty w innym gabinecie, spowoduje wyświetlenie przez system odpowiedniego komunikatu informacyjnego (zależnego od wybranego sposobu walidacji).
294.	Możliwość kolorystycznego wyróżnienia na kalendarzu pracy przychodni dni, w których zamieszczony został wewnętrzny komunikat dotyczący danego dnia.
295.	Graficzne przedstawienie na kalendarzu przyjęć dnia, w którym brak już wolnych terminów.
296.	Graficzne przedstawienie na kalendarzu przyjęć dnia, w którym zostali już zarejestrowani pacjenci.
297.	Na oknie Terminarza wyświetlanie informacji o lekarzu kierującym, wprowadzonym na skierowaniu.
298.	Na oknie Terminarza poradni możliwość wywołania okna zleceń zabiegów rehabilitacyjnych z menu podręcznego.
299.	W poradniach wymagających skierowania, dla wizyt z trybem przyjęcia „13” możliwość przyjęcia bez skierowania. Dla takiego trybu przyjęcia na oknie rejestracji jest udostępniony znacznik braku wymagania skierowania. Wizyty posiadające aktywny znacznik nie będą wymagały uzupełniania danych o skierowaniu podczas zakończenia wizyty.
300.	W oknie Terminarza podgląd na numer PESEL i telefonu pacjenta.
301.	W oknie Terminarza możliwość wyświetlania numeru w kolejce do wizyty.
302.	Obsługa procesu rejestracji wg schematu: otwarcie okna Terminarza, wybranie grupy jednostek, wybranie poradni z listy jednostek zawierających się w ramach grupy, wybranie lekarza, do którego ma zostać zapisany pacjent na wizytę, wskazanie daty planowanej wizyty za pomocą przycisku myszy, wybór typu wizyty.
303.	Obsługa procesu rejestracji wg schematu: wyświetlenie okna roboczego z listą istniejących rejestracji, wskazanie poradni, wskazanie lekarza z listy lekarzy pracujących w ramach poradni, wskazanie daty planowanej wizyty, wprowadzenie typu wizyty, wyszukanie pacjenta poprzez kombinację pierwszych liter imienia, nazwiska, numeru pacjenta lub numeru PESEL (w dowolnej kombinacji).
304.	Dla rejestracji poprzez okno robocze: jeżeli system znajdzie jednego pacjenta w systemie, automatycznie uzupełni dane o pacjencie. Jeżeli system znajdzie kilku pacjentów pasujących do kryteriów wyszukiwania, wyświetli okno wyboru pacjenta z listy osób spełniających kryterium wyszukiwania. Jeżeli system nie znajdzie wyszukiwanego pacjenta, wyświetli komunikat z zapytaniem o dodanie nowego pacjenta do bazy.
305.	W przypadku nie odnalezienia pacjenta system umożliwi przekierowanie do funkcjonalności (okna) wprowadzania danych osobowych nowego pacjenta.
306.	System umożliwi obsługę kontynuacji wizyty. Jeśli został rozpoczęty proces leczenia w poradni wymagającej skierowania, a informacje o skierowaniu zostały wprowadzone podczas pierwszej wizyty, każda kolejna wizyta zarejestrowana w tej samej poradni, będzie oznaczona jako kontynuacja leczenia, a dane dot. skierowania dla nowej wizyty zostaną automatycznie uzupełnione o informacje ze skierowania wprowadzonego podczas pierwszej wizyty.
307.	Możliwość dopisania domyślnej klasyfikacji dla pacjenta - dla pacjenta posiadającego wprowadzoną domyślną klasyfikację w kartotece, zostanie ona dopisana podczas rezerwacji wizyty. Jeżeli płatnik również posiada w konfiguracji wprowadzoną klasyfikację, system będzie brał pod uwagę domyślną klasyfikację

	pacjenta. Klasyfikacja może być zmieniona w momencie edycji płatnika. Użytkownik posiada możliwość zmiany oraz usunięcia domyślnych klasyfikacji dla wizyty.
308.	Możliwość rozliczania wizyt domowych podczas rejestracji - automatyczne dodawanie produktów dla wybranych jednostek w powiązaniu z typem wizyty. W oknie rejestracji na wizytę możliwość wybrania rodzaju wizyty ze słownika wprowadzonego w konfiguracji. Gdy lekarz zamyka wizytę, a nie jest dopisana procedura lub produkt (a wizyta ma płatnika NFZ), to wówczas są dopisywane procedura i/lub produkt zgodne z wybranym rodzajem wizyty. Procedura dopisywana jest dopiero po zamknięciu historii choroby.
309.	System pozwala sprawdzić w systemie e-WUŚ status ubezpieczenia nowo zarejestrowanego pacjenta.
310.	Dla poradni diabetologicznych o kodach resortowych 1020 oraz 1021 wyświetlanie informacji o aktywnej deklaracji cukrzycowej (KAOS).
311.	Możliwość filtrowania deklaracji szkolnych (filtry: grupowa profilaktyka fluorkowa, typ szkoły, klasa) oraz możliwość zmiany danych na liście wyświetlonych deklaracji (wg: „zmień klasę”, „zmień klasę i „zaznacz grupową profilaktykę fluorkową”, „zmień klasę i „odznacz grupę profilaktyczną fluorkową”).
312.	Możliwość wpisania numeru REGON-u szkoły jako filtra wyszukiwania . W przypadku wyszukiwania danej szkoły użytkownik może wybrać REGON z listy rozwijanej lub samodzielnie wpisać go w pole.
313.	Możliwość zbiorczego wycofania deklaracji POZ. Deklaracje zostaną wycofane ze wskazaną przez użytkownika datą. W przypadku nie podania daty deklaracje zostaną wycofane z datą bieżącą.
314.	W przypadku integracji systemu HIS z oprogramowaniem FK rejestratorka może otrzymywać informację o zaległościach płatniczych w systemie FK.
315.	System pozwala sprawdzić w systemie e-WUŚ status ubezpieczenia nowo zarejestrowanego pacjenta.
316.	System wyświetla status ubezpieczenia dla pacjenta posiadającego poświadczenie ubezpieczenia innym dokumentem (ubezpieczenie nie wynikające z weryfikacji systemem eWUŚ).
317.	Możliwość wydrukowania z systemu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• listy pacjentów zarejestrowanych na dany dzień,</li> <li>• koperty na historię choroby,</li> <li>• kartoteki historii choroby,</li> <li>• oświadczenia o posiadaniu ubezpieczenia.</li> </ul>
318.	Możliwość kopiowania odbytych wizyt. Wszystkie elementy rozliczeniowe wizyty pierwszej (ICD9, ICD10, produkty rozliczeniowe, kod usługi, realizator) automatycznie uzupełniane są w wizytach kopiowanych.
319.	Możliwość przypisania wydruków własnych do rejestracji.
320.	Kopiowanie stworzonych grafików na wybrane dni.
321.	Określenie dnia, zakresu godzinowego, średniego czasu wizyty, typu wizyty podczas definiowania bloku z grafikiem.
322.	Tworzenie blokad grafików dla poradni lub lekarzy określając zakres dat oraz godzin.
323.	Przeglądanie grafików z wizytami pacjentów w rejestracji dla poszczególnych filii, poradni, lekarzy.
324.	Wyświetlanie ilości wolnych terminów wizyt na grafikach.
325.	Wyświetlanie grafików z pierwszym wolnym terminem w danej poradni.
326.	Możliwość rezerwacji wizyty na godzinę oraz rejestracji bez godziny w ramach wizyt dodatkowych.
327.	Rejestracja wizyt o czasach nakładających się na siebie.
328.	Możliwość automatycznego dopasowania długości wizyty do godzin pracy lekarza przy zmianie terminu i lekarza.
329.	Możliwość odwoływania wizyt.
330.	Możliwość zmiany terminu wizyty bez konieczności odwoływania: <ul style="list-style-type: none"> <li>• poprzez wprowadzenie za pomocą klawiatury nowej daty i godziny,</li> <li>• na terminarzu za pomocą myszy techniką „drag and drop”.</li> </ul>
331.	Możliwość wprowadzenia informacji o powodach zmiany terminu wizyty <ul style="list-style-type: none"> <li>• wg słownika powodów,</li> <li>• jako tekst swobodny (opis tekstowy).</li> </ul>
332.	Możliwość potwierdzania faktu pojawienia się pacjenta w rejestracji przed wizytą w gabinecie lekarskim. Do czasu potwierdzenia pacjent jest niedostępny w module gabinetowym.
333.	Możliwość określenia płatnika oraz: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wprowadzenia uwag: dla personelu, do wizyty, uwagi pacjenta; uwagi mogą być widoczne na terminarzu, np. po wciśnięciu prawego przycisku myszy;</li> <li>• wydłużenia czasu trwania wizyty podczas rezerwacji terminu.</li> </ul>
334.	Możliwość edycji płatnika, uwag po zarezerwowaniu terminu wizyty. Wprowadzone uwagi podczas rejestracji dostępne są w gabinecie lekarskim na liście wizyt.



335.	Automatyczne sprawdzanie prawidłowości powiązań pomiędzy ubezpieczycielem i płatnikiem.
336.	Automatyczna odpowiedź listy płatników po wyborze prywatnego ubezpieczyciela.
337.	Możliwość wprowadzenia danych ze skierowania oraz danych o uprawnieniach dodatkowych podczas rezerwacji terminu wizyty.
338.	Dla poradni, w której wymagane jest podanie skierowania, można określić wymagalność pól przy rejestracji - po zaznaczeniu „oryginał skierowania” system oznacza jako wymagane pola dotyczące jednostki kierującej, lekarza kierującego, daty skierowania, numeru skierowania oraz wstępnego kodu choroby.
339.	Możliwość znalezienia pacjenta w bazie danych po: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nazwisku,</li> <li>• numerze kartoteki,</li> <li>• numerze PESEL,</li> <li>• numerze Karty Pacjenta.</li> </ul>
340.	System umożliwia wydrukowanie Indywidualnej Karty Pacjenta.
341.	Możliwość wprowadzenia danych osobowych pacjenta wraz z nr telefonu oraz informacji o ubezpieczeniu, zakładzie pracy.
342.	Podgląd numer telefonu przy wyszukiwaniu pacjenta (w oknie wyboru pacjenta).
343.	Możliwość wprowadzenia informacji o dodaniu pacjenta do kolejek oczekujących w trybie stabilnym lub pilnym.
344.	Możliwość wypełnienia ankiet, dokumentów dla wybranego pacjenta.
345.	Możliwość dołączenia dokumentacji medycznej zewnętrznej pacjenta (np. w postaci skanów dokumentów).
346.	Możliwość przeglądania wizyt historycznych i zaplanowanych w zależności od statusów.
347.	Możliwość złożenia deklaracji POZ.
348.	Automatyczne uzupełnienie dokumentu deklaracji na podstawie danych wprowadzonych do kartoteki pacjenta.
349.	Automatyczne sprawdzanie poprawności deklaracji podczas rejestracji.
350.	W sekcji/oknie dotyczącej deklaracji POZ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wyświetlane są co najmniej cztery wiersze deklaracji (przy rozdzielczości full HD przy domyślnej wielkości czcionki),</li> <li>• najnowsze deklaracje są wyświetlane na górze listy,</li> <li>• można sortować po wartościach poszczególnych kolumn w oknie deklaracji.</li> </ul>
351.	W oknie z deklaracjami POZ na liście deklaracji wyświetlana jest w osobnej kolumnie zawartość ostatniego komunikatu NFZ.
352.	W oknie z deklaracjami POZ na liście deklaracji wyświetlana jest nazwa szkoły dla deklaracji szkolnych.
353.	Możliwość wystawienia paragonu (obsługa drukarki fiskalnej), rachunku, faktury dla pacjenta.
354.	W momencie kiedy jednostka posiada skonfigurowany domyślny dokument finansowy, system sprawdza, czy użytkownik posiada dostęp do dokumentów finansowych. Jeżeli użytkownik nie posiada przypisanego dostępu do dokumentów finansowych system wyświetli komunikat o braku możliwości wystawienia dokumentu finansowego. Jeżeli użytkownik posiada dostęp do wielu typów dokumentów i domyślny typ dokumentu finansowego nie jest ustawiony, system wyświetli okno z wyborem rodzaju dokumentu.
355.	Funkcja wydruku próbnego - generowanie wydruku próbnego dostępne jest dla dokumentów posiadających w konfiguracji formę wydruku „rachunek” lub „paragon fiskalny” z aktywną opcją „paragon+faktura”. Po kliknięciu na przycisk wydruku próbnego system wygeneruje wydruk dokumentu finansowego, przy czym zamiast numeru dokumentu zostanie dodany nagłówek „Wydruk próbny”, a dokument nie będzie ani zatwierdzany, ani fiskalizowany.
356.	Możliwość przeglądu cenników wizyt i badań.
357.	Możliwość przypisania pacjenta do pakietu, umowy z firmami komercyjnymi. Tylko pacjenci przypisani do danego cennika mogą z niego korzystać.
358.	System posiada wspólną Ewidencję Główną Pacjentów dla wszystkich poradni.
359.	System gromadzi w Karcie Pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dane osobowe,</li> <li>• dane adresowe,</li> <li>• adres e-mail, numer telefonu,</li> <li>• numer kartoteki papierowej,</li> <li>• dane o zatrudnieniu,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dane o ubezpieczeniu,</li> <li>• płatnik, oddział NFZ.</li> </ul>
360.	<p>System gromadzi w Karcie Pacjenta dodatkowe dane, takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wywiad rodzinny,</li> <li>• wywiad środowiskowy,</li> <li>• grupa krwi,</li> <li>• dane opiekuna,</li> <li>• upoważnienie o zgodzie do uzyskania informacji o stanie zdrowia,</li> <li>• upoważnienie o zgodzie do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej,</li> <li>• rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do leczenia,</li> <li>• dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymywania informacji na temat stanu pacjenta,</li> <li>• dane osób uprawnionych do odbierania dokumentacji medycznej pacjenta,</li> <li>• dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymania dokumentacji pacjenta w przypadku jego śmierci.</li> </ul>
361.	<p>System umożliwia zapisanie w Karcie Pacjenta dodatkowych danych jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informacja na temat szczepień,</li> <li>• informacji na temat przebytych chorób,</li> <li>• informacji na temat uczulenia na leki i materiały medyczne,</li> <li>• dowolnej informacji na temat pacjenta w postaci ogólnych uwag,</li> <li>• informacji na temat umów, polis związanych z komercyjną / prywatną wizytą.</li> </ul>
362.	System pozwala na zapisanie na Karcie Pacjenta nr telefonu, na który będzie wysyłana informacja SMS.
363.	Użytkownik ma możliwość zaznaczenia opcji „nie upoważniam nikogo. Gdy taka opcja jest zaznaczona, pola do wprowadzania informacji o osobach upoważnionych będą nieaktywne.
364.	Możliwość uzupełnienia informacji o zgodę na udzielanie informacji marketingowych. W przypadku, gdy wymagana zgoda nie zostanie oznaczona, podczas rejestracji pacjenta zostanie wyświetlony komunikat o braku tej zgody.
365.	Możliwość wygenerowania wydruku wskazanej zgody.
366.	System umożliwia odnotowanie i oznaczenie pilnych przypadków.
367.	System dopuszcza do przyjęcia pacjenta przebywającego aktualnie w szpitalu (na oddziale), ale ostrzega i wymaga dodatkowo potwierdzenia.
368.	Możliwość rejestrowania pacjenta bez skierowania do jednostki wymagającej skierowań na przyszły dzień wizyty.
369.	<p>System umożliwia wprowadzenia limitów przyjęć do poradni na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wybrany miesiąc,</li> <li>• dowolny wybrany okres czasu.</li> </ul>
370.	<p>System umożliwia wprowadzenie limitu przyjęć dla lekarza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• na wybrany miesiąc,</li> <li>• na dowolny wybrany okres czasu.</li> </ul>
371.	Możliwość skanowania dokumentów zewnętrznych do historii choroby z poziomu rejestracji. Skanowane dokumenty mogą być dołączone do EDM. Jeżeli w systemie operacyjnym istnieje zintegrowany i skonfigurowany skaner dokumentów, to w momencie otwarcia okna skanowania dokumentów system wywoła również okno obsługi skanera.
372.	Automatyczne otwarcie okna dodania nowego pacjenta po próbie wyszukania pacjenta, który nie był wcześniej w jednostce.
373.	Możliwość samodzielnej rejestracji i potwierdzania wizyt pacjenta poprzez panel dotykowy (kiosk internetowy).
374.	Możliwość automatycznej zmiany drukowanej pieczętki jednostki w zależności płatnika.
375.	Możliwość zarejestrowania na wizytę typu „po receptę”.
376.	Możliwość zarejestrowania na wizytę typu „konsultacyjna ogólna”.
377.	Możliwość zarejestrowania na wizytę typu „komercyjna” (opłacana przez pacjenta).
378.	Możliwość zarejestrowania na wizytę typu „abonament” - system wymusza automatycznie wybór ubezpieczyciela, płatnika i podpisanej pod niego umowy.
379.	Możliwość zarejestrowania na wizytę typu „medycyna pracy” - system wymusza automatycznie wybór płatnika i podpisanej pod niego umowy oraz określenie rodzaju badania, stanowiska pracy i opcjonalnie czynników szkodliwych.

380.	Możliwość zarejestrowania wizyty typu mieszanego (np. w ramach jednej wizyty u lekarza udzielana jest porada abonamentowa i porada komercyjna).
381.	Oznaczanie pacjentów posiadających nierozliczone usługi - jeżeli pacjent posiada nierozliczoną usługę, na ekranach rejestracja pacjentów, terminarza i ruchu chorych system wyświetla ikonę symbolizującą zaległe płatności. Po opłaceniu zaległych usług i po zatwierdzeniu związanych z tym dokumentów finansowych oznaczenie to automatycznie znika.
382.	Możliwość zarejestrowania wizyty konsultacyjnej do innych poradni z gabinetu lekarza w oparciu o dostępne terminy przyjęć.
383.	Możliwość wydruku recept z poziomu rejestracji przez uprawnione do tego pielęgniarki.
384.	Prowadzenie Kolejki (AP-KOLCE) przeznaczonej dla świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia w formie elektronicznej z automatyczną wymianą danych pomiędzy systemem HIS i AP-KOLCE.
385.	Oznaczanie pacjentów pomyślnie wysłanych do AP-KOLCE oraz pacjentów wysłanych niepoprawnie.
386.	Walidacja na wysyłkę kolejki na świadczenia DILO do AP-KOLCE dla świadczeń z datą wpisu od 1 lipca 2017 r. Przy wysłaniu kolejki na świadczenia DILO dla pacjentów weryfikowana jest data wpisu, jeśli jest ona równa lub późniejsza niż 1 lipca 2017 r., system wyświetla komunikat o treści informującej o powodzie niewysłania.
387.	Możliwość filtrowania po procedurze kolejkowej na listach oczekujących.
388.	System umożliwia walidacje w miesiącach ponownego użycia danego produktu lub rejestracji do komórki organizacyjnej.
389.	Możliwość wyświetlenia w osobnym oknie listy zleceń wymagających danych o skierowaniu. Użytkownik w oknie może zarządzać informacjami o skierowaniach na zabiegi rehabilitacyjne poprzez podgląd i edycję szczegółów skierowania, przy czym ma możliwość: <ul style="list-style-type: none"> <li>• odfiltrowania skierowań dla zaplanowanych zabiegów o niepełnych danych ze skierowania,</li> <li>• odfiltrowania skierowań, dla których upłynęło 14 dni od rejestracji,</li> <li>• odfiltrowania skierowań, dla których pacjent został skreślony z listy oczekujących,</li> <li>• wyszukiwania skierowania po nazwisku pacjenta,</li> <li>• odfiltrowania rekordów, dla których świadczenia zostały zaplanowane w danym okresie,</li> <li>• odfiltrowania rekordów po dacie rejestracji skierowania,</li> <li>• odfiltrowania rekordów skierowań do danej pracowni (spośród tych, do których wystawiono zlecenia),</li> <li>• wyeksportowania listy do pliku.</li> </ul>
390.	Funkcjonalność dodawania produktów i procedur na podstawie wybranego typu wizyty na oknie służącym do potwierdzania odbycia wizyty.
391.	W przypadku jednostek o kodzie resortowym 1310 i 2146 system realizuje miękką walidację w trakcie wprowadzania daty skierowania. W przypadku, gdy skierowanie zostało wystawione wcześniej niż 30 dni os momentu rejestracji pojawia się komunikat o przekroczeniu terminu 30 dni.
392.	Możliwość zobaczenia wszystkich pozycji rozliczeniowych wchodzących w skład procesu medycyny pracy (z danego procesu orzeczniczego).
393.	Walidacja uniemożliwiająca dodanie do rozliczenia tego samego numeru karty DILO.
394.	Grupowe potwierdzenie gotowości zaznaczonych pacjentów na oknie kartotek. Użytkownik ma możliwość zaznaczenia kilku wybranych wizyt pacjenta. po zaznaczeniu wizyt może oznaczyć wszystkie wskazane wizyty jako "gotowe" (co oznacza, że pacjent złożył wszystkie niezbędne dokumenty).
395.	Blokada dodawania pozycji z umowy NFZ dla wizyt innych niż wizyty typu NFZ.
396.	Na oknie wizyt pacjenta (dostępnych z poziomu okna rejestracji i terminarza) możliwość filtrowania wizyt pacjenta po statusie „anulowane”.
397.	Na oknie skierowania możliwość podpięcia dodatkowych formularzy formatkowych, umożliwiających powiązanie skierowania z formularzem.
398.	Możliwość wprowadzenia dodatkowych danych o informacjach psychologicznych. Użytkownik ma możliwość wyboru psychologa prowadzącego, wybrania przez kogo zostało wykonane skierowanie, określenia czy pacjent został zobowiązany do leczenia lub czy jest to leczenie przymusowe, podania terminu ostatniego wypisu z oddziału (system automatycznie wyliczy liczbę dni od ostatniego wypisu z oddziału).
399.	Możliwość wprowadzenia opisu i pomiaru stanu zdrowia oraz stanów związanych ze zdrowiem wg International Classification of Functioning, Disability and Health (kody ICF, wprowadzanie kodu ręcznie lub poprzez wybór z listy).

400.	Na liście wizyt pacjenta widoczne są informacje o klasyfikacji wizyty pacjenta, która została wybrana w Rejestracji.
401.	W Terminarzu możliwość przywołania/odwołania pacjenta do wskazanego gabinetu.
402.	Na ekranie danych osobowych funkcjonalność skopiowania adresu zamieszkania do adresu zameldowania (za pomocą przycisku).
403.	Możliwość sortowania i wyszukiwania pacjentów po numerze karty Makerum (wg karty pacjenta SOM).
404.	System obsługuje harmonogramy w ramach integracji z AP-KOLCE. Oprócz wizyt kolejkowych są wysyłane inne wizyty podzielone na odpowiednie kategorie. Każdą kategorię można wybrać ręcznie na wizycie.
405.	Na potrzeby AOP-KOLCE możliwość wyboru kategorii świadczeniobiorcy: przyjęty na bieżąco, oczekujący, oczekujący DILO, przyjęty poza kolejnością, kontynuujący leczenie, przyjęty w trybie nagłym. Dodatkowo istnieje kategoria "domyślna" - system na podstawie wprowadzonych danych określa odpowiednią kategorię.
406.	Możliwość udostępnienia planowania wizyt orzecznich wyłącznie do lekarzy orzeczników (program planować będzie drugą wizytę w poradni Medycyny Pracy wyłącznie u lekarza, który jest orzecznikiem).
407.	Na ekranie edycji procedury możliwość oznaczenia pozycji jako "istotne badanie diagnostyczne".
408.	Parametr konfiguracyjny określający sposób walidacji zapisania kolejnej wizyty kolejkowej o tym samym rozpoznaniu. Praca w jednym z trybów: - system nie weryfikuje wpisanego rozpoznania, weryfikowane jest to, czy pacjent posiada również inną wizytę niearchiwalną w tej samej jednostce, - system weryfikuje przy zapisie pacjenta do danej kolejki, czy w danej jednostce istnieje inna niearchiwalna wizyta kolejkowa z tym samym rozpoznaniem, - walidacja twarda: jeśli w danej jednostce istnieje inna niearchiwalna wizyta kolejkowa z tym samym rozpoznaniem, nie jest możliwe zapisanie takiej wizyty.
409.	Na oknie terminarza możliwość prezentowania tylko "dni pracujących", tj. wyświetlanie tylko tych podjednostek w widoku dziennym, tygodniowym lub dla zadanych dni, które mają założony grafik pracy na zadany dzień, tydzień lub wybrane dni.
410.	System daje możliwość wystawienia faktury do paragonu wyłącznie w sytuacji, gdy na paragonie dokumentującym sprzedaż został zamieszczony NIP nabywcy.
411.	Zaopatrzenie w wyroby medyczne - możliwość ponownej wysyłki zlecenia ze statusem „błędne”. W przypadku takiego zlecenia można zmodyfikować treść zlecenia na formularzu, zmianę zatwierdzić, a następnie zainicjować kolejną wysyłkę.
412.	Możliwość "klonowania" wybranych schematów recept dla wybranego personelu.
413.	Możliwość wystawiania recept z lekami z podziale „na sztuki”.
414.	Możliwość wysyłki linków do e-porady oraz e-płatności za usługi za pomocą powiadomień sms oraz e-mail. Wysyłka nowych powiadomień możliwa jest jedynie dla wizyt „na dzień dzisiejszy”, a w przypadku powiadomień płatności online, tylko w przypadku, gdy została wprowadzona pozycja z cennika.
415.	Na ekranie zlecenia otworzonego z poziomu ekranu opisu przebiegu wizyty w przypadku badań diagnostycznych oraz zleceń na zabieg operacyjny możliwość zaplanowania terminu wybranego badania/zabiegu. Zostanie wyświetlone okno z listą terminów możliwych do zaplanowania - zgodnie z terminarzem poszczególnych sal na bloku operacyjnym, w których będzie wykonywany zabieg lub poszczególnych pracowni diagnostycznych, gdzie wykonywane będzie badanie.
416.	Funkcjonalność przenoszenia/kopiowania poszczególnych wizyt na oknie Rejestracji - możliwość zaznaczenia/odznaczenia wielu wizyt z listy. Po zaznaczeniu możliwość przeniesienia lub skopiowania zaznaczonych wizyt. Jeśli kopiowane będą co najmniej dwie wizyty, system pozwoli na wybór pomiędzy zachowaniem ich dotychczasowych godzin lub dopasowanie godzin do nowego harmonogramu. System podczas kopiowania będzie sprawdzał, czy w nowym terminie występuje już jakaś wizyta i czy czas wizyty odpowiada "slotowi czasowemu" w nowym harmonogramie. Użytkownik zawsze będzie musiał potwierdzić proces zmiany terminów wizyt lub kopiowania.
417.	Możliwość odnotowania zgody na przedłużone leczenie psychiatryczne pacjenta w placówkach dla dzieci i młodzieży.
418.	Możliwość włączenia/wyłączenia automatycznego dodawania kodów specjalnego rozliczenia dotyczących e-skierowań. Domyślnie kod specjalnego rozliczenia będzie się dodawał automatycznie.
419.	Możliwość wygenerowania wydruku pobranego skierowania z możliwością wyboru drukarki.
420.	Na oknie dokumentu rozliczeniowego umożliwiające jest wprowadzenie informacji o koncie bankowym - istnieje możliwość wyświetlenia listy słownikowej wprowadzonych do systemu kont bankowych. W oknie tym użytkownik będzie miał możliwość dodania dodatkowego rekordu, w którym znajdą się informacje o

	numerusze konta i banku, modyfikacji już istniejącego rekordu lub usunięcia wskazanego numeru konta. Wybór odpowiedniego konta bankowego, który jest przypisany danemu bankowi, odbywać się będzie przez wskazanie odpowiedniego rekordu z listy. Wybrany numer konta zostanie wprowadzony również na wydruku dokumentu rozliczeniowego. Jeśli w dokumencie nie został wskazany numer konta, system wprowadzi domyślny numer konta i nazwę banku, które zostały określone w parametrze konfiguracyjnym. W przypadku, gdy nie został wprowadzony żaden numer konta, w dokumencie rozliczeniowym (wydruku) nie zostanie umieszczona informacja o numerze konta.
421.	Możliwość skorzystania z bramki płatności online DotPay lub tPay.
422.	Funkcjonalność blokowania możliwości usunięcia paragonu, jeśli została do niego wystawiona faktura. W przypadku wykonania próby usunięcia paragonu, dla którego została wystawiona faktura zostanie wyświetlony komunikat z informacją o numerze dokumentu.
423.	Przy pobieraniu skierowania miękką walidacja na VIII część kodu resortowego jednostki. System będzie weryfikował, czy VIII część kodu resortowego jednostki, do której jest przyjmowany pacjent pokrywa się z kodem ze skierowania. Jeśli występuje różnica w kodach, zostanie wyświetlony odpowiedni komunikat z informacją o występujących różnicach, a użytkownik będzie miał możliwość zdecydowania, czy takie e-skierowania ostatecznie zostanie wczytane, czy nie.
424.	Obsługa formy płatności "bon".
425.	Możliwość zlecenia szczepienia do gabinetu zabiegowego lub gabinetu szczepień z pominięciem Apteki.
426.	Wyróżnienie graficzne pacjentów, którzy posiadają dokumenty z uprawnieniami dodatkowymi.
427.	Walidacja sprawdzająca, czy w systemie występuje już aktywna deklaracja danego typu, np. do lekarza rodzinnego, pielęgniarki, położnej czy z zakresu medycyny szkolnej. Jeśli system znajdzie taką deklarację wyświetli komunikat i umożliwi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dodanie wprowadzanej deklaracji bez anulowania poprzedniej, jeszcze aktywnej deklaracji, co skutkować będzie występowaniem z systemie dwóch aktywnych deklaracji danego typu;</li> <li>• dodanie wprowadzonej deklaracji oraz anulowanie poprzedniej deklaracji danego typu, która była aktywna; dla danego pacjenta będzie dostępna tylko jedna deklaracja danego typu, a wcześniejsza zostanie dezaktywowana;</li> <li>• rezygnacja z utworzenia deklaracji, co skutkować będzie niezapisaniem się tworzonej deklaracji; będzie istnieć możliwość utworzenia innej deklaracji.</li> </ul>
428.	Możliwość oznaczenia wymagalności podania lekarza kierującego podczas rejestracji pacjenta na wizytę. Wówczas przy próbie rejestracji na wizytę jeśli została wskazana umowa z wymagalnością podania lekarza kierującego, system wymagać będzie podania lekarza kierującego. Jeśli nie został on wprowadzony, zostanie wyświetlony komunikat uniemożliwiający zapisanie wizyty i wykonanie rejestracji.
429.	Na oknie opisu wizyty możliwość wprowadzenia danych dotyczących transportu (kod celu według słownika i informacja o dopłacie pacjenta).
430.	W Rejestracji możliwość wyboru kategorii świadczenia typu "brak kategorii/brak wysyłki". Kategoria ta możliwa jest wyłącznie do ręcznego wybrania przez użytkownika, nie będzie automatycznie wskazywana przez system. Zlecenie z taką kategorią nie będzie generować komunikatów do AP-KOLCE oraz nie będzie generowana w komunikacie LIO CZ oraz KOL. Dodatkowo świadczenia z taką kategorią nie są umieszczane na liście w danym harmonogramie.
431.	Funkcjonalność dodawania produktu WP1 PORADA POCZĄTKOWA-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE dla produktów porad pierwszorazowych (jeśli taka porada nie została wykryta), w celu podniesienia taryfy. W przypadku, gdy zostanie wskazany produkt pierwszorazowy (za pomocą grupera jgp, wprowadzenia pojedynczej procedury lub skorzystania z listy produktów, które zostały wskazane podczas konfiguracji jednostki), program będzie weryfikować, czy dla danej wizyty nie został już wprowadzony produkt porady początkowej. Jeśli takiego produktu nie ma zostanie wyświetlone zapytanie o dopisanie takiego świadczenia.
432.	System zawiera słownik przyczyn skreślenia. Dla każdej pozycji (przyczyny) określona jest data jej obowiązywania.
433.	System posiada mechanizm usuwania pozycji komercyjnych i abonamentowych po anulowaniu wizyty poradnianej i badań diagnostycznych w przypadku, gdy pozycja nie została już powiązana z dokumentem komercyjnym lub nie została wciągnięta w sprawozdanie w rozliczeniu umowy. W sytuacji wykreślenia wizyty poradnianej nastąpi usunięcie wszystkich pozycji rozliczeniowych, które nie zostały powiązane z dokumentem rozliczeniowym oraz nie zostały jeszcze ujęte w sprawozdaniu z rozliczenia umowy. Ponowna modyfikacja przyczyny skreślenia lub nie przywróci pozycji rozliczeniowych, które zostały usunięte w ramach tego mechanizmu.

<b>434.</b>	<b>Poradnia - POZ</b>
435.	Możliwość podglądu i weryfikacji deklaracji podczas rejestracji pacjenta.
436.	Zarządzanie deklaracjami pacjenta z poziomu ewidencji danych pacjenta i z poziomu modułu poradnianego (dodanie, edycja, usunięcie).
437.	Ewidencjonowanie danych o zgłaszającym (innym niż pacjent, którego dotyczy deklaracja) z możliwością szybkiego wybrania zgłaszającego z dostępnej dla danej przychodni listy pacjentów.
438.	Obsługa deklaracji dla obcokrajowców, w tym osób spoza UE.
439.	Możliwość wydruku deklaracji z poziomu rejestracji przy jej braku lub zmianie lekarza.
440.	Możliwość dodania do systemu dodatkowych dokumentów ubezpieczeniowych.
441.	Możliwość podglądu historii komunikacji z NFZ dla zaznaczonej deklaracji.
442.	Możliwość zbiorczego wycofania wyświetlonych/wyfiltrowanych deklaracji.
443.	Możliwość zbiorczej aktywacji wyświetlonych/wyfiltrowanych deklaracji.
444.	Eksport wyświetlanej listy deklaracji do pliku CSV.
445.	Możliwość rozliczenia deklaracji z NFZ wraz pełną informacją o wymianie danych.
446.	Podgląd szczegółowych danych poszczególnych deklaracji takich jak: punkt kontraktowy i świadczenie z umowy POZ oraz wartość w złotych danej deklaracji.
447.	Możliwość podglądu numeru szablonu, którym wczytano informacje.
448.	Możliwość podglądu komunikatów z NFZ.
449.	Możliwość wydruku listy deklaracji zgodnie z filtrem.
450.	System umożliwia wykonywanie indywidualnej sprawozdawczości badań w POZ.
451.	Możliwość zliczania badań dla sprawozdania zbiorczego badań w POZ.
452.	Możliwość dodawania zestawów badań POZ.
453.	System posiada walidację na podwójne wpisy tego samego pacjenta w tym samym okresie sprawozdawczym oraz walidację na sprawozdawczość indywidualną, obejmującą badania wyszczególnione w tabeli nr 17 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie gromadzenia danych.
<b>454.</b>	<b>Poradnia - Gabinet</b>
455.	Na liście pacjentów oczekujących na przyjęcie do danego gabinetu możliwość wyświetlenia wszystkich pacjentów oczekujących do tych poradni, w których pracuje zalogowany lekarz.
456.	Przegląd listy zarejestrowanych do lekarza pacjentów w zależności od wybranego dnia.
457.	Na oknie gabinetu lekarskiego prezentacja informacji o typie wizyty, rodzaju badania w przypadku wizyt medycyny pracy oraz o rodzaju wizyty.
458.	Możliwość ograniczenia listy pacjentów do: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktualnie oczekujących,</li> <li>• archiwalnych (którzy już odbyli wizytę),</li> <li>• będących w trakcie wizyty.</li> </ul>
459.	Podczas przyjmowania pacjenta do gabinetu lekarza z gabinetu ogólnego możliwość zawężenia listy do pacjentów przyjętych tylko w ramach poradni, w której pracuje zalogowany lekarz.
460.	Możliwość przyjęcia pacjentów w innej kolejności, niż wynika to z porządku rejestracji.
461.	Przywoływanie i odwoływanie pacjentów przy użyciu wyświetlaczy gabinetowych.
462.	Dostęp do archiwalnych przyjęć pacjentów.
463.	Funkcjonalność umożliwiająca odczytanie przez lekarza uwag od rejestracji na temat pacjenta.
464.	Możliwość wygenerowania i podglądu przez lekarza indywidualnych statystyk z poziomu okna gabinetu lekarskiego. Lekarz może wybrać tylko statystykę z listy przyporządkowanych do danego gabinetu lekarskiego.
465.	Możliwość wydruku historii choroby pojedynczo (jednej wizyty) lub zbiorczo dla pacjenta (wszystkie wizyty).
466.	Na oknie przebiegu wizyty zaznaczanie kolorami tych pozycji historii choroby, które zostały zapisane oraz zapisane i zatwierdzone.
467.	Możliwość usunięcia pustych pozycji historii choroby (system wyświetli komunikat z zapytaniem o potwierdzenie usunięcia pustych pozycji).
468.	Program umożliwia zdefiniowanie wydruków własnych.
469.	Możliwość wprowadzania i edytowania zleceń na badania.
470.	Dostęp do wyników badań pacjenta z poziomu okna gabinetu lekarskiego.
471.	Możliwość edycji wyniku badania przez lekarza który zatwierdził wynik badania.
472.	Możliwość podglądu historii wizyt pacjenta w placówce.

473.	Możliwość wykonania badania podmiotowego (wywiadu) na podstawie zdefiniowanych wcześniej ankiet lub szablonów.
474.	Możliwość wykonania badania przedmiotowego na podstawie zdefiniowanych wcześniej ankiet lub szablonów.
475.	Możliwość prowadzenia formularzowej historii choroby.
476.	Modyfikacja schematów historii choroby.
477.	Dodawanie elementów schematu historii choroby.
478.	Możliwość wykonania opisu zabiegu na podstawie zdefiniowanych wcześniej ankiet lub szablonów.
479.	Możliwość kopiowania opisów z poprzednich wizyt.
480.	Możliwość edytowania skopiowanego opisu.
481.	Wykorzystywanie własnych schematów historii choroby.
482.	Możliwość dodawania plików graficznych (w formatach obsługiwanych przez system Windows) do historii choroby.
483.	Oznaczenie przyjęcia jako „ratującego życie”.
484.	Możliwość wpisania kodu chorobowego ICD10 jako: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kodu chorobowego wstępnego,</li> <li>• kodu chorobowego zasadniczego,</li> <li>• kodu chorobowego dodatkowego,</li> <li>• kodu chorobowego współistniejącego,</li> <li>• kodu chorobowego V-Y.</li> </ul>
485.	Możliwość wybrania kodu chorobowego ICD10 ze słownika według: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kodu,</li> <li>• opisu.</li> </ul>
486.	Możliwość ręcznego wpisania kodu chorobowego ICD10.
487.	Możliwość przypisania pacjentowi diety wybranej ze słownika.
488.	Możliwość dodawania uwag do wizyty.
489.	Możliwość dodawania procedur ze słownika ICD9.
490.	Blokada możliwości rozliczenia wizyty, jeżeli został wprowadzony kod skreślenia (tj. jeżeli podano inny kod przyczyny niż „wykonanie świadczenia”.
491.	Dodawanie leku z faktury zakupowej - przy wybieraniu leku z listy faktur i leków zakupionych możliwość podglądu daty faktury, z której wybierany jest dany lek.
492.	Możliwość utworzenia własnych grup procedur.
493.	Możliwość ręcznego dopisania procedury.
494.	Możliwość automatycznego dopisania procedury po wykonaniu badania laboratoryjnego i otrzymaniu zwrotnie wyniku.
495.	Możliwości kopiowania procedur ICD9 w ramach poradni.
496.	Oznaczenie dat procedur „od” oraz „do” na podstawie dat przyjęcia i zakończenia leczenia - daty, które nie mieszczą się w zakresie, są oznaczone kolorem. Dodatkowo podczas uzupełniania procedur, system wyświetla odpowiednie komunikaty.
497.	System posiada Gruper JGP.
498.	System podaje szybką podpowiedź produktu w POZ (do dwóch najczęściej wykorzystywanych produktów).
499.	Możliwość zamykania procesu leczniczego z poziomu gabinetu lekarskiego.
500.	Możliwość wystawienia skierowania dla pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• do szpitala,</li> <li>• do specjalisty,</li> <li>• na badania,</li> <li>• na transport (możliwość zapamiętania domyślniej jednostki na skierowaniu o typie „transport”),</li> <li>• na badania laboratoryjne,</li> <li>• na badania radiologiczne.</li> </ul>
501.	Możliwość utworzenia skierowania wewnętrznego do ośrodka rehabilitacyjnego dla skierowania typu "ośrodek/oddział dzienny".
502.	Funkcjonalność rezerwacji łóżek z możliwością wstępnej rezerwacji łóżka od strony poradni pełniącej funkcję jednostki kolejkowej do rezerwacji łóżek w części hotelowej.
503.	Możliwość wystawiania zaświadczeń opisowych z możliwością edycji.
504.	Możliwość obejrzenia dołączonych plików multimedialnych z jednego okna.

505.	Podgląd wcześniej wpisanych do systemu informacji nt. szczepień pacjenta.
506.	Podgląd wcześniej wpisanych do systemu informacji nt. leków uczulających pacjenta.
507.	Dostęp do pełnej historii choroby pacjenta wygenerowanej podczas poprzednich wizyt w poradniach, w pracowniach lub w szpitalu.
508.	System umożliwia wystawianie i wydrukowanie recept na pacjenta.
509.	System umożliwia wystawianie i wydrukowanie pustych wydruków recept.
510.	Podczas wystawiania recepty możliwość ograniczenia wyszukiwania leków wg opcji: <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Moje ulubione” - zawężenie listy leków do wskazanych przez pracownika jako „ulubione”,</li> <li>• „Leki pacjenta” - lista leków zostanie zawężona do leków na które zostały wystawione dotychczas recepty dla pacjenta,</li> <li>• „Przewlekła” - lista leków pacjenta zostanie zawężona do listy leków recepty wystawionych jako przewlekłe,</li> <li>• „Leki stałe” - lista leków zostanie zawężona do listy leków wskazanych jako leki stałe pacjenta,</li> <li>• „Leki z hospitalizacji” - zostaną wyświetlone leki ma podstawie wystawionych zleceń lekarskich na leki na oddziałach,</li> <li>• „Podpowiedź stosowania” - zostanie uzupełniona kolumna „Podpowiedź stosowania” w recepcie, jeżeli lek posiada w bazie danych leków taką wartość uzupełnioną,</li> <li>• „Tylko dla seniorów” - lista wyszukiwanych leków zostanie zawężona tylko do leków dostępnych dla „seniora” (tylko dla pacjentów-seniorów).</li> </ul>
511.	Po wyszukaniu leku, a następnie jego wskazaniu za pomocą prawego przycisku myszy, system wyświetla menu podręczne z dostępnymi funkcjami: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Dodaj do listy leków ulubionych" - wskazany lek zostanie dodany do listy leków ulubionych pracownika,</li> <li>• "Dodaj do listy leków stałych" - wskazany lek zostanie dodany do listy leków stałych pacjenta,</li> <li>• "Charakterystyka produktu" - system wyświetli okno z charakterystyką wskazanego produktu.</li> </ul>
512.	Po dodaniu leku do kontenera tworzonej recepty, po wskazaniu leku prawym przyciskiem myszy system wyświetli menu podręczne z dostępnymi opcjami: <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Zamiennik/informacja" - wyświetlenie okna wyboru zamiennika wskazanego leku,</li> <li>• "Dodaj do schematu" - umożliwiający: <ul style="list-style-type: none"> <li>- utworzenie nowego schematu z pominięciem leku recepturowego, jeżeli został on dodany (na podstawie dodanych leków do kontenera recepty),</li> <li>- utworzenie nowego schematu ze wskazanym lekiem (na podstawie wskazanego leku),</li> <li>- dodanie wskazanego leku do wcześniej utworzonego schematu.</li> </ul> </li> </ul>
513.	Funkcjonalność obsługi elektronicznych zamówień recept przez pacjenta. Jeśli zalogowany użytkownik jest lekarzem posiadającym wolne pule recept, uzyska w systemie dostęp do listy zamówień oczekujących na realizację. Z poziomu listy zamówień leków lekarz ma możliwość przejścia do okna historii choroby powiązanej z danym zamówieniem, wystawienia recepty oraz wystawieniem recepty z wpisanymi wszystkimi lekami dla aktualnie zaznaczonego pacjenta.
514.	Dla zamówień na recepty możliwość: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zmiany statusu zamówienia,</li> <li>• wprowadzenia komentarza, który będzie widoczny dla pacjenta ,</li> <li>• wprowadzenia miejsca odbioru recepty,</li> <li>• wprowadzenia informacji dotyczących tego, komu z osób uprawnionych została wydana recepta (jeśli recepta nie jest odbierana osobiście przez pacjenta).</li> </ul>
515.	Możliwość zbiorczego zrealizowania kilku wskazanych na liście zamówień na recepty. Dla każdej recepty system wypisze na recepcie wszystkie leki zamówione przez danego pacjenta, również te z różnych zamówień.
516.	Funkcjonalności dostępne w oknie generowania recept: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zarządzanie receptami: stworzenie nowej recepty, edycja recepty, usunięcie recepty (gdy recepta została wydrukowana, użytkownik nie ma możliwości jej edycji, natomiast istnieje możliwość podglądu tej recepty).</li> <li>• wygenerowanie wydruku recepty, wydruku zalecenia stosowania leków z recepty,</li> <li>• wgląd do wprowadzonej puli recept dla zalogowanego użytkownika,</li> <li>• kopiowanie recepty już wydrukowanej bez konieczności uzupełniania po raz kolejny całej recepty,</li> <li>• anulowanie recepty,</li> <li>• możliwość zmiany osoby (lekarza lub pielęgniarki) wystawiającej receptę,</li> <li>• wyświetlanie danych pacjenta, którego dotyczą wystawione recepty,</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• znacznik pozwalający na wyświetlanie recept wygenerowanych tylko podczas bieżącej wizyty,</li> <li>• po wskazaniu recepty wyświetlanie podglądu leków znajdujących się na recepcie oraz poniżej zaleceń lekarskich,</li> <li>• po wygenerowaniu recepty możliwość edycji zaleceń lekarskich,</li> <li>• oznaczenie kolorem recept, które zostały wygenerowane przez zalogowanego użytkownika,</li> <li>• po wskazaniu recepty na liście wyświetlanie informacji, kiedy została wygenerowana wskazana recepta,</li> <li>• na liście recept oznaczenie kolorem leków recepturowych, wyświetlanie informacji na jakie uprawnienie zastała wystawiona recepta, wyświetlanie informacji nt. tego, czy recepta została oznaczona jako wystawiona w chorobie przewlekłej,</li> <li>• dla każdej recepty wyświetlanie informacji o numerze z puli dostępnych recept, użytkownika, który wygenerował daną receptę, dacie wydruku, dacie anulowania.</li> </ul>
517.	Na oknie podglądu dokumentu EDM funkcjonalność wydruku oraz jednoczesnego podpisu i wydruku dla recepty.
518.	Na oknie wystawiania recepty przy wyszukiwaniu leków system wyświetla dodatkowe informacji o lekach - postać, dawka, nazwa międzynarodowa, cena detaliczna itp.
519.	<p>Rozróżnianie recept dla pielęgniarek i położnych, które mogą samodzielnie wystawiać recepty na określone leki. Rozróżnianie ordynacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• samodzielne - tylko recepty z puli S dla pielęgniarek i położnych które mogą samodzielnie wystawiać recepty na określone leki - bez decyzji lekarza.</li> <li>• kontynuacja - recepty z puli K dla pielęgniarek i położnych, które mogą wystawić kolejną receptę na lek który wcześniej przepisał lekarz.</li> </ul>
520.	<p>Przy drukowaniu bloczków recept brane są pod uwagę znaczniki „NFZ”, „Prywatne”, „RPW”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gdy nie jest zaznaczony żaden znacznik, system drukuje wszystkie recepty z puli NFZ.</li> <li>• Gdy zostanie zaznaczony jakikolwiek znacznik, zadziała on jak filtr wydruku - numer będzie pobierany z odpowiedniej puli/pul.</li> <li>• Zaznaczenie „RPW” spowoduje wydrukowanie bloczka z numerów, które mają na 21 miejscu „9” (filtr niezależny od opcji „NFZ”, „Prywatne”).</li> </ul>
521.	<p>Obsługa recept dla personelu oznaczonego jako pielęgniarka lub wybrana specjalizacja personelu „18” - recepta dodawana przez pielęgniarkę jest traktowana jako samodzielne wystawianie recepty i numer recepty jest pobierany z puli numerów, które mają na 21 miejscu cyfrę 5 (wg. rozporządzenia). Kopia recepty w przypadku wystawienia przez pielęgniarkę jest traktowana jako kontynuacja zalecenia lekarskiego i jest obsługiwana przez numery recept, które mają na 21 miejscu cyfrę 6 (wg. rozporządzenia). W każdym przypadku wystawiania recepty przez pielęgniarkę dostęp możliwy jest tylko do leków, które te osoby mogą przepisywać samodzielnie.</p>
522.	Przy wystawianiu recepty po naciśnięciu przycisku dostępne jest okno ze szczegółowymi informacjami dotyczącymi wskazanego leku.
523.	Przy wystawianiu recept system korzysta z ogólnopolskiej bazy leków BAZYL.
524.	Kopiowanie wcześniej wystawionych recept.
525.	Blokada przed ponownym wydrukowaniem tej samej recepty.
526.	Anulowanie błędnie wystawionej recepty.
527.	<p>Sprawdzanie puli dostępnych recept dla danego lekarza z podziałem na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NFZ,</li> <li>• prywatne,</li> <li>• psychotropowe.</li> </ul>
528.	Możliwość wydrukowania recept przed wizytą domową dla konkretnego pacjenta.
529.	Dostęp do informacji o ubezpieczeniu przy wystawianiu recepty.
530.	Przy wystawianiu recept z lekiem refundowanym program dokonuje walidacji ubezpieczenia pacjenta i jeżeli pacjent nie posiada uprawnień do refundacji świadczeń, system podaje komunikat o braku ubezpieczenia pacjenta.
531.	Wprowadzenie leków na receptę.
532.	Wydruk recepty lub nadruk na receptę.
533.	Tworzenie recepty na podstawie wcześniej wystawionych recept.
534.	Możliwość wstawienia jednocześnie do pięciu leków na receptę.
535.	Możliwość tworzenia schematów recept oraz zarządzania nimi przez lekarza.
536.	Podgląd charakterystyki produktu leczniczego.

537.	Walidacja dla świadczeń z zakresu chemioterapii i programów lekowych podczas uzupełniania pól.
538.	Filtrowanie leków pod kątem refundacji.
539.	Wyróżnienie kolorystyczne leków refundowanych.
540.	Dostęp do informacji o refundacji leków.
541.	Dostęp do cen leków refundowanych.
542.	Wczytanie puli recept.
543.	Wystawianie recept z lekami do przygotowania w aptece (leki recepturowe). Korzystanie ze zdefiniowanych wcześniej szablonów.
544.	Wystawianie recepty "dla seniora" (jedynie w jednostkach posiadającym VIII kod resortowy z zakresu POZ oraz dla pacjentów z ukończonym 75 rokiem życia oraz posiadających aktywną deklarację lekarza rodzinnego).
545.	Możliwość anulowania pełnej puli recept na oknie wyboru numeru recepty.
546.	Dostęp do skanowanej uprzednio dokumentacji pacjenta.
547.	Wydruk karty informacyjnej dla pacjenta lub dla lekarza kierującego oraz dowolnych definiowalnych raportów związanych z pacjentem lub historią choroby pacjenta.
548.	Możliwość drukowania paragonów fiskalnych.
549.	Możliwość drukowania faktur VAT.
550.	System umożliwi obsługę elektronicznych kart pacjenta ŚOW NFZ.
551.	Możliwość zakończenia (zamknięcia) wizyty w powiązaniu z walidacją uzupełnienia odpowiedniego minimum informacji (procedury, produkty oraz kod choroby zasadniczej).
552.	Mechanizm automatycznego dopisywania rozliczeń NFZ podczas zakończenia wizyty. Jeżeli w konfiguracji jednostki są określone rodzaje wizyt, pracownik posiada skonfigurowany domyślny rodzaj wizyty lub zostanie on wybrany podczas rezerwacji wizyty, to w momencie opuszczenia okna opisywania przebiegu wizyty podczas kończenia wizyt, produkty i procedury są dopisywane na podstawie konfiguracji rodzaju wizyty.
553.	Jeżeli w historii choroby pacjenta znajduje się już dodany produkt, system nie dopisze produktów oraz procedur na podstawie konfiguracji.
554.	Jeżeli w historii choroby znajdują się uzupełnione procedury medyczne, system dopisze do istniejących procedur procedurę oraz uzupełni produkt z konfiguracji rodzaju wizyty.
555.	Możliwość zakończenia (zamknięcia) wizyty z odnotowaniem, że pacjent nie zgłosił się.
556.	Możliwość wprowadzania informacji charakterystycznych dla okulistyki: (visus, refrakcja, skiaskopia, testy: Amsler, Ishihara, Mucha, Inox) dla każdego oka jednocześnie (na jednym ekranie).
557.	Możliwość drukowania recepty okulistycznej - refundowanej i nierefundowanej - dane z badania zaczytywane są automatycznie.
558.	Możliwość wprowadzania informacji charakterystycznych dla ginekologii (informacje dot. menstruacji, informacje dot. ciąży).
559.	Możliwość wprowadzania i edycji informacji charakterystycznych dla otolaryngologii (audiogramów).
560.	Wprowadzanie audiogramów z wyborem audiometrów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audiogram,</li> <li>• Wolne pole,</li> <li>• Słowny,</li> </ul> oraz w podziale na: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audiogram kostny,</li> <li>• Audiogram powietrzny.</li> </ul>
561.	Audiogramy określane przez wskazywanie za pomocą myszy wartości na siatkach pomiarowych, z natychmiastową wizualizacją graficzną krzywych pomiarowych.
562.	Funkcjonalność zbiorczego usuwania dopisanych usług dla świadczeń komercyjnych oraz abonamentowych - możliwość wskazania kilku rekordów, a następnie wybrania funkcji usuwania. System wyświetli komunikat z prośbą o potwierdzenie usunięcia wybranych rekordów wraz z powiązаныmi do nich procedurami medycznymi.
563.	Funkcjonalność pozwalająca pacjentowi zamawiać leki, na które lekarz wcześniej wystawił receptę w systemie. Pacjent po zalogowaniu się do e-platformy może zamówić receptę lub sprawdzić historię swoich zamówień. Po uruchomieniu funkcji zamawiania recepty prezentowane będą leki, które zostały przepisane na recepcie (domyślnie - leki z okresu ostatniego miesiąca, z możliwością wyświetlenia leków z ostatnich 6 i 12 miesięcy, przy czym leki przepisane w tym okresie wielokrotnie będą prezentowane na liście tylko

	raz). Możliwość filtrowania leków na liście po poradni oraz po nazwisku lekarza, który wystawił receptę. Dla każdego leku możliwość wyświetlenia informacji o wskazanym leku.
564.	Jeśli użytkownik jest lekarzem posiadającym wolne pule recept, po zalogowaniu się do systemu w menu głównym zostaną wyświetlone informacje dotyczące ilości oczekujących zamówień.
565.	Funkcjonalność dodawania produktów i procedur na podstawie wybranego typu wizyty na oknie służącym do potwierdzania odbycia wizyty.
566.	W przypadku, gdy do mechanizmu generowania opisu wizyty jest przypisany tylko jeden szablon wydruku, po wygenerowaniu tego wydruku system przystąpi do generowania automatycznego wydruku oraz wyświetli komunikat z odliczaniem do rozpoczęcia generowania. Operacja może zostać przerwana poprzez np. poruszenie myszką.
567.	System umożliwia przypisanie kodu choroby zasadniczej (ICD10) związanej z chorobą przewlekłą pacjenta pod daną jednostkę. Przypisanie kodu ICD10 może odbywać się w oknie danych osobowych lub bezpośrednio w oknie dostępnym na ekranie opisu przebiegu wizyty. Aby kod ICD10 związany z chorobą pacjenta przypisywał się domyślnie w oknie przebiegu wizyty w danej jednostce, choroba pacjenta musi być przewlekła oraz mieć zaznaczony znacznik choroby domyślnej. Kod tej choroby zostanie automatycznie przypisany jako kod choroby zasadniczej dla wskazanej jednostki po wejściu do okna przebiegu wizyty. Przypisanie kodu ICD10 nie zostanie wykonane w przypadku, gdy kod choroby zasadniczej został wcześniej wskazany bądź dana choroba została zakończona (data zakończenia choroby jest wcześniejsza niż data wizyty). W przypadku, gdy dla jakiejś jednostki zostały wskazane dwie choroby, które nie zostały zakończone, system przypisze kod z choroby, która została wprowadzona wcześniej.
568.	System umożliwia wydruk informacji dla lekarza kierującego na zabiegi fizjoterapeutyczne z poziomu okna przebiegu wizyty.
569.	Możliwość przepisania kodów chorobowych chorób współistniejących z poprzedniej wizyty.
570.	System jest przygotowany do wspierania procesu elektronicznego weryfikowania i potwierdzania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne z poziomu okna opisu przebiegu wizyty.
571.	Możliwość wydrukowania wyniku graficznego badania (wykresu z wyników badań).
572.	Możliwość skonfigurowania jednostek typu "gabinet zabiegowy" i "gabinet szczepień" wraz z definiowaniem usług oraz realizacją procedury zlecenia leku lub usługi dla takich gabinetów.
573.	Możliwość wprowadzenia szablonu wzorca obserwacji psychologicznej w oknie obserwacji.
574.	Możliwość powiązania lekarza z wykonywanymi przez niego usługami. W ramach ograniczenia lokalizacji może zostać określone, który lekarz może wykonywać daną usługę. Brak przypisania do danej usługi umożliwi każdemu lekarzowi wykonanie tej usługi.
575.	eZLA: podczas zapisu zwolnienia, które zostało wystawione w trybie alternatywnym, system wyświetla komunikat z ostrzeżeniem o konieczności przeprowadzenia elektronicznej tych zwolnień.
576.	Możliwość filtrowania zleconych leków po nazwie oraz indeksie.
577.	Na oknie zleconych badań informacja o sumie kosztów badań za dany okres czasowy oraz informacja dla jakiej ilości miesięcy będą przeliczane koszty zleconych badań (domyślnie system program będzie przeliczał koszty z ostatnich sześciu miesięcy, liczba miesięcy stanowiących okres przeliczeniowy kosztów możliwa do zmiany w konfiguracji systemu).
578.	W oknie danych osobowych pacjenta możliwość wyświetlenia wszystkich logów związanych z komunikacją z danym pacjentem. Możliwość dostępu do informacji o powiadomieniach pacjenta, wiadomościach odebranych, zdarzeniach call center oraz informacjach związanych z wiadomościami wychodzącymi/przechodzącymi z kampanii marketingowej. Funkcjonalność dostępna wyłącznie w przypadku, gdy pacjent posiada jakąkolwiek historię komunikacji, w ww. zakresie.
579.	W zależności od konfiguracji system pozwala w Poradni na ukrywanie/wyświetlanie w tabelach grup towarów i usług pochodzących z apteki. Domyślnie system wyświetla towary i usługi pochodzące z apteki.
580.	Możliwość wprowadzenia opisu i pomiaru stanu zdrowia oraz stanów związanych ze zdrowiem wg International Classification of Functioning, Disability and Health (kody ICF, wprowadzanie kodu ręcznie lub poprzez wybór z listy).
581.	Na liście wizyt pacjenta widoczne są informacje o klasyfikacji wizyty pacjenta, która została wybrana w Rejestracji.
582.	Możliwość skopiowania wybranego dokumentu rozliczeniowego z nową datą. Po podaniu daty wystawienia dokumentu program wyświetla formatkę z dokumentem rozliczeniowym z możliwością edycji poszczególnych danych w tak skopiowanej fakturze. Informacje o powiązaniu z historią choroby, danych dotyczących o wystawieniu dokumentu na podstawie innego dokumentu, informacji o umowie, powiązanych pozycjach umowy oraz numerze paragonu zostaną usunięte z skopiowanego dokumentu

	rozliczeniowego. Zablokowana jest możliwość kopiowania dokumentów rozliczających zaliczki, rozliczonych dokumentów zaliczkowych oraz korekt.
583.	Rodzaje uprawnień użytkownika do eRecepty: <ul style="list-style-type: none"> <li>- funkcjonalność eRecepty nie będzie aktywna dla wskazanego użytkownika,</li> <li>- funkcjonalność eRecepty będzie dostępna dla wskazanego użytkownika, podpis eRecepty będzie wykonywany na stacji lokalnej, sesja trzymana jest na pacjenta, wymagane jest częste podawanie PIN do podpisu,</li> <li>- funkcjonalność eRecepty będzie dostępna dla wskazanego użytkownika, podpis eRecepty będzie wykonywany na serwerze, sesja trzymana jest na czas 30 minut, sesja jest odnawialna, numer PIN do podpisu podawany jest raz na sesję,</li> <li>- funkcjonalność eRecepty będzie dostępna dla wskazanego użytkownika, podpis eRecepty do wyboru przed użytkownika – użytkownik posiada możliwość wyboru sposobu podpisu – zarówno podpisu z serwera jak i ze stacji lokalnej (np. podpis kwalifikowany).</li> </ul>
584.	System wywoła okno wyboru sposobu podpisu, jeżeli w konfiguracji użytkownika jest ustawienie na „pytaj”, w przypadku wskazania jednej z opcji podpisywania: „lokalnie” lub „serwer”, zostanie wyświetlone dedykowane okno podpisu.
585.	W przypadku konieczności wystawiania e-recept dla pacjentów zagranicznych z państw UE i strefy Schengen oraz państw ościennych, system powinien weryfikować wprowadzenie danych pacjenta niezbędnych dla identyfikacji tożsamości pacjenta. Recepty w takim przypadku nie zawierają informacji o numerze PIN recepty, pacjent podczas realizacji recepty potwierdza receptę za pomocą wskazanego przez siebie dokumentu. <ul style="list-style-type: none"> <li>- W przypadku wybrania opcji "Lokalnie" użytkownik ma możliwość wskazania rodzaju certyfikatu, w zależności od konfiguracji. W przypadku podpisu lokalnego wprowadzony PIN umożliwi wystawienie wielu recept na pacjenta, wystawienie recept na nowego pacjenta wywoła okno potwierdzenia certyfikatu.</li> <li>- W przypadku konfiguracji centralnego serwerowego podpisu po wprowadzeniu numeru PIN zostanie rozpoczęta sesja na czas 30 minut umożliwiająca wysyłkę innych recept bez konieczności podawania numeru PIN.</li> </ul>
586.	Możliwość wysłania grupowo kilku zaznaczonych recept naraz – system wywoła okno do wprowadzenia PIN, nastąpi grupowe podpisywanie wskazanych eRecept oraz wysyłka.
587.	W przypadku wygenerowania recepty bez wysyłki podczas wystawiania recept lub podczas wystąpienia błędu po wysyłce, który wystąpił podczas, wysyłki, system wygeneruje operację wysyłki eRecepty.
588.	W przypadku wygenerowania eRecepty przed zainicjowaniem operacji wysyłki system umożliwia wystawienie recepty w formie papierowej (tradycyjnej).
589.	System umożliwia wygenerowanie zaleceń, które dostępne będą po wygenerowaniu recepty.
590.	Możliwość skopiowania wygenerowanej już erecepty i na jej podstawie wygenerowania nowej erecepty.
591.	Możliwość anulowania wystawionej erecepty zgodnie z rozwiązaniem metody anulowania ustalonej przez CSIOZ.
592.	Podgląd wygenerowanej erecepty.
593.	W przypadku wystawienia więcej niż jednej recepty bez jednoczesnej wysyłki możliwość wyświetlenia listy recept i zaznaczenia na niej kilku wybranych recept. Możliwość zaznaczania w trybach "znacz/odznacz". "cofnij zaznaczenie", "odwróć zaznaczenie", "zaznacz wszystkie".
594.	Lista recept pacjenta może zostać zawężona tylko do eRecept, oraz do recept bieżących w formie erecepty oraz w formie tradycyjnej recepty.
595.	Lista eRecept może zostać zawężona po statusie recepty – „wszystkie”, „do wysłania”, „wystawione” oraz „anulowane”.
596.	Dla funkcjonalności eRecepty na użytkownika lista leków, jaka zostanie udostępniona do wyboru, jest identyczna z listą leków dostępnych określonych przez CSIOZ.
597.	Po wyszukaniu leku w ramach wystawiania erecepty system pozwala na: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dodania leku do listy leków ulubionych pracownika,</li> <li>- dodania leku do listy leków stałych pacjenta,</li> <li>- wyświetlenie okna z charakterystyką wskazanego produktu.</li> </ul>
598.	Podczas dodawania leku do kontenera tworzonej recepty system umożliwia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wybór zamiennika wskazanego leku,</li> <li>- dodanie do schematu z możliwością: <ul style="list-style-type: none"> <li>- utworzenia nowego schematu z pominięciem leku recepturowego, jeżeli został on dodany,</li> <li>- utworzenia nowego schematu ze wskazanym lekiem,</li> <li>- dodanie wskazanego leku do wcześniej utworzonego schematu.</li> </ul> </li> </ul>

599.	W oknie wystawiania recept zalogowany użytkownik ma możliwość zmiany lekarza, który będzie wystawiał receptę. Istnieje możliwość zablokowania możliwości tej zmiany przez administratora.
600.	Możliwość dopisywania narażeń oraz procedur przez lekarzy konsultantów. Tacy lekarze mają możliwość kopiowania wybranej wcześniej zaplanowanej wizyty konsultacyjnej oraz usuwania poszczególnych niezaplanowanych narażeń lub niezaplanowanych konsultacji. Zaplanowanie/odplanowanie oraz dodanie pojedynczej procedury postępowania nie są dostępne dla takich lekarzy.
601.	Możliwość udostępnienia planowania wizyt orzecznich wyłącznie do lekarzy orzeczników (program planować będzie drugą wizytę w poradni Medycyny Pracy wyłącznie u lekarza, który jest orzecznikiem).
602.	Możliwość anulowania recept po ich wysyłce. W przypadku recept zwykłych, recepta może zostać anulowana całościowo lub częściowo (np. jednej pozycji z recepty).
603.	Możliwość weryfikacji statusu recepty bez konieczności wchodzenia w podgląd recepty.
604.	Możliwość pobrania listy recept wystawionych pacjentowi w innych jednostkach w okresie od-do. Zakres dat zostanie automatycznie ustawiony na miesiąc wstecz, ale istnieje możliwość dowolnego zawężenia terminów. Możliwość podglądu wskazanej recepty pobranej z systemu centralnego.
605.	Możliwość generowania e-recepty leku recepturowego.
606.	Na podglądzie wydruku e-recepty recepturowej pojawia się forma podania oraz ilość. Na każdym podglądzie recepty pojawia się informacja o godzinie wysyłki e-recepty
607.	Na oknie podglądu wydruku eRecepty możliwość wysyłki do pacjenta informacji oraz recepty za pomocą SMS lub/i maila. W przypadku pacjentów bez numeru PESEL (1) zostanie wysłana informacja o wystawieniu recepty nie posiadająca kodu PIN oraz z informacją o potwierdzeniu recepty za pomocą dokumentu tożsamości.
608.	Blokowanie możliwości zmiany historii choroby danego pacjenta w momencie, gdy dane te są edytowane przez innego użytkownika. W przypadku, gdy dany użytkownik edytuje dane medyczne, dane związane z ruchem chorych rejestracją, przyjmuje danego pacjenta na oddział lub wypisuje pacjenta inny użytkownik nie ma możliwości wykonania takich czynności dla tego pacjenta. W takich przypadkach system wyświetli komunikat z informacjami nt. loginu użytkownika blokującego oraz stacji, na której pracuje ten użytkownik.
609.	Automatyczne uzupełnienie stosowania na podstawie ostatniej recepty na wybrany lek .
610.	Na oknie recept możliwość włączenia / wyłączenia wyszukiwania leków z uwzględnieniem nazwy międzynarodowej.
611.	Możliwość wystawienia leku recepturowego w formie eRecepty lub w formie recepty papierowej.
612.	Użytkownik nie mający dostęp do e-recept nie posiada dostępu do podglądu puli recept, z wyjątkiem recept wystawionych w formie papierowej.
613.	W przypadku konfiguracji centralnego serwerowego podpisu po wprowadzeniu numeru PIN zostanie rozpoczęta sesja na czas 30 minut umożliwiająca wysyłkę innych recept bez konieczności podawania numeru PIN. W przypadku podpisu lokalnego – wprowadzony PIN umożliwia wystawienie wielu recept na pacjenta, wystawienie recept na nowego pacjenta wywoła okno potwierdzenia certyfikatu.
614.	W przypadku wygenerowania eRecepty, przed zainicjowaniem operacji wysyłki możliwe jest wystawienie recepty w formie papierowej. Modyfikowana recepta znika z listy eRecept.
615.	Możliwość przeglądania dostępnej puli recept oraz wydruku pustej recepty wykorzystującej numer z dostępnej puli.
616.	Możliwość skopiowania wygenerowanej już recepty i na jej podstawie wygenerowania nowej.
617.	Możliwość anulowania wystawionej erecepty zgodnie metodą anulowania ustanowioną przez CSIOZ.
618.	Możliwość podglądu wygenerowanej erecepty.
619.	W przypadku wystawienia więcej niż jednej recepty bez jednoczesnej wysyłki, na oknie z listą recept możliwość oznaczania wielu pozycji. Zaznaczone eRecepty można wysłać grupowo z grupowym podpisywaniem wskazanych eRecept.
620.	Lista recept pacjenta może zostać zawężona tylko do eRecept, oraz do recept bieżących w formie erecepty oraz w formie tradycyjnej recepty. Erecepty będą osobno oznaczone (np. kolorem niebieskim).
621.	Lista eRecept może zostać zawężona po statusie recepty: „wszystkie”, „do wysłania”, „wystawione” i „anulowane”, „wysłane z błędem”. W zależności od statusu recepty są odrębnie oznaczane (np. kolorem).
622.	W przypadku eRecept, dla których odbyła się próba wysłania recepty, lecz z powodu błędu nie nastąpiła wysyłka, istnieje możliwość wyświetlenia informacji o występujących błędach.
623.	W przypadku wysyłki erecepty (lokalnie) użytkownik posiada możliwość wskazania rodzaju certyfikatu, może przefiltrować listę dostępnych certyfikatów po rodzaju, oraz wskazać certyfikat, a następnie wprowadzić PIN. W przypadku wyboru opcji wysyłki na serwerze użytkownik musi uzupełnić pole

	certyfikatu pracownika. Przy wprowadzaniu hasła do certyfikatu możliwe jest również zrezygnowanie z podania hasła i tym samym z wysyłki erecepty .
624.	Możliwość automatycznego odwołania przywołanego pacjenta (automatyczne odwołanie pacjenta, jeżeli został on już wcześniej przywołany) oraz automatycznego odwołania innego przywołanego pacjenta (jeżeli do gabinetu został przywołany pacjent A, a następnie przywołany pacjent B, pacjent A zostanie automatycznie odwołany).
625.	Możliwość generowania eRecept - zalogowani do systemu pracownicy, którym zostanie nadany dostęp do funkcjonalności e-recept będą posiadali możliwość generowania e-recept, natomiast pracownicy bez aktywnej opcji e-recept, będą działać w trybie określonym w konfiguracji.
626.	Na oknie e-recepty możliwość ustawienia znacznika "Realizacja w ciągu 365 dni"
627.	Na wydruku e-recepty widnieje data realizacji (w zakresie „od-do”)
628.	Obsługa certyfikatów podpisu dla grupowych kont logowania. W przypadku, gdy konta podrzędne nie posiadają powiązania z kluczami certyfikatów, zostaną one pobrane z konfiguracji w koncie głównym użytkownika.
629.	Komunikaty AP-KOLCE dla fizjoterapii wyświetlane są na zakładkach z podziałem na wizyty oraz zlecenia uwzględniające obsługę fizjoterapii. Na oknie dostępne są funkcje umożliwiające wysyłkę komunikatów (możliwe jest generowanie wysyłki dla więcej niż jednego wskazanego komunikatu ) oraz wprowadzanie poprawek danych (wywołanie okna rejestracji lub zlecenia w zależności od wskazanego rodzaju komunikatu).
630.	W oknie gabinetu lekarskiego możliwość pokazywania wszystkich zarejestrowanych pacjentów (niezależnie od zaznaczonego przez Rejestrację stanu gotowości pacjenta do przyjęcia). Dla wizyt pacjentów, które nie mają wskazanej gotowości system uniemożliwi przywołanie pacjenta, wprowadzenia informacji o wizycie, zamknięcie wizyty.
631.	Możliwość przypisania dokumentu uprawnienia dodatkowego NFZ do konkretnej historii choroby pacjenta.
632.	Na oknie terminarza możliwość prezentowania tylko "dni pracujących" , tj. wyświetlanie tylko tych podjednostek w widoku dziennym, tygodniowym lub dla zadanych dni, które mają założony grafik pracy na zadany dzień, tydzień lub wybrane dni.
633.	System umożliwia wystawianie elektronicznych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (eZWM).
634.	Zaopatrzenie w wyroby medyczne - możliwość ponownej wysyłki zlecenia ze statusem „błędne”. W przypadku takiego zlecenia można zmodyfikować treść zlecenia na formularzu, zmianę zatwierdzić, a następnie zainicjować kolejną wysyłkę.
635.	Możliwość zamknięcia wizyty bez konieczności uzupełnienia rozpoznania oraz produktów: - wykluczenie wymagalności ICD9/ICD10 z wybranych jednostek, - wykluczenie wymagalności na produkty NFZ z wybranych jednostek.
636.	Możliwość "klonowania" wybranych schematów recept dla wybranego personelu.
637.	Możliwość wystawiania recept z lekami z podziale „na sztuki”.
638.	Baza leków zawiera definicje substancji czynnych oraz alergenów. Systemie może wyświetlać podpowiedzi dla farmaceuty - po wskazaniu leku zawierającego informacje o alergenach, system wyświetli okno z listą dostępnych alergenów do wyboru.
639.	Na oknie opisu przebiegu wizyty możliwość uruchomienia wyszukiwarki pozycji historii choroby. Użytkownik ma możliwość wyszukiwania po nazwie pozycji historii choroby, wyszukiwanie następować będzie po wpisaniu przynajmniej jednej litery.
640.	Możliwość dodawania kilku produktów z listy produktów obsługiwanych w danej jednostce dla praktyk lekarskich.
641.	Na oknie opisu przebiegu wizyty możliwość wyszukiwania/odfiltrowania listy badań. Użytkownik ma możliwość filtrowania badań o określonej nazwie lub dowolnej części nazwy. Wyszukiwanie badań możliwe będzie przy wyborze kryterium: „wszystkie”, „bieżące” oraz „z hospitalizacji”.
642.	Możliwość wystawiania recept z oznaczeniem „CITO”. Podczas dodawania leków, w momencie, gdy ten znacznik jest aktywny, każdy lek będzie dodawany z oznaczenie „cito”.
643.	Możliwość wystawiania recept z oznaczeniem „CITO”. Podczas dodawania leków, w momencie, gdy ten znacznik jest aktywny, każdy lek będzie dodawany z oznaczenie „cito”.
644.	Kontrola dla leków odurzających i psychotropowych z grup I-N, II-N, III-N, II-P, III-P, IV-P, I-R. Jeżeli podczas wystawiania recepty wskazana jest opcja „realizacja w ciągu 365 dni”, system wyświetli komunikat z informacją, że wybrano leki, dla których prolongata nie jest możliwa.

645.	System zawiera mechanizm kopiowania recept dla pielęgniarek. Podczas kopiowania recepty przez pielęgniarkę system skopiuje leki które znajdują się na liście leków możliwych do wystawienia przez pielęgniarki i położne oraz pozostałe leki z wykluczeniem leków z wykazu A oraz leków odurzających i psychotropowych z grup I-N, II-N, III-N, II-P, III-P, IV-P. Recepta zostanie ustawiona jako „recepta z polecenia lekarza”. Pielęgniarka nie ma możliwości kopiowania recept recepturowych.
646.	Możliwość wysyłania automatycznych powiadomień sms oraz email o receptach.
647.	Możliwość wyświetlania wszystkich statusów formularzy na zaopatrzenie z wszystkich dotychczasowych historii chorób pacjenta
648.	Na oknie opisu przebiegu wizyty możliwość wydruku obserwacji innych i obserwacji psychologicznych dedykowanymi wydrukami.
649.	Na oknie opisu przebiegu wizyty mechanizm odfiltrowania statusów psychologicznych i innych.
650.	Przy dodawaniu grupy terapeutycznej możliwość określenia kategorii dla wszystkich dodanych wizyt. System może samodzielnie przyporządkować odpowiednią kategorię domyślną, zgodną z wprowadzonymi danymi na wizycie.
651.	Dla receptur możliwość zaznaczenia znacznika „RPW”. Funkcjonalność dostępna przy tworzeniu/edycji recept, dla schematów receptur oraz przy kopiowaniu.
652.	Podczas dodawania leku do recepty możliwość wyboru ilości opakowań.
653.	Na ekranie zlecenia otworzonego z poziomu ekranu opisu przebiegu wizyty w przypadku badań diagnostycznych oraz zleceń na zabieg operacyjny możliwość zaplanowania terminu wybranego badania/zabiegu. Zostanie wyświetlone okno z listą terminów możliwych do zaplanowania - zgodnie z terminarzem poszczególnych sal na bloku operacyjnym, w których będzie wykonywany zabieg lub poszczególnych pracowni diagnostycznych, gdzie wykonywane będzie badanie.
654.	Możliwość sprawdzenia statusu zaopatrzenia w wyroby medyczne - nastąpi porównanie statusów między systemem a portalem NFZ. W przypadku różnic, system poprawi status zlecenia wg danych z portalu.
655.	Możliwość odnotowania zgody na przedłużone leczenie psychiatryczne pacjenta w placówkach dla dzieci i młodzieży.
656.	Na oknie z lista pacjentów poradni filtr umożliwiający wyświetlenie tylko takich pacjentów, którzy zostali zapisani do gabinetu ogólnego, posiadającego tą samą specjalizację (VIII część kodu resortowego) co jednostka, w której następuje przyjęcie.
657.	Funkcjonalność wystawiania recept leków na sztuki - możliwość zmiany wielkości z "opakowania" na "sztuki". Istnieje możliwość wprowadzenia ilości w sztukach większej niż zawartość opakowania - w takim przypadku wielkość opakowania zostanie zmodyfikowana do pełnych opakowań wraz z uwzględnieniem części wartości opakowania.
658.	Obsługa recept leków darmowych dla kobiet w ciąży. Jeżeli w historii choroby zostało wprowadzone choć jedno rozpoznanie chorobowe z grupy O lub z grupy Z34, podczas dodawania recepty automatycznie zostanie dodane uprawnienie "C" oraz dane pacjentki zostaną wyróżnione (np. podświetlone kolorem). Podczas dodawania leku jeżeli znajduje się on na liście leków bezpłatnych, zostanie on dodany z refundacją "B" bez konieczności wybierania stopnia refundacji. W przypadku gdy w historii choroby nie został wprowadzony odpowiedni kod chorobowy, po wskazaniu uprawnienia "C" leki wskazane jako bezpłatne będą dodawane ze stopniem refundacji.
659.	Funkcjonalność anulowania skierowania. Jeżeli sesja dla podpisu elektronicznego nie została, należy wprowadzić hasło certyfikatu. Jeżeli sesja podpisu elektronicznego jest aktywna, skierowanie zostanie anulowane. Po poprawnym anulowaniu, skierowanie otrzyma status "Anulowane". Użytkownik nie będzie miał możliwości pobrania takiego skierowania do wizyty.
660.	Możliwość włączenia/wyłączenia automatycznego dodawania kodów specjalnego rozliczenia dotyczących e-skierowań. Domyślnie kod specjalnego rozliczenia będzie się dodawał automatycznie.
661.	Na ekranie opisu przebiegu wizyty w pozycji historii choroby możliwość wyświetlania "dymku" z podpowiedzią dla pozycji opisu wzorca szablonu opisowego.
662.	Możliwość wyszukiwania badań na oknach z listą badań pacjenta
663.	Możliwość zlecenia szczepienia do gabinetu zabiegowego lub gabinetu szczepień z pominięciem Apteki.
664.	Na oknie opisu wizyty możliwość zaznaczenia/odznaczenia odpowiednich procedur pacjenta na liście dostępnych procedur. Wszystkie procedury, które są zaznaczone mogą zostać wprowadzone na listę procedur danej wizyty.
665.	Na oknie opisu wizyty możliwość wprowadzenia danych dotyczących transportu (kod celu według słownika i informacja o dopłacie pacjenta).

666.	Możliwość wystawienia recepty recepturowej na bazie słownika surowców farmaceutycznych - można dodawać składniki aktywne (substancje czynne) i bazowe (opakowania, wypełniacze itp.). Składniki aktywne dodaje się zawsze z listy surowców (jest możliwość wyszukania po nazwie), składniki bazowe i opakowania - ręcznie lub poprzez wybór z bazy leków BAZYL.
667.	Na bazie nowych receptur możliwość tworzenia listy leków stałych i ulubione oraz schematów. System rozróżnia czy lek stały, lek ulubiony lub schemat zawiera recepturę słowną czy nową składnikową i odpowiednio dodaje je do recepty.
668.	Na oknie schematów receptury składnikowe, opisowe i zwykłe receptury papierowe są odrębnie oznaczone (np. kolorami).
669.	Funkcjonalność dodawania produktu WP1 PORADA POCZĄTKOWA-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE dla produktów porad pierwszorazowych (jeśli taka porada nie została wykryta), w celu podniesienia taryfy. W przypadku, gdy zostanie wskazany produkt pierwszorazowy (za pomocą grupera jgp, wprowadzenia pojedynczej procedury lub skorzystania z listy produktów, które zostały wskazane podczas konfiguracji jednostki), program będzie weryfikować, czy dla danej wizyty nie został już wprowadzony produkt porady początkowej. Jeśli takiego produktu nie ma zostanie wyświetlone zapytanie o dopisanie takiego świadczenia.
670.	System posiada mechanizm usuwania pozycji komercyjnych i abonamentowych po anulowaniu wizyty poradnianej i badań diagnostycznych w przypadku, gdy pozycja nie została już powiązana z dokumentem komercyjnym lub nie została wciągnięta w sprawozdanie w rozliczeniu umowy. W sytuacji wykreślenia wizyty poradnianej nastąpi usunięcie wszystkich pozycji rozliczeniowych, które nie zostały powiązane z dokumentem rozliczeniowym oraz nie zostały jeszcze ujęte w sprawozdaniu z rozliczenia umowy. Ponowna modyfikacja przyczyny skreślenia lub nie przywróci pozycji rozliczeniowych, które zostały usunięte w ramach tego mechanizmu.
671.	Na oknach w których możliwy jest wydruk badania diagnostycznego umożliwiono generowanie tego wyniku jako ODT.
<b>672.</b>	<b>Szpital – Izba przyjęć, oddziały łóżkowe, ZOL</b>
673.	Obsługa oddziałów i izby przyjęć.
674.	Funkcja sprawdzająca przy zapisie pacjenta do szpitala, czy dany pacjent oczekuje w jakiejś kolejce. Jeśli pacjent jest wpisany w kolejkę, system wyświetli komunikat z zapytaniem, czy przyjąć pacjenta z kolejki.
675.	Podczas przyjęcia na oddział miękka walidacja daty przyjęcia względem daty przyjęcia na izbie lub względem daty przyjęcia na poprzednim oddziale dla trybu przyjęcia równego „N” - jeżeli wprowadzone daty nie są zgodne, system wyświetli komunikat o tej niezgodności.
676.	W jednostkach typu Izba przyjęć oraz SOR wyświetlanie kategorii stanu zdrowia pacjenta na podstawie dodanych procedur oraz produktów. Informacja o kategorii stanu zdrowia pacjenta generowana jest na podstawie kombinacji dodanych do historii choroby procedur oraz produktów i wyświetlana jest na oknach Księgi Głównej i Ruchu Chorych.
677.	Z poziomu obsługi Ruchu Chorych możliwość skanowania i podglądu zeskanowanych dokumentów. Skanowane dokumenty mogą być dołączone do EDM. Jeżeli w systemie operacyjnym istnieje zintegrowany i skonfigurowany skaner dokumentów, to w momencie otwarcia okna skanowania dokumentów system wywoła również okno obsługi skanera.
678.	Na oknie ruchu chorych możliwość wywołania przyciskiem okna zleceń zabiegów rehabilitacyjnych.
679.	Możliwość zarejestrowania pacjentów planowych i nieplanowych.
680.	Możliwość zarejestrowania pacjenta po przebytych konsultacjach.
681.	Możliwość zarejestrowania noworodka.
682.	Obsługa rezygnacji pacjenta z hospitalizacji po rejestracji na Izbie przyjęć - pacjent w systemie jest przeniesiony do jednostki będącej archiwalną izbą przyjęć.
683.	Możliwość przyjęcia pacjenta z izby przyjęć na oddział.
684.	Dla jednostek o VIII kodzie resortowym 4912 (tj. dla bloku porodowego) możliwość przyjęcia dziecka na oddział bezpośrednio z okna opisu zabiegu operacyjnego. Po zapisie dziecka na oddział system otworzy okno umożliwiające edycję historii choroby przyjmowanego dziecka. W momencie zamknięcia okna system powróci do okna edycji zabiegu operacyjnego.
685.	Obsługa wypisu z możliwością odnotowania danych: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tryb wypisu,</li> <li>• Forma wypisu,</li> <li>• Lekarz prowadzący (alternatywnie: lekarz przyjmujący oraz lekarz zlecający),</li> <li>• Procedury i produkty.</li> </ul>



686.	Na oknie wypisu walidacja wykraczania procedury poza okres świadczenia. W komunikatach są wyszczególnione procedury, które nie przeszły walidacji dat.
687.	Możliwość obsługi formularza karty zgonu za pomocą formularza standardowego lub indywidualnego formularza lub formatki.
688.	Możliwość wyboru z listy badań opisowych do Karty Informacyjnej.
689.	Podczas przyjęcia pacjentów do jednostki typu Izba przyjęć możliwość dopisywania lekarza prowadzącego i przyjmującego na podstawie loginu zalogowanego użytkownika.
690.	Możliwość filtrowania pacjentów oddziału wg lekarza prowadzącego.
691.	Możliwość ewidencjonowania przyjęć depozytów na stan jednostki (z możliwością stosowania słowników, np. słownika odzieży).
692.	Wydruk karty depozytowej.
693.	Prowadzenie rejestru wszystkich depozytów stworzonych podczas przenosin pacjentów na oddział.
694.	Możliwość filtrowania danych w księdze depozytowej wg: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numeru księgi depozytów,</li> <li>• Numeru księgi głównej,</li> <li>• Pacjenta.</li> </ul>
695.	Możliwość przenosin międzyoddziałowych pacjenta.
696.	Dla jednostek o kodzie resortowym VIII równym 4300 blokada przeniesienia pacjenta z Izby przyjęć na oddział rehabilitacyjny w przypadku braku uzupełnienia typu rehabilitacji. W przypadku braku uzupełnienia typu rehabilitacji system wyświetli odpowiedni komunikat podczas przeniesienia.
697.	Możliwość wprowadzenia pacjenta NN.
698.	Możliwość uszczegółowienia informacji podczas rejestracji o dane: psychiatryczne, rehabilitacyjne.
699.	Wyświetlenie aktualnej historii choroby pacjenta po zeskanowanym identyfikatorze pacjenta (dostosowanym do obowiązujących aktów prawnych).
700.	Możliwość usunięcia pustych pozycji historii choroby (system wyświetli komunikat z zapytaniem o potwierdzenie usunięcia pustych pozycji).
701.	Moduł uruchamiany na urządzeniach przenośnych typu tablet, umożliwiający pracę personelu medycznego z dokumentacją medyczną pacjenta przy łóżku.
702.	Funkcjonalność drukowania identyfikatora pacjenta dostosowanego do obowiązujących aktów prawnych.
703.	Możliwość wydruku takich wydruków jak: karty statystyczne, karty wypisu, pełne historie choroby pacjenta.
704.	Możliwość obsługi bloku operacyjnego: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tworzenie protokołu operacyjnego: wprowadzenie wykonanych czynności i procedur, protokołów pielęgniarskich, anestetycznych, generowanie opisów medycznych w oparciu o indywidualne słowniki, utworzone w systemie formularze lub dopiski.</li> <li>• ewidencja podanych leków, zużytych materiałów, wykonującego personelu.</li> <li>• prowadzenie księgi bloku operacyjnego.</li> </ul>
705.	Możliwość zapisywania statusów dziennych dla hospitalizowanego pacjenta.
706.	Możliwość zablokowania edycji dokumentacji archiwalnej.
707.	Funkcjonalność rezerwacji łóżek z możliwością wstępnej rezerwacji łóżka od strony poradni pełniącej funkcję jednostki kolejkowej do rezerwacji łóżek w części hotelowej.
708.	Możliwość wprowadzania informacji o numerze sali i łóżka pacjenta, stanie odleżyn podczas przyjęcia oraz przewidywanej liczbie dni pobytu na oddziale.
709.	Mechanizm przeliczania ruchu pacjentów, przepustowości i obłożenia łóżek.
710.	Dla każdego łóżka możliwość wprowadzenia czasowej blokady. Podczas próby rezerwacji system informuje o nałożonej blokadzie - takie łóżko nie jest możliwe do wyboru podczas rezerwacji.
711.	Możliwość prowadzenia i automatycznej numeracji Księgi Głównej, Ksiąg Oddziałowych.
712.	Na oknach Księgi Głównej i ruchu chorych wyświetlanie informacji o sposobie przypisania produktu do historii choroby: brak produktu na danej historii choroby, są produkty ale nie ma wśród nich wyznaczonego z Grupera, są produkty tylko wyznaczone przez Grupera, są produkty wyznaczone z Grupera oraz dodawane ręcznie.
713.	Możliwość przypisania grupy JGP z poziomu okna ruchu chorych. System sprawdzi warunki spełniające kryterium wyboru Grupera. W momencie, gdy weryfikacja warunków będzie pomyślna, system otworzy okno edycji produktu.
714.	Na oknie ruchu chorych możliwość rozszerzenia listy pacjentów o wszystkich pacjentów przebywających na wszystkich oddziałach szpitalnych, do których zalogowany użytkownik posiada dostęp.

715.	W panelu szpitalnym możliwość wyświetlenia widoku (okna) zawierającego spis pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych. Oprócz podstawowych danych (imię i nazwisko, data urodzenia, oddział, data przyjęcia na oddział ) są wyświetlane dodatkowo informacje: numer sali, numer łóżka, telefon oraz informacja o zgodzie pacjenta. Dane na oknie mogą być dowolnie sortowane poprzez przeciągnięcie nagłówka kolumny w sekcji grupowania. Nagłówki można sortować dowolnie. Za pomocą pola „Szukaj” można wyszukać pacjenta po nazwisku. Okno zawiera zestaw filtrów pozwalających ograniczyć listę do określonego zakresu czasowego oraz oddziału.
716.	Możliwość odfiltrowania listy pacjentów, którzy nie posiadają uzupełnionej kompletnej historii choroby - lista pacjentów w oknie Ruchu Chorych zostanie zawężona do tych pozycji, które nie mają zatwierdzenia kompletności historii choroby.
717.	Możliwość druku wybranego zakresu numerów Księgi Głównej.
718.	Obsługa elektronicznych zleceń oddziałowych z wysłaniem do poszczególnych pracowni, laboratorium, rehabilitacji, poradni, oddziału, innej jednostki medycznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>• badania diagnostyczne,</li> <li>• badania laboratoryjne,</li> <li>• zabiegi,</li> <li>• konsultacje,</li> <li>• apteczki oddziałowe.</li> </ul>
719.	Możliwość tworzenia harmonogramowych zleceń na badania na podstawie zadanego zakresu czasowego, godziny, ilości powtórzeń, oraz interwału.
720.	Możliwość definiowania formularzy zlecenia (charakterystycznych dla jednostki odbierającej zlecenie).
721.	Automatyczny odbiór wyniku (wynik jest widoczny w dokumentacji medycznej pacjenta), możliwość wydruku wyniku.
722.	Możliwość edycji wyniku badania przez lekarza, który zatwierdził wynik badania.
723.	Możliwość modyfikacji, anulowania zaplanowanego zlecenia, przeglądu zleceń, wydruku zleceń.
724.	Możliwość przeglądu danych archiwalnych o pacjentach przebywających w przeszłości na danym oddziale.
725.	Możliwość wystawiania i ewidencjonowania przepustek.
726.	Możliwość automatycznego rozdzielania krotności produktu i procedur na poszczególne dni.
727.	Możliwość wprowadzenia rozpoznań: wstępne, główne, współistniejące, dodatkowe wypisowe, przyczyny zgonu i rozpoznania sekcyjnego wg klasyfikacji ICD-10 oraz opisowych (z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej szablonów).
728.	Aktualna wersja Grupera JGP dla szpitalnictwa.
729.	Mechanizm aktualizacji oprogramowania do najnowszej wersji Grupera oraz wczytywanie aneksów umów NFZ.
730.	Zapamiętywanie okresu obowiązywania danej wersji Grupera oraz danych niezbędnych do grupowania z umów NFZ.
731.	Podgląd w jednym miejscu, wszystkich danych, niezbędnych do wyznaczenia grupy JGP.
732.	Możliwość wskazywania wszystkich grup spełniających warunki poprawnego grupowania oraz nich wartości punktowej.
733.	Możliwość generowania informacji o najbliższych grupach niespełniających warunków. System podaje ich wartości punktową i przyczyny niespełnienia warunków oraz uwagi związane z tym faktem.
734.	Możliwość wprowadzania skierowań na transport medyczny oraz wydawania zaświadczeń o pobycie w szpitalu.
735.	Możliwość zapamiętania domyślniej jednostki na skierowaniu o typie „transport”.
736.	Możliwość stworzenia słownika powodów wprowadzenia zmian w pozycjach historii choroby pacjenta.
737.	Przechowywanie informacji o zmianie pozycji historii choroby wraz z powodem tej zmiany oraz wskazaniem na osobę dokonującą tej zmiany.
738.	Możliwość prowadzenia gospodarki lekami apteki głównej i apteczek oddziałowej.
739.	Na oknie apteczki oddziałowej możliwość włączenia zapamiętywania ostatniego wyszukiwania. Opcja zapamiętania działa na podstawie ustawień globalnych zapamiętywania oraz do ponownego uruchomienia aplikacji.
740.	Możliwość planowania i zlecenia leków prowadzenia karty zleceń leku, wydruk dziennego zestawienia leków na pacjenta.
741.	W oknie zlecenia podania leku i zlecenia / podania mieszanki możliwość zlecenia leku wg jednostki miary, objętości lub wagi. Po wybraniu leku, który w karcie magazynowej ma uzupełnione pola: „pojemność” i

	„ilość substancji czynnej w pojemniku” możliwość zaznaczenia znacznika wyboru dotyczącego jednostki objętości lub wagi, a następnie zlecenia podania leku w tak wybranej jednostce.
742.	Funkcjonalność okna lub zakładki do zarządzania lekami, umożliwiająca tworzenie zleceń przez lekarza, realizację zleceń przez pielęgniarkę, zwrócenie pozostałych pacjentowi leków prywatnych niewykorzystanych podczas pobytu w jednostce i odstawienie wszystkich zleceń w chwili wypisu jednym przyciskiem.
743.	W oknie zleceń leków zlecenia sortowane wg daty dodania, ostatnio dodane są na samej górze.
744.	W oknie zleceń leków widoczne w tabeli zleceń są co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nazwa leku,</li> <li>• dawka z jednostką miary przypisaną do tego leku,</li> <li>• droga podania,</li> <li>• ile razy ma być podany lek danego dnia,</li> <li>• kalendarz z podziałem na dni tygodnia, z możliwością jego przewijania.</li> </ul>
745.	Dodawanie leku z faktury zakupowej - przy wybieraniu leku z listy zakupionych faktur podgląd na datę faktury, z której wybierany jest dany lek.
746.	Możliwość zleceń pojedynczych i cyklicznych.
747.	Podczas zlecenia leków możliwość powielenia podawania leku w wybranym dniu o wybranej godzinie oraz powielenia podawania leku o wybranej godzinie od wybranego dnia do wypisu.
748.	Możliwość odstawienia podawania leku w wybranym dniu lub o wybranej godzinie od wybranego dnia do wypisu.
749.	Możliwość zleceń wlewów ciągłych z możliwością wskazania leku dostępnego na oddziale albo w aptece głównej lub wskazania schematu mieszanki.
750.	Możliwość zleceń wlewów mieszanki przygotowanej indywidualnie z ewidencją poszczególnych składników użytych do sporządzenia mieszanki.
751.	Dla wlewów możliwość ewidencjonowania wszelkich zmian w dawce, zmian w prędkości podawania, zmian bolusa. Zmiany mogą być przedstawiane w oknie zlecenia za pomocą wykresu.
752.	Możliwość anulowania wlewu, w sytuacji, gdy go nie podano oraz zakończenia podawania wlewu z podaniem finalnej ilości podanego wlewu.
753.	Możliwość tworzenia szablonów zleceń na podanie leków.
754.	Funkcjonalność menu podręcznego w oknie zleceń leków, pozwalającego dla każdego zlecenia na jego szybkie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• powielenie (skopiowanie zlecenia z danej godziny z możliwością zmiany dawki i godziny podania, ale tylko dla pojedynczego zlecenia),</li> <li>• przedłużenie (kontynuację),</li> <li>• zmianę parametrów (dla wskazanego dnia podania z możliwością wskazania wybranej godziny lub dla całości podania), <ul style="list-style-type: none"> <li>• odstawienie leku (przerwanie podawania wybranego leku od dnia i godziny, zatwierdzenia. system powinien usunąć wszystkie niezrealizowane jeszcze zlecenia),</li> <li>• wznowienie podawania leku w wariantach: do końca pobytu, dla wybranego dnia, na określoną liczbę dni.</li> </ul> </li> </ul>
755.	Możliwość wyszukiwania leków bezpośrednio z okna zlecenia podania leku - po wprowadzeniu ciągu znaków i zainicjowaniu wyszukiwania system wyświetla okno katalogu leków lub apteki oddziałowej z listą leków spełniających kryterium wyszukiwania.
756.	Ewidencjonowanie osoby wydającej i wydanie leków oraz materiałów z dokładnością do pacjenta.
757.	Potwierdzanie realizacji zleceń lekarskich na podanie leków z możliwością potwierdzenia naraz wydania wielu leków. Okno zleceń do wykonania przez pielęgniarkę pozwala na użycie mechanizmu filtrowania zleceń: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ustawienie zakresu czasu,</li> <li>• wybranie lekarza prowadzącego,</li> <li>• wybranie numeru sali,</li> <li>• wybranie pory dnia, na które zostało wystawione zlecenie.</li> </ul>
758.	Możliwość ewidencji zdarzeń związanych z podaniem leku przez pielęgniarkę: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dodania rozpuszczalnika do leku, który wymaga rozpuszczenia (powiązanie przygotowania i podania leku łącznie z rozpuszczalnikiem - jeżeli dla danego leku/roztworu zostanie wprowadzone podanie, wówczas przygotowany i podany zostanie również powiązany z nim rozpuszczalnik/lek);</li> <li>• zamiany leku na inny o tym samym działaniu, jeżeli brak właściwego na stanie;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podania leku doraźnego w każdym momencie - poprzez utworzenie własnego zlecenia na podstawie otwartego zlecenia lekarskiego;</li> <li>• podania pacjentowi przez pielęgniarkę leku z listy leków, do których podania jest uprawniona.</li> </ul>
759.	<p>Oznaczenie statusu zleceń kolorami z rozróżnieniem na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nowe zlecenie lekarskie na podanie leku,</li> <li>• lek przygotowany do wydania - została wybrana seria,</li> <li>• lek został podany pacjentowi,</li> <li>• podanie zostało anulowane.</li> </ul>
760.	Jeżeli zlecenie podania leku zostaje zmienione (podanie zamiennika, wprowadzenie poprawek do podania) , wówczas - po zaznaczeniu leku i terminu podania - w osobnej zakładce okna opisującego zlecenie podania widoczna jest informacja kto i jakiej dokonał zmiany.
761.	Aktualizacja stanu apteczki oddziałowej w wyniku podania leku oraz możliwość wprowadzenia strat.
762.	Możliwość definiowania struktury apteczek oddziałowych w powiązaniu z apteką główną.
763.	Możliwość zaczytywania kodów kreskowych z leków i materiałów.
764.	Możliwość generowania stanów magazynowych apteczki oddziałowej.
765.	Ewidencjonowanie serii leków i dat ich ważności.
766.	Możliwość drukowania zestawień dla apteczki oddziałowej, między innymi: dat ważności, zużycia za okres obrotów, inwentaryzacji (generowanie arkusz spisu z natury), stanów minimalnych.
767.	Możliwość prowadzenia karty magazynowej apteczki oddziałowej (moduł Apteka).
768.	Możliwość tworzenia raportu rozchodu leków z oddziału (moduł Apteka).
769.	Wsparcie tworzenia planów oddziałowych i zapotrzebowania na leki (moduł Apteka).
770.	Automatyczne tworzenie zamówienia na brakujący lek z oddziałowego zlecenia lekarskiego (moduł Apteka).
771.	Możliwość wyliczania automatycznie ilości do zamówienia na podstawie średniego zużycia wybranego leku w podanym zakresie czasu do wyznaczonego dnia.
772.	Możliwość wyliczenia kosztów medycznych hospitalizacji.
773.	Możliwość rejestracji pacjenta, ewidencjonowane są min. dane osobowe, adresowe, ubezpieczeniowe, o opiece, płatniku, osobach upoważnionych do uzyskania informacji o stanie zdrowia, odbiorze dokumentacji medycznej.
774.	Możliwość wyszukiwania pacjentów na liście pacjentów wg różnych parametrów.
775.	Prowadzenie list oczekujących na przyjęcie do oddziałów z możliwością zmiany zaplanowanego terminu.
776.	Prowadzenie historii choroby (dane przyjęcia, wywiad, przebieg choroby, epikryza, procedury, zabiegi, badania diagnostyczne, leki, konsultacje, wypis).
777.	Możliwość ewidencji czynności pielęgniarstwa oraz wydruk wymaganych dokumentów.
778.	Możliwość definiowania i użycia tekstów standardowych w opisie historii choroby.
779.	Możliwość stworzenia dodatkowych dokumentów zapisywanych w rekordzie pobytu w oddziale, umożliwiające zbieranie nietypowych danych.
780.	Możliwość obsługi kart TISS.
781.	Standardowe zestawienia wg rozpoznań, procedur (sumaryczne, jednostkowe), zleconych badań na pacjenta w danym dniu lub okresie.
782.	Możliwość samodzielnej modyfikacji istniejących szablonów wydruków, formularzy dokumentacji medycznej, tworzenia raportów zgodnie z potrzebami Zamawiającego.
783.	Przygotowywanie elektronicznych raportów do instytucji zewnętrznych, np. NFZ, PZH, Centrum Zdrowia Publicznego.
784.	Możliwość wyświetlenia wprowadzonych obserwacji z całego pobytu szpitalnego (funkcjonalność dostępna tylko dla jednostek szpitalnych) - wyświetlanie wszystkich obserwacji od momentu przyjęcia pacjenta do chwili bieżącej.
785.	Możliwość wprowadzania oceny skali bólu (skala bólu NRS).
786.	Możliwość wystawiania recept.
787.	Możliwość wprowadzenia receptury oraz oznaczenia braku zamiennika.
788.	Elektroniczny obieg recept tj. obsługa procesu od wczytania numerów recept z NFZ poprzez wystawianie recept do raportów zużycia numeracji.
789.	Możliwość oznaczenia historii choroby pacjenta jako świadczenie ratujące życie.
790.	Możliwość dołączania do historii choroby dowolnego pliku, np. skanu skierowania, zgód pacjenta, konsultacji zewnętrznej, prześwietlenia, itp.

791.	Możliwość odnotowywania udostępniania dokumentacji medycznej - dotyczy zarówno wersji papierowej dokumentacji, jak i elektronicznej.
792.	Możliwość przyjęcia pacjenta ze szpitalnej kolejki oczekujących do izby przyjęć, z automatycznym przeniesieniem danych pacjenta.
793.	Możliwość wydruku pasków na rękę z definiowanym kodem i nadrukiem.
794.	Możliwość obsługi oddziału kardiologicznego: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Możliwość dodania poszczególnych badań kardiologicznych jako pozycji historii choroby;</li> <li>• Możliwość opisu Angioplastyki (ogólne dane, PCI, ICD9);</li> <li>• Możliwość opisu Koronografii, m.in.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informacje ogólne,</li> <li>- Koronografia tętnicy wieńcowej lewej/prawej,</li> <li>- Wentrykulografia,</li> <li>- Aortografia,</li> <li>- Pomiar ciśnienia,</li> <li>- Saturacja,</li> <li>- By-pass,</li> <li>- ICD9,</li> </ul> </li> <li>• Możliwość opisu Echokardiografii;</li> <li>• Możliwość wprowadzenia wyników próby dobutaminowej;</li> <li>• Możliwość uruchomienia Hospicjum na konfiguracji przypisanej dla jednostki zamkniętej.</li> </ul>
795.	Funkcjonalność zbiorczego usuwania dopisanych usług dla świadczeń komercyjnych oraz abonamentowych - możliwość wskazania kilku rekordów, a następnie wybrania funkcji usuwania. System wyświetli komunikat z prośbą o potwierdzenie usunięcia wybranych rekordów wraz z powiązanymi do nich procedurami medycznymi.
796.	W przypadku, gdy do mechanizmu generowania opisu wizyty jest przypisany tylko jeden szablon wydruku, po wygenerowaniu tego wydruku system przystąpi do generowania automatycznego wydruku oraz wyświetli komunikat z odliczaniem do rozpoczęcia generowania. Operacja może zostać przerwana poprzez np. poruszenie myszką.
797.	Możliwość odebrania uprawnień do podglądu na oknie do tworzenia wypisu. Dla danych grup użytkowników można zablokować widoczność poszczególnych funkcjonalności.
798.	System umożliwia przypisanie kodu choroby zasadniczej (ICD10) związanej z chorobą przewlekłą pacjenta pod daną jednostkę. Przypisanie kodu ICD10 może odbywać się w oknie danych osobowych lub bezpośrednio w oknie dostępnym na ekranie opisu przebiegu wizyty. Aby kod ICD10 związany z chorobą pacjenta przypisywał się domyślnie w oknie przebiegu wizyty w danej jednostce, choroba pacjenta musi być przewlekła oraz mieć zaznaczony znacznik choroby domyślnej. Kod tej choroby zostanie automatycznie przypisany jako kod choroby zasadniczej dla wskazanej jednostki po wejściu do okna przebiegu wizyty. Przypisanie kodu ICD10 nie zostanie wykonane w przypadku, gdy kod choroby zasadniczej został wcześniej wskazany bądź dana choroba została zakończona (data zakończenia choroby jest wcześniejsza niż data wizyty). W przypadku, gdy dla jakiejś jednostki zostały wskazane dwie choroby, które nie zostały zakończone, system przypisze kod z choroby, która została wprowadzona wcześniej.
799.	Dla zlecenia podania leku możliwość wyboru magazynu, z jakiego lek zostanie podany. Można wybrać jeden z magazynów Apteki Oddziałowej lub wskazać wszystkie magazyny. Przy podawaniu leku zostanie wydany ze wskazanego w zleceniu magazynu. Funkcjonalność dotyczy jedynie zleceń leków, nie dotyczy wlewów, mieszanek i leków doraźnych.
800.	System umożliwia wydruk informacji dla lekarza kierującego na zabiegi fizjoterapeutyczne z poziomu okna przebiegu wizyty.
801.	Możliwość dodania zlecenia leku na 1 dzień wstecz. Jeżeli zlecenie obejmuje zakres dat od dnia wcześniejszego niż wczorajszy do dnia późniejszego, to wówczas zlecenie takie zapisane zostaje od 1 dnia wstecz.
802.	Możliwość przepisania kodów chorobowych chorób współistniejących z poprzedniej wizyty.
803.	System jest przygotowany do wspierania procesu elektronicznego weryfikowania i potwierdzania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne z poziomu okna opisu przebiegu wizyty.
804.	Możliwość wydrukowania wyniku graficznego badania (wykresu z wyników badania).
805.	Możliwość tworzenia i zlecenia schematów zawierających podania kilku leków.
806.	Możliwość otwarcia połączenia internetowego do decyzji Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego (funkcja dostępna z okna zarządzania lekami i z okna apteczki oddziałowej).

807.	Blokada dodawania pozycji z umowy NFZ dla wizyt innych niż wizyty typu NFZ.
808.	Na oknie skierowania możliwość podpięcia dodatkowych formularzy formatkowych, umożliwiających powiązanie skierowania z formularzem.
809.	Możliwość powiązania lekarza z wykonywanymi przez niego usługami. W ramach ograniczenia lokalizacji może zostać określone, który lekarz może wykonywać daną usługę. Brak przypisania do danej usługi umożliwi każdemu lekarzowi wykonanie tej usługi.
810.	Możliwość zdefiniowania dawki oraz sposobu podawania leków doraźnych (użytkownik ma możliwość wprowadzenia ilości oraz drogi podania leku). Po zapisaniu danych wprowadzony lek pojawia się na liście w oknie leków doraźnych z informacją dotyczącą dawki oraz jednostką miary.
811.	Na oknie zlecenia podania leków oraz oknie podglądu zleceń leków wyświetlana jest informacja o ilości leków doraźnych u konkretnego pacjenta w obrębie danej historii choroby.
812.	Po wskazaniu pacjenta w oknie podglądu zleceń leków i po wskazaniu leku doraźnego system automatycznie uzupełnia dawkę, drogę podania oraz osobę zlecającą, zgodnie z tym co zostało uzupełnione w oknie leku doraźnego.
813.	Możliwość dopisywania leku doraźnego do istniejącego wcześniej podania tego leku. Jeśli dany lek doraźny zostanie podany kilkakrotnie, będzie podpięty pod jedno zlecenie podania tego leku.
814.	W oknie leków prywatnych pacjenta funkcjonalność oznaczania kolorem leków przeterminowanych, leków do przyjęcia, leków z niepełnymi danymi. Jeśli lek został już przyjęty, nie będzie oznaczony żadnym kolorem.
815.	eZLA: podczas zapisu zwolnienia, które zostało wystawione w trybie alternatywnym, system wyświetla komunikat z ostrzeżeniem o konieczności przeprowadzenia elektronicznej tych zwolnień.
816.	Możliwość filtrowania zleconych leków po nazwie oraz indeksie.
817.	Możliwość identyfikacji pacjentów po kodach kreskowych lub kodach QR z zaszytym numerem historii choroby oraz numerem procesu leczniczego.
818.	Na oknie zleczanych badań informacja o sumie kosztów zakończonych badań za dany okres czasowy oraz informacja dla jakiej ilości miesięcy będą przeliczane koszty zleconych badań (domyślnie system program będzie przeliczał koszty z ostatnich sześciu miesięcy, liczba miesięcy stanowiących okres przeliczeniowy kosztów możliwa do zmiany w konfiguracji systemu).
819.	W oknie danych osobowych pacjenta możliwość wyświetlenia wszystkich logów związanych z komunikacją z danym pacjentem. Możliwość dostępu do informacji o powiadomieniach pacjenta, wiadomościach odebranych, zdarzeniach call center oraz informacjach związanych z wiadomościami wychodzącymi/przechodzącymi z kampanii marketingowej. Funkcjonalność dostępna wyłącznie w przypadku, gdy pacjent posiada jakąkolwiek historię komunikacji (w ww. zakresie).
820.	Możliwość jest sprawdzenia wszystkich obserwacji psychologicznych, które zostały stworzone w danej historii choroby dla wskazanego pacjenta.
821.	Możliwość wyświetlenia książki raportów psychologicznych.
822.	W przypadku wykazanych procedur o tym samym kodzie na karcie informacyjnej procedura drukuje się tylko raz. Przy dublujących się procedurach w nawiasie podana jest informacja ile razy dana procedura została wykonana.
823.	Możliwość wprowadzenia opisu i pomiaru stanu zdrowia oraz stanów związanych ze zdrowiem wg International Classification of Functioning, Disability and Health (kody ICF, wprowadzanie kodu ręcznie lub poprzez wybór z listy).
824.	Możliwość wprowadzania w osobnej karcie obserwacji innych niż obserwacje lekarskie, pielęgniarskie, psychologiczne.
825.	Funkcjonalność podpowiedzi daty ostatniego wypisu z oddziału psychiatrycznego podczas przyjęcia pacjenta na oddział. Funkcjonalność dotyczy jednostek o kodach 4735, 4734, 4733, 4732, 4731, 4730, 4717, 4716, 4715, 4714, 4711, 4710, 2718, 2716, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705.
826.	Na liście zleceń podania leku po wskazaniu daty następującej bezpośrednio po dacie, do której obowiązuje wybrane zlecenie leku, możliwe jest dokonanie kontynuacji tego zlecenia (przez podany okres, w którym zlecenie ma być kontynuowane).
827.	Na liście zleceń podania leku po wskazaniu godziny podania leku możliwe jest skopiowanie zlecenia na podany dzień i godzinę lub o wskazanej godzinie do dnia wypisu. Możliwe jest też odstawienie zlecenia oraz wznowienie odstawionych zleceń.
828.	Rodzaje uprawnień użytkownika do eRecepty: – funkcjonalność eRecepty nie będzie aktywna dla wskazanego użytkownika, – funkcjonalność eRecepty będzie dostępna dla wskazanego użytkownika, podpis eRecepty będzie

	<p>wykonywany na stacji lokalnej, sesja trzymana jest na pacjenta, wymagane jest częste podawanie PIN do podpisu,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- funkcjonalność eRecepty będzie dostępna dla wskazanego użytkownika, podpis eRecepty będzie wykonywany na serwerze, sesja trzymana jest na czas 30 minut, sesja jest odnawialna, numer PIN do podpisu podawany jest raz na sesję,</li> <li>- funkcjonalność eRecepty będzie dostępna dla wskazanego użytkownika, podpis eRecepty do wyboru przed użytkownika – użytkownik posiada możliwość wyboru sposobu podpisu – zarówno podpisu z serwera jak i ze stacji lokalnej (np. podpis kwalifikowany).</li> </ul>
829.	System wywoła okno wyboru sposobu podpisu, jeżeli w konfiguracji użytkownika jest ustawienie na „pytaj”, w przypadku wskazania jednej z opcji podpisywania: „lokalnie” lub „serwer”, zostanie wyświetlone dedykowane okno podpisu.
830.	<p>W przypadku konieczności wystawiania e-recept dla pacjentów zagranicznych z państw UE i strefy Schengen oraz państw ościennych, system powinien weryfikować wprowadzenie danych pacjenta niezbędnych dla identyfikacji tożsamości pacjenta. Recepty w takim przypadku nie zawierają informacji o numerze PIN recepty, pacjent podczas realizacji recepty potwierdza receptę za pomocą wskazanego przez siebie dokumentu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- W przypadku wybrania opcji "Lokalnie" użytkownik ma możliwość wskazania rodzaju certyfikatu, w zależności od konfiguracji. W przypadku podpisu lokalnego wprowadzony PIN umożliwi wystawienie wielu recept na pacjenta, wystawienie recept na nowego pacjenta wywoła okno potwierdzenia certyfikatu.</li> <li>- W przypadku konfiguracji centralnego serwerowego podpisu po wprowadzeniu numeru PIN zostanie rozpoczęta sesja na czas 30 minut umożliwiająca wysyłkę innych recept bez konieczności podawania numeru PIN.</li> </ul>
831.	Możliwość wysłania grupowo kilku zaznaczonych recept naraz – system wywoła okno do wprowadzenia PIN, nastąpi grupowe podpisywanie wskazanych eRecept oraz wysyłka.
832.	W przypadku wygenerowania recepty bez wysyłki podczas wystawiania recept lub podczas wystąpienia błędu po wysyłce, który wystąpił podczas, wysyłki, system wygeneruje operację wysyłki eRecepty.
833.	W przypadku wygenerowania eRecepty przed zainicjowaniem operacji wysyłki system umożliwia wystawienie recepty w formie papierowej (tradycyjnej).
834.	System umożliwia wygenerowanie zaleceń, które dostępne będą po wygenerowaniu recepty.
835.	Możliwość skopiowania wygenerowanej już eRecepty i na jej podstawie wygenerowania nowej eRecepty.
836.	Możliwość anulowania wystawionej eRecepty zgodnie z rozwiązaniem metody anulowania ustalonej przez CSIOZ.
837.	Podgląd wygenerowanej eRecepty.
838.	W przypadku wystawienia więcej niż jednej recepty bez jednoczesnej wysyłki możliwość wyświetlenia listy recept i zaznaczenia na niej kilku wybranych recept. Możliwość zaznaczania w trybach "znacz/odznacz". "cofnij zaznaczenie", "odwróć zaznaczenie", "zaznacz wszystkie".
839.	Lista recept pacjenta może zostać zawężona tylko do eRecept, oraz do recept bieżących w formie eRecepty oraz w formie tradycyjnej recepty.
840.	Lista eRecept może zostać zawężona po statusie recepty – „wszystkie”, „do wysłania”, „wystawione” oraz „anulowane”.
841.	Dla funkcjonalności eRecepty na użytkownika lista leków, jaka zostanie udostępniona do wyboru, jest identyczna z listą leków dostępnych określonych przez CSIOZ.
842.	<p>Po wyszukaniu leku w ramach wystawiania eRecepty system pozwala na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dodania leku do listy leków ulubionych pracownika,</li> <li>- dodania leku do listy leków stałych pacjenta,</li> <li>- wyświetlenie okna z charakterystyką wskazanego produktu.</li> </ul>
843.	<p>Podczas dodawania leku do kontenera tworzonej recepty system umożliwia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wybór zamiennika wskazanego leku,</li> <li>- dodanie do schematu z możliwością: <ul style="list-style-type: none"> <li>- utworzenia nowego schematu z pominięciem leku recepturowego, jeżeli został on dodany,</li> <li>- utworzenia nowego schematu ze wskazanym lekiem,</li> <li>- dodanie wskazanego leku do wcześniej utworzonego schematu.</li> </ul> </li> </ul>
844.	W oknie wystawiania recept zalogowany użytkownik ma możliwość zmiany lekarza, który będzie wystawiał receptę. Istnieje możliwość zablokowania możliwości tej zmiany przez administratora.
845.	Na liście zleceń zlecenia wlewów są wyróżnione (np. kolorem).

846.	<p>Przy podawaniu wlewów system umożliwia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- potwierdzenie podania wlewu – powoduje utworzenie dokumentów wydania i ściągnięcie leków ze stanu magazynowego apteczki oddziałowej; po podaniu wlewu zlecenie zostaje oznaczone innym kolorem i jednocześnie tworzona jest kolejna pozycja dotycząca tego wlewu; podczas podawania wlewu jest możliwość zmiany dawki;</li> <li>- podanie dodatkowej dawki wlewu w określonej ilości bez tworzenia dokumentów wydania i ściągnięcia leku ze stanu magazynowego apteczki oddziałowej;</li> <li>- zakończenie podawania wlewu bez tworzenia dokumentów wydania i ściągnięcia leku ze stanu magazynowego apteczki oddziałowej.</li> </ul>
847.	Lekarz ma możliwość zmiany prędkości podawania leku typu wlew (zmiana dozowania w trakcie podawania).
848.	System umożliwia podanie leku typu "bolus" przez pielęgniarkę (bez zlecenia lekarskiego). Bolus widoczny jest na oknie podglądu zleceń leków jako osobny wpis, określony jako bolus i oznaczony kolorem.
849.	Na oknie zlecenia wlewu możliwość wyświetlenia bilansu płynów z możliwością wyboru rodzaju zleceń (wszystkie zlecenia z objętością, tylko wlewy lub tylko inne zlecenia z objętością) oraz zakresu dat i godzin. W bilansie płynów ujmowane są jedynie leki, dla których utworzone zostały dokumenty wydania.
850.	Na listach procedur dodawane jest oznaczenie mówiące kiedy dana procedura została wybrana jako kierunkowa dla wyznaczonego produktu grupera szpitalnego. Procedury kierunkowe są oznaczane (np.. kolorami) w zależności od tego, czy mają/nie mają uzupełnioną godzinę.
851.	Możliwość ręcznej wysyłki świadczeń ze szpitala do AP-KOLCE z poziomu modułu Ruchu Chorych. System waliduje, czy wpisany kod kolejki został dodany jako kolejka w konfiguracji rejestracji danego oddziału.
852.	Z poziomu Ruchu Chorych możliwość wyświetlenia wszystkich logów z komunikacji AP-KOLCE.
853.	Funkcjonalność podpowiedzi kodu świadczenia, jeśli któreś świadczenie zostało oznaczone jako domyślne w konfiguracji danej jednostki.
854.	Obsługa szpitalnych nagłych trybów przyjęcia do całej komunikacji AP-KOLCE (włącznie z generowanie XML-a początkowego).
855.	Na ekranie edycji procedury możliwość oznaczenia pozycji jako "istotne badanie diagnostyczne".
856.	Możliwość zlecenia i wprowadzania leków prywatnych pacjenta za pomocą czytnika kodów QR
857.	Funkcjonalność obliczania dostępności przyjętego leku prywatnego pacjenta przy kopiowaniu lub zmianie zlecenia. Jeżeli wykonywana czynność spowoduje, że dostępna ilość leku jest niewystarczająca do realizacji tego zlecenia, to wówczas pojawi się odpowiedni komunikat.
858.	Możliwość przypisania dokumentu uprawnienia dodatkowego NFZ do konkretnej historii choroby pacjenta.
859.	Możliwość wystawiania recept z lekami z podziale „na sztuki”.
860.	Baza leków zawiera definicje substancji czynnych oraz alergenów. Systemie może wyświetlać podpowiedzi dla farmaceuty - po wskazaniu leku zawierającego informacje o alergenach, system wyświetli okno z listą dostępnych alergenów do wyboru.
861.	Na oknie opisu przebiegu wizyty możliwość uruchomienia wyszukiwarki pozycji historii choroby. Użytkownik ma możliwość wyszukiwania po nazwie pozycji historii choroby, wyszukiwanie następować będzie po wpisaniu przynajmniej jednej litery.
862.	Na oknie opisu przebieg wizyty możliwość wyszukiwania/odfiltrowania listy badań. Użytkownik ma możliwość filtrowania badań o określonej nazwie lub dowolnej części nazwy. Wyszukiwanie badań możliwe będzie przy wyborze kryterium: „wszystkie”, „bieżące” oraz „z hospitalizacji”.
863.	Możliwość wprowadzania recept z informacją dla farmaceuty. Podczas dodawania leku może zostać wyświetlone dodatkowe okno, w którym jest możliwość wprowadzenia informacji dla farmaceuty. Wprowadzona informacja zostanie przekazana podczas wysyłki eRecepty.
864.	Możliwość wprowadzania recept z informacją dla farmaceuty. Podczas dodawania leku może zostać wyświetlone dodatkowe okno, w którym jest możliwość wprowadzenia informacji dla farmaceuty. Wprowadzona informacja zostanie przekazana podczas wysyłki eRecepty.
865.	Kontrola dla leków odurzających i psychotropowych z grup I-N, II-N, III-N, II-P, III-P, IV-P, I-R. Jeżeli podczas wystawiania recepty wskazana jest opcja „realizacja w ciągu 365 dni”, system wyświetli komunikat z informacją, że wybrano leki, dla których prolongata nie jest możliwa.
866.	System zawiera mechanizm kopiowania recept dla pielęgniarek. Podczas kopiowania recepty przez pielęgniarkę system skopiuje leki które znajdują się na liście leków możliwych do wystawienia przez pielęgniarki i położne oraz pozostałe leki z wykluczeniem leków z wykazu A oraz leków odurzających i



	psychotropowych z grup I-N, II-N, III-N, II-P, III-P, IV-P. e, Recepta zostanie ustawiona jako „recepta z polecenia lekarza”. Pielęgniarka nie ma możliwości kopiowania recept recepturowych.
867.	W oknie zlecenia leku możliwość wyszukania leku po fragmencie nazwy. Po wpisaniu fragmentu nazwy leku otwarte zostaje odpowiednio: okno apteki oddziałowej lub katalog leków pacjenta z odpowiednio przefiltrowanymi danymi.
868.	Możliwość przywrócenia pacjenta na listę oczekujących, dostępna wyłącznie na Izbie Przyjęć, gdy wskazany pacjent został przyjęty z kolejki. Pacjent będzie usunięty z listy pacjentów Izby Przyjęć oraz przywrócony do aktywnych historii chorób w danej kolejce wraz z wprowadzonymi wcześniej pozycjami historii chorób, jeśli były one wcześniej uzupełnione w przebiegu wizyty dla tej kolejki.
869.	Możliwość wstrzymania, a następnie wznowienia podawania wlewu. Czynności te można wykonać zarówno na oknie zlecenia podania leków, jak i liście będącej podglądem zleceń leków.
870.	Funkcjonalność zakończenia wlewu, jeżeli nie cała dawka wlewu została podana pacjentowi - wówczas przy podawaniu wlewu można wpisać ilość faktycznie podaną. Zmodyfikowane podanie zostaje zrealizowane (utworzone zostają odpowiednie dokumenty wydania: na pacjenta - w ilości wskazanej przy podaniu i na Aptekę Strat – pozostała część dawki), wlew zostaje zakończony. Ilość wskazana przy podaniu zostaje ujęta w bilansie płynów pacjenta. Na oknie zlecenia podania leków takie podanie zostaje oznaczone znacznikami podania i zakończenia.
871.	Mechanizm, który przepisuje dane z kodu chorobowego wstępnego na kod chorobowy ze skierowania dla wizyty szpitalnych - jeśli przy przyjmowaniu pacjenta z kolejki do szpitala jest wypełniony kod chorobowy wstępny, wówczas zostanie on przepisany do pola z kodem chorobowym ze skierowania.
872.	Na oknie opisu przebiegu wizyty możliwość wydruku obserwacji innych i obserwacji psychologicznych dedykowanymi wydrukami.
873.	Na oknie opisu przebiegu wizyty mechanizm odfiltrowania statusów psychologicznych i innych.
874.	Po zarejestrowaniu noworodka system sprawdza, ile pacjentów z tym samym numerem księgi głównej i z tą samą płcią jest na oddziale neonatologicznym. Jeśli nie ma takiego pacjenta, zostanie wprowadzona odpowiednia numeracja z numerem 1, natomiast jeśli jest - jako kolejny numer. Noworodek zostanie zapisany wg schematu: NAZWISKO NUMERACJA IMIĘ. W zależności od wskazanej płci program będzie wprowadzał odpowiednią numerację z rozróżnieniem płci symbolami (córka, syn, płeć nieznana, płeć nieokreślona).
875.	Przy dodawaniu grupy terapeutycznej możliwość określenia kategorii dla wszystkich dodanych wizyt. System może samodzielnie przyporządkować odpowiednią kategorię domyślną, zgodną z wprowadzonymi danymi na wizycie.
876.	Możliwość automatycznego dodawania produktów na Izbie przyjęć/SOR wg zarządzenia nr 16/2018/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w jednostkach o kodach resortowych 4900, 4901 oraz 3300 i 3301. Produkty są dopisywane dopiero po wypisaniu pacjenta z izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego oraz dopisują się wyłącznie dla porad udzielonych w ramach izby przyjęć bądź SOR. Funkcjonalność nie dotyczy pacjentów przyjętych na oddział.
877.	Możliwość określenia w konfiguracji sposobu przyjęcia na oddział: ze wskazaniem tylko oddziału lub ze wskazaniem oddziału i sali na oddziale.
878.	Na ekranie ruchu chorych filtr do wyszukiwania wg nazwiska z podziałem na pokoje/sale z uwzględnieniem sal w zadanej jednostce lub we wszystkich dostępnych oddziałach.
879.	W oknie księgi oddziałowej możliwość filtrowania wpisów wg kryteriów: „godzina przyjęcia od”, „godzina przyjęcia do”, „numer księgi od” oraz „numer księgi do”.
880.	Automatyczna numeracja dla pierwszego dziecka matki przy ciąży mnogiej
881.	W przypadku przyjmowania kolejnego dziecka danej matki na oddział program automatycznie przyjmuje i oznacza jego pochodzenie z ciąży mnogiej (gdy program wykryje inne dziecko matki w ramach danej księgi głównej).
882.	Możliwość odnotowania zgody na przedłużone leczenie psychiatryczne pacjenta w placówkach dla dzieci i młodzieży.
883.	System pozwala na prowadzenie Księgi Noworodków. Księga noworodków zawierać będzie wyłącznie dane dotyczące noworodków, które zostały urodzone w szpitalu, tzn. przyjęcie odbyło się bezpośrednio na oddziale noworodkowym lub bezpośrednio z zabiegu porodu. Numer księgi nadawany będzie w sposób automatyczny po zapisaniu informacji o przyjęciu dziecka. Poszczególne numery tej księgi będą unikalne, a program nie pozwoli na ponowne nadanie już zajętego numeru. W przypadku pacjentów przyjętych na oddział noworodkowy z izby przyjęć numer Księgi noworodkowej nie zostanie wprowadzony.
884.	Z poziomu księgi oddziałowej istnieje możliwość wyświetlenia wyłącznie takich pacjentów, którzy posiadają numer księgi noworodkowej (tzn. noworodków urodzonych w szpitalu) za pomocą zaznaczenia

	znacznika "tylko z numerem KN". Użytkownik ma możliwość wyszukania oraz posortowania pacjentów po tym numerze, co skutkuje posortowaniem listy po numerze KN (najpierw najwyższe dostępne na liście numery księgi noworodkowej).
885.	Użytkownik ma możliwość wyszukania danego rekordu z listy za pomocą wprowadzenia części numery księgi noworodkowej lub nazwiska pacjenta w pole wyszukiwania.
886.	Po wskazaniu zakresu dat istnieje możliwość wydrukowania księgi noworodkowej z listą pacjentów z nadanym numerem KN (tzn. urodzonych w szpitalu) oraz księgi chorych oddziału noworodkowego (tzn. wszystkich pacjentów niezależnie czy zostali urodzeni w tym szpitalu, czy nie) bez nadanego numeru księgi KN.
887.	Funkcjonalność wystawiania recept leków na sztuki - możliwość zmiany wielkości z "opakowania" na "sztuki". Istnieje możliwość wprowadzenia ilości w sztukach większej niż zawartość opakowania - w takim przypadku wielkość opakowania zostanie zmodyfikowana do pełnych opakowań wraz z uwzględnieniem części wartości opakowania.
888.	Obsługa recept leków darmowych dla kobiet w ciąży. Jeżeli w historii choroby zostało wprowadzone choć jedno rozpoznanie chorobowe z grupy O lub z grupy Z34, podczas dodawania recepty automatycznie zostanie dodane uprawnienie "C" oraz dane pacjentki zostaną wyróżnione (np. podświetlone kolorem). Podczas dodawania leku jeżeli znajduje się on na liście leków bezpłatnych, zostanie on dodany z refundacją "B" bez konieczności wybierania stopnia refundacji. W przypadku gdy w historii choroby nie został wprowadzony odpowiedni kod chorobowy, po wskazaniu uprawnienia "C" leki wskazane jako bezpłatne będą dodawane ze stopniem refundacji.
889.	Funkcjonalność anulowania skierowania. Jeżeli sesja dla podpisu elektronicznego nie została, należy wprowadzić hasło certyfikatu. Jeżeli sesja podpisu elektronicznego jest aktywna, skierowanie zostanie anulowane. Po poprawnym anulowaniu, skierowanie otrzyma status "Anulowane". Użytkownik nie będzie miał możliwości pobrania takiego skierowania do wizyty.
890.	Możliwość odnotowania zgody na przedłużone leczenie psychiatryczne pacjenta w placówkach dla dzieci i młodzieży.
891.	Dla Izby przyjęć zablokowana możliwość wyznaczenia grupy JGP w przypadku braku numeru księgi głównej. Jeśli pacjent nie posiada numeru księgi głównej, zostanie wyświetlony komunikat o braku możliwości wyznaczenia grupy dla takiego pobytu.
892.	Możliwość wygenerowania wydruku pobranego skierowania z możliwością wyboru drukarki.
893.	Na ekranie opisu przebiegu wizyty w pozycji historii choroby możliwość wyświetlania "dymku" z podpowiedzią dla pozycji opisu wzorca szablonu opisowego.
894.	System jest dostosowany do możliwości importu danych z systemów zewnętrznych do Systemu Rozliczeń Uzdrowisk.
895.	Dla leczenia uzdrowiskowego dane dotyczące turnusów są widoczne tylko dla jednostek, które są skonfigurowane jako jednostki "z obsługą turnusów". Dla jednostek, które są tak skonfigurowane, na ekranie obsługi Ruchu Chorych użytkownik ma możliwość wpisania numeru turnusu.
896.	W oknie Ruchu Chorych znajdują się funkcje do generowania komunikatów XML turnusu na potrzeby importu do systemu SRU. Są one dostępne dla użytkowników mających odpowiednie uprawnienia. Umożliwiają wygenerowanie pierwszego komunikatu XML dla danych związanych z przyjazdami dla wybranego turnusu oraz wygenerowanie drugiego komunikatu XML związanego z rozliczeniem wybranego turnusu. Każdorazowe wygenerowanie komunikatu dla turnusu kończy się wygenerowaniem pliku XML, wyświetleniem informacji o lokalizacji tego pliku oraz możliwością jego podglądu.
897.	Dla lecznictwa zamkniętego, w którym nie ma kontynuacji procesu leczniczego (tzn. pacjenta który przyjmowany jest na każdy pobyt poprzez nową rejestrację) istnieje możliwość pobrania skierowań zewnętrznych dodanych w innych procesach leczniczych. Użycie funkcji otwiera okno z listą procesów leczniczych pokazującą procesy lecznicze z innych jednostek. W oknie istnieje możliwość wyszukania skierowania na liście po "długim" numerze skierowania. Jeśli skierowanie zostanie znalezione na liście, zostanie ono pokazane jako jedyne. Po wybraniu skierowania zostanie ono dopisane do rejestracji pobytu. Będzie jednak traktowane jako zwykłe (papierowe) skierowanie, bez możliwości jego anulowania, czy podglądu.
898.	Przy pobieraniu skierowania miękka walidacja na VIII część kodu resortowego jednostki. System będzie weryfikował, czy VIII część kodu resortowego jednostki, do której jest przyjmowany pacjent pokrywa się z kodem ze skierowania. Jeśli występuje różnica w kodach, zostanie wyświetlony odpowiedni komunikat z informacją o występujących różnicach, a użytkownik będzie miał możliwość zdecydowania, czy takie e-skierowania ostatecznie zostanie wczytane, czy nie.

899.	W trakcie wypisu możliwość zmiany statusów wszystkich produktów z całej hospitalizacji dla świadczeń ratujących życie. Po potwierdzeniu decyzji o zmianie program zmodyfikuje wszystkie produkty, status zostanie zmodyfikowany na wartość „do wysłania powtórnie” dla wszystkich produktów z danej hospitalizacji (w ramach jednej książki głównej).
900.	Możliwość wyszukiwania badań na oknach z listą badań pacjenta
901.	W oknie danych medycznych możliwość sortowania po kolumnach "świadczenie" oraz "nazwa świadczenia".
902.	Wyróżnienie graficzne pacjentów, którzy posiadają dokumenty z uprawnieniami dodatkowymi.
903.	Na oknie opisu wizyty możliwość zaznaczenia/odznaczenia odpowiednich procedur pacjenta na liście dostępnych procedur. Wszystkie procedury, które są zaznaczone mogą zostać wprowadzone na listę procedur danej wizyty.
904.	Na oknie opisu wizyty możliwość wprowadzenia danych dotyczących transportu (kod celu według słownika i informacja o dopłacie pacjenta).
905.	Możliwość wybrania informacji o kodzie świadczenia w harmonogramie. Pobyty szpitalne z wypełnionym kodem świadczenia w harmonogramie będą przeliczały się w odpowiednich dla nich kolejkach.
906.	Automatyczne dopisywanie informacji o zakwaterowaniu podczas wypisu pacjenta w oknie danych medycznych, w przypadku spełnienia następujących warunków: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacjent w ramach danego pobytu szpitalnego posiada przynajmniej jeden produkt z chemioterapii (kod produktu x.08.xx.xxxxxx),</li> <li>• pobyt szpitalny został zakończony (została uzupełniona data przyjęcia oraz wypisu pacjenta),</li> <li>• nie zostały wprowadzone informacje o zakwaterowaniu dla danego pobytu szpitalnego.</li> </ul> Wyłącznie w przypadku, gdy wszystkie powyższe warunki zostały spełnione, po wykonaniu wypisu zostanie wprowadzona informacja o zakwaterowaniu w chemioterapii.
907.	Możliwość wystawienia recepty recepturowej na bazie słownika surowców farmaceutycznych - można dodawać składniki aktywne (substancje czynne) i bazowe (opakowania, wypełniacze itp.). Składniki aktywne dodaje się zawsze z listy surowców (jest możliwość wyszukania po nazwie), składniki bazowe i opakowania - ręcznie lub poprzez wybór z bazy leków BAZYL.
908.	Na bazie nowych receptur możliwość tworzenia listy leków stałych i ulubione oraz schematów. System rozróżnia czy lek stały, lek ulubiony lub schemat zawiera recepturę słowną czy nową składnikową i odpowiednio dodaje je do recepty.
909.	Na oknie schematów recept receptury składnikowe, opisowe i zwykłe receptury papierowe są odrębnie oznaczone (np. kolorami).
910.	Na oknie przyjęcia na oddział (rejestracja do szpitala) możliwość wybrania kodu usługi poprzez wyszukiwanie na liście. Pole to jest wymagane do wypełnienia w przypadku przyjęcia do szpitala lub na oddział w celu zsynchronizowania się zdarzeń medycznych.
911.	Na oknach w których możliwy jest wydruk badania diagnostycznego umożliwiono generowanie tego wyniku jako ODT.
912.	<b>Zlecenia</b>
913.	Możliwość obsługi elektronicznych zleceń medycznych w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wysłanie zlecenia,</li> <li>• śledzenie stanu wykonania zlecenia,</li> <li>• zwrotne odebranie wyniku zlecenia.</li> </ul>
914.	Możliwość wyszukania pacjenta po imieniu i nazwisku lub numerze PESEL.
915.	Możliwość wprowadzenia, modyfikacji, przedłużenia oraz anulowania zleceń dla pacjentów. Wprowadzanie zleceń jest możliwe dla wszystkich pacjentów objętych ruchem chorych (szpital, ambulatoria, izby przyjęć, pracownie diagnostyczne i terapeutyczne).
916.	Podczas dodawania zleceń za pomocą możliwość selektywnego wyboru kilku badań (jako grupy zlecanych badań). Wybrane badania zostaną oznaczone symbolem, a po powrocie do okna zlecanych badań pojawią się one jako badania zleczone.
917.	Funkcjonalność konfiguracji wzorca badania jako badania pojedynczego. Podczas tworzenia zleceń takie badanie nie będzie mogło być zlecane razem z innymi badaniami.
918.	Na liście zleceń oznaczenie kolorami statusów zleceń (do realizacji, zatwierdzono, anulowane).
919.	Zapewnienie kontroli wprowadzania podwójnych zleceń oraz kontroli zlecenia pod kątem poprawności i kompletności.

920.	Na oknie zleceń dla jednostek typu POZ możliwe zaznaczanie (np. kolorem) tych badań, które we wzorcu badania mają przypisaną procedurę i jest ona zgodna ze słownikiem BPOZ (badań refundowanych w POZ).
921.	Możliwość wydruku zlecenia i zbiorczego wydruku zleceń.
922.	Możliwość wykorzystania kodów kreskowych i czytników do identyfikacji zleceń.
923.	Możliwość wykorzystania danych z modułu do rozliczania kosztów.
924.	Rejestracja etapów wykonania/realizacji zlecenia.
925.	Możliwość anulowanie zlecenia.
926.	Automatyczny zapis daty, czasu, osoby wprowadzającej, zmieniającej lub odwołującej zlecenie.
927.	Automatyczny zapis daty, czasu, osoby wprowadzającej, zmieniającej lub odwołującej wyniki.
928.	Automatyczne aktualizowanie etapu realizacji zlecenia.
929.	Automatyczne przekazanie zlecenia do jednostki realizującej zlecenie.
930.	Automatyczne zwrotne przekazanie wyniku z jednostki realizującej zlecenie.
931.	Na liście zleceń oznaczenie kolorem opisów wyników badań dla pozycji, które nie zostały zatwierdzone.
932.	Na liście zleceń możliwość filtrowania badań dostępnych dla POZ na oknie zleczanych badań. Po zaznaczeniu opcji „Tylko POZ” system zawęzi listę badań do określonych jako dostępne dla POZ.
933.	Możliwość przedłużania zleceń, zleceń cyklicznych.
934.	Możliwość drukowania skierowań na badania i konsultacje do jednostek zewnętrznych.
935.	Możliwość zapisania w ramach komentarza do zlecenia istotnych danych diagnostycznych (rozpoznanie, kierunek badania, grupa krwi itp.).
936.	Funkcjonalność ustawienia ulubionej jednostki zlecającej. Po ustawieniu ulubionej jednostki zlecającej przez użytkownika, podczas tworzenia zleceń pole jednostki, do której ma trafić zlecenie, zostanie automatycznie uzupełnione o jednostkę wskazaną jako ulubiona.
937.	Możliwość integracji w trybie online za pomocą standardu HL 7 wersja 2.3 (minimum).
938.	Możliwość prezentacji linków do wyniku oraz wglądu do wygenerowanego pliku PDF zawierającego wynik/wyniki do zlecenia laboratoryjnego. Jedno zlecenie może zawierać kilka linków, w zależności od ilości wygenerowanych wydruków w systemie laboratoryjnym.
939.	Możliwość podglądu obrazów lub plików PDF.
940.	Blokada modyfikacji zatwierdzonego lub anulowanego zdarzenia przez inną osobę niż twórca zlecenia lub administrator systemu.
941.	W oknie ewidencji zleceń możliwość filtrowania po dacie badania (od-do).
942.	Na oknie zleceń możliwość wyświetlenia na liście zleceń do wszystkich jednostek, do których dany użytkownik ma dostęp oraz miejsce wskazane jako miejsce pracy. Możliwość ta może być dostępna dla wskazanych użytkowników.
943.	Na oknie zleceń możliwość zatwierdzenia wszystkich badań pochodzących z danego zlecenia. Wszystkie badania zostaną zatwierdzone, zostanie wprowadzona data i godzina badania, nadany numer księgi, wprowadzona data i godzina zatwierdzenia wraz z osobą zatwierdzającą oraz zostaną dopisane procedury medyczne. Zatwierdzenie w taki sposób zatwierdza wyłącznie wszystkie pozycje w danym zleceniu, bez zatwierdzenia danego zlecenia.
944.	Na liście ewidencji informacja o ilości zleceń i pacjentów wyświetlanych.
945.	Możliwość zarządzania kolumnami na liście zleceń - dodawanie i usuwanie wybranych kolumn, ustalenie kolejności wyświetlania oraz możliwość blokowania, filtrowanie listy po typie płatnika.
946.	Na liście zleceń informacje o jednostce zlecającej i jednostce kierującej (osobne kolumny).
947.	Możliwość wykonywania zleceń z grup badań z oznaczeniem Cito.
948.	Dla badań laboratoryjnych po wprowadzeniu identyfikatora materiału, jeśli użytkownik nie będzie miał dostępu do danej jednostki, do której jest zlecenie to system wyszuka badania, które są powiązane "kodem powiązania" (podanym w konfiguracji wzorca badania) w innych jednostkach, do których użytkownik ma dostęp. Jeśli taka jednostka istnieje, to zlecenie i badanie zostaną przepisane do niej.
949.	Na oknie zleceń możliwość wprowadzenia informacji o pobraniu materiału (dostępna także z poziomu okna zleceń poradnianych oraz oddziałowych). Możliwość wprowadzenia listy zleconych badań oraz listy materiałów z ilością badań zleconych na podstawie danego materiału. W przypadku, gdy występują np. dwa badania powiązane z jednym materiałem, z danej próbki będą do wykonania dwa badania. Natomiast

	jeśli następne badanie wykorzystuje inny materiał, to na liście dostępnych materiałów pojawi się dodatkowa próbka.
950.	Możliwość przypisania usługi złożonej, dzięki czemu jest możliwość korzystania z pakietu badań dla laboratorium. Możliwość wyświetlenia wyłącznie takich pozycji rozliczeniowych, które stanowią pozycje (usługi) złożone - system będzie weryfikował, czy wskazana usługa, które jest przepisana grupie badań, stanowi pozycję złożoną. Grupy badań powiązane z pozycją złożoną są oznaczone (np. ikoną). Dla takiej grupy badań stanowiącej pakiet badań należy określić badania, które są związane z tym pakietem. Korzystanie z pakietu badań możliwe jest wyłącznie dla badań komercyjnych oraz abonamentowych. Po wskazaniu pakietu program wprowadzi badania, które zostały mu przypisane, natomiast jako rozliczenie będzie brana usługa złożona, która została przypisana do wybranej grupy. W zależności od tego, czy powiązana usługa złożona stanowi usługę grupową, czy nie system w rozliczeniu będzie wprowadzał powiązane mu usługi lub jedną usługę pojedynczą. Jeśli usługa stanowi wyłącznie usługę złożoną, to w rozliczeniu zlecenia na badanie zostaną wprowadzone wszystkie pozycje powiązane. W przypadku, gdy usługa stanowi usługę złożoną grupową, zostanie wprowadzona wyłącznie jedna usługa z jedną ceną. Dla pakietów badań nie będą wprowadzane usługi powiązane z badaniami wprowadzonymi do listy zlecanych badań we wzorcach badań. Dodane pozycje rozliczeniowe, które zostały dodane w związku z wybranym pakietem, nie będą powiązane z daną umową, na której podstawie było tworzone zlecenie badania.
951.	Na liście zleceń prezentowane są: <ul style="list-style-type: none"> <li>• informacja o jednostce zlecającej badania (wewnętrzna lub zewnętrzna, jeśli w zleceniu została wskazana taka jednostka)</li> <li>• kod płatnika, na którego zostało wprowadzone zlecenie</li> <li>• nazwa płatnika, na którego zostało wprowadzone zlecenie.</li> </ul>
952.	Na oknie zlecenia zabiegu możliwość określenia stopnia niepełnosprawności. Dla stopnia niepełnosprawności o łagodnym lub umiarkowanym przebiegu działań będzie filtr ograniczający widoczność zabiegów powiązanych z procedurami ICD9 zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ.
953.	Możliwość oznaczenia wymagalności podania lekarza kierującego podczas rejestracji pacjenta na wizytę. Wówczas przy próbie rejestracji na wizytę jeśli została wskazana umowa z wymagalnością podania lekarza kierującego, system wymagać będzie podania lekarza kierującego. Jeśli nie został on wprowadzony, zostanie wyświetlony komunikat uniemożliwiający zapisanie wizyty i wykonanie rejestracji.
954.	W przypadku dodania zlecenia badania oraz przy próbie zapisania zlecenia dla umów, dla których wymagalność wskazania lekarza została określona, system wymaga wskazania lekarza i jednostki kierującej wyświetlając komunikat i uniemożliwiając zapisanie takiego zlecenia.
955.	Na oknie zlecenia badania możliwość wskazania płatnika/firmy z listy firm powiązanych z daną umową (z możliwością wybrania odpowiedniej firmy z listy lub dodania nowej)
956.	Możliwość ograniczenia dostępności do badań/zabiegów w zależności od typu wizyty oraz zawodu załogowanego użytkownika. Przy tworzeniu wzorca badania możliwość określenia dostępności do danego badania/zabiegu. Wzorzec badań może być wykorzystywany wyłącznie do wskazanych typów płatnika: "NFZ", "Abonament" i/lub "Prywatny".
<b>957.</b>	<b>Blok Operacyjny</b>
958.	Możliwość zlecenia zabiegów na blok operacyjny.
959.	Możliwość planowania zabiegów w terminarzu.
960.	Możliwość wyświetlenia na terminarzu tylko tych zabiegów, w których członkiem zespołu jest aktualnie załogowany do systemu użytkownik.
961.	Możliwość ukrycia na terminarzu zabiegów anulowanych.
962.	Ewidencja zleceń lekarskich na blok operacyjny. Zlecenia utworzone elektronicznie w części ambulatoryjnej lub szpitalnej są automatycznie możliwe do zaplanowania na blok.
963.	Możliwość zaplanowania zabiegu bez istniejącego w systemie zlecenia na zabieg.
964.	Możliwość filtrowania zabiegów wg. m.in.: daty, nazwy zabiegu, jednostki kierującej i lekarza, wykonawcy, nazwiska pacjenta, numeru PESEL pacjenta.
965.	Możliwość zdefiniowania, zmiany składu i przypisania zespołów lekarskich do wykonania danych operacji.
966.	Ewidencja rozpoznania przedoperacyjnego i pooperacyjnego.
967.	Prowadzenie ewidencji kwalifikowania i rejestracji pacjenta do wykonania danego zabiegu oraz ewidencji zapisów związanych z przeprowadzeniem konsultacji przed znieczuleniem.
968.	Podgląd wszystkich wcześniej wpisanych w historię chorobę pacjenta statusów.

969.	Możliwość wyświetlenia listy poprzednich zabiegów, jakim został poddany pacjent w danej placówce podczas hospitalizacji odnotowanych w systemie.
970.	Podgląd zaplanowanych zabiegów.
971.	Możliwość zatwierdzania zabiegów i wprowadzania opisów dokonanych operacji i zabiegów.
972.	Możliwość dodawania dowolnego formularza powiązanego z zabiegiem operacyjnym.
973.	Możliwość wprowadzenia opisu zabiegu ręcznie, metodą „kopiuj-wklej” lub poprzez wykorzystanie gotowych wzorców opisowych.
974.	Dostępność wzorców opisowych wg uprawnień: dla wszystkich zalogowanych użytkowników, dla użytkowników w ramach danej jednostki, dla użytkownika, który jest do wzorca przypisany lub stworzył go, dla wszystkich badań z danej jednostki.
975.	Zatwierdzanie / anulowane uczestnictwa personelu w zabiegu operacyjnym.
976.	W oknie zabiegu operacyjny obecna funkcja służąca do zatwierdzenia wpisu oraz nadaniu numeru księgi głównej.
977.	Na oknie edycji personelu wykonującego zabieg możliwość wprowadzenia czasu pracy w zakresie od-do (rozpoczęcie i zakończenie). Po wprowadzeniu czasu pracy system wylicza czas pracy na podstawie wprowadzonego zakresu czasu. Nie ma możliwości zatwierdzenia personelu bez uzupełnienia czasu pracy - system wyświetla wówczas stosowny komunikat.
978.	Możliwość stworzenia wzorców dla wszystkich typów badań z jednostki.
979.	Możliwość konfiguracji dodatkowych pozycji słownika znieczuleń.
980.	Możliwość rejestracji ewentualnych zakażeń.
981.	Możliwość wprowadzenia informacji o szczegółach zabiegu takich jak: opis zabiegu, dane dotyczące czasu trwania zabiegu oraz czasu trwania znieczulenia, informacje o rozpoznaniu chorobowym wg słownika kodów ICD10, uwagi, statusy dla zabiegu.
982.	Na oknie opisu zabiegu operacyjnego możliwość zmiany dawki promieniowania w milisiwertach lub centygramach.
983.	Możliwość dodania plików multimedialnych do opisu zabiegu (zdjęcia, film).
984.	Możliwość drukowania wyników badań, skierowań, kart pacjentów, historii choroby, protokołu operacyjnego.
985.	Określenie kosztu operacji.
986.	Możliwość wprowadzenia wynagrodzenia dla personelu - system będzie traktował to wynagrodzenie jako nadrzędne, bez względu co zostało wprowadzone w cennik rozliczenia lekarza.
987.	Możliwość rozliczenia pracy anestezjologa w oparciu o czas jego pracy.
988.	Możliwość wydania na pacjenta leków i środków operacyjnych związanych z zabiegiem.
989.	Zamawianie leków i materiałów operacyjnych z apteki poprzez skojarzony moduł apteki.
990.	Na oknie apteczki oddziałowej możliwość włączenia zapamiętywania ostatniego wyszukiwania. Opcja zapamiętania działa na podstawie ustawień globalnych zapamiętywania oraz do ponownego uruchomienia aplikacji.
991.	Jeśli podczas dodawania leku została zaznaczona opcja zwrotu po zabiegu na magazyn z którego pobrano lek/materiał anestezjologiczny, to po zakończeniu operacji lek jest automatycznie zwrócony do odpowiedniego magazynu z automatyczną aktualizacją stanów magazynowych w apteczce oddziałowej lub magazynku podręcznym.
992.	Możliwość automatycznego przyjmowania zleceń z oddziałów.
993.	Prowadzenie wykazu pracowników bloku operacyjnego.
994.	Prowadzenie i wydruk Księgi Bloku Operacyjnego, Sal Operacyjnych i Porodowych.
995.	Prowadzenie i wydruk Księgi Zabiegów.
996.	Na oknie opisu zabiegu operacyjnego możliwość podglądu przebiegu wizyty w trybie nieaktywnym z jednostki, z której wprowadzono zlecenie.
997.	Możliwość podglądu statystyk dedykowanych do bloku operacyjnego.
998.	Możliwość usuwania wybranych pozycji rozliczeniowych z poziomu okna zabiegu operacyjnego. Po zaznaczeniu jednej lub kilku pozycji wskazane pozycje mogą zostać usunięte. System podczas usuwania sprawdza, czy pozycja rozliczeniowa znajduje się na dokumencie finansowym - jeżeli tak, system nie pozwała na usunięcie pozycji i wyświetli stosowny komunikat.
999.	Na ekranie opisu zabiegu operacyjnego prezentowane jest pole z informacją o opisie ze zlecenia (bez możliwości jego edycji). Prezentowany jest w niej opis wprowadzony podczas planowania zabiegu w oknie planowania jako uwagi przed zabiegiem.

1000.	Możliwość wykonania wydruku tabelarycznego zleceń na blok operacyjny.
1001.	Możliwość obsługi materiałów z magazynu depozytowego.
1002.	Umożliwienie wskazania dowolnej apteczki przy wyborze leku dla zabiegu operacyjnego - możliwość powiązania w tym celu w konfiguracji systemu apteczki Bloku Operacyjnego z inną apteczką (np. Anestezjologii). Dostęp do dodatkowej apteczki będzie możliwy tylko dla osoby mającej do niej uprawnienia.
1003.	Przywrócenie podania leku - usunięcie dokumentów magazynowych powstałych w wyniku zlecenie leku. Usuwane są dokumenty główne podania jak i dokument przekazania na magazyn strat.
1004.	Możliwość ograniczenia dostępności do badań/zabiegów w zależności od typu wizyty oraz zawodu zalogowanego użytkownika. Przy tworzeniu wzorca badania możliwość określenia dostępności do danego badania/zabiegu. Wzorzec badań może być wykorzystywany wyłącznie do wskazanych typów płatnika: "NFZ", "Abonament" i/lub "Prywatny".
<b>1005.</b>	<b>Diagnostyka laboratoryjna</b>
1006.	Możliwość rejestrowania pacjentów w terminarzu na badanie laboratoryjne.
1007.	Funkcjonalność sprawdzania zajętości lekarza w innych gabinetach zabiegowych (walidacja "miękką" lub "twarda").
1008.	Możliwość opisu zlecenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data pobrania próbki,</li> <li>• Godzina pobrania próbki,</li> <li>• Dane osoby pobierającej próbkę,</li> <li>• ID Materiału,</li> <li>• Dobowa zbiórka moczu,</li> <li>• Waga.</li> </ul>
1009.	Uzupełnianie danych osoby pobierającej na podstawie danych zalogowanego użytkownika.
1010.	Możliwość zarejestrowania pacjenta z rozróżnieniem płatnika za konkretną usługą (NFZ, wizyta prywatna, wizyta abonamentowa).
1011.	Możliwość rejestracji zlecenia zewnętrznego z podziałem na typ wizyty.
1012.	Możliwość wprowadzania dla jednostek typu Laboratorium „zlecenia dla osoby”. W przypadku braku wskazania osoby system wyświetla komunikat o konieczności uzupełnienia. W jednostkach typu Laboratorium jest możliwość przenoszenia takich zleceń pomiędzy osobami.
1013.	Możliwość anulowania zleconego badania.
1014.	Możliwość wyszukiwania po numerze zlecenia (wprowadzonego z klawiatury lub za pomocą czytnika kodów kreskowych). Format numeru zlecenia - NOKSZ. Jeżeli użytkownik korzysta z wielu jednostek, numer zlecenia ma format NOKSZ IDI z oddzieleniem literą Y i zakodowany w kodzie kreskowym typu CODE39.
1015.	Jeżeli podczas tworzenia zlecenia nie zostały uzupełnione daty pobrania materiału, system uzupełni pola pobrania o datę „teraz”. Jeżeli zostały uzupełnione pola pobrania materiału w zleceniu - będą one identyczne z tymi w zleceniu.
1016.	Wydruk zlecenia (z informacją o osobie pobierającej oraz godzinie pobrania).
1017.	Wydruk Księgi Głównej diagnostyki.
1018.	Prowadzenie Księgi Zabiegowej.
1019.	Możliwość opisu wyniku badania.
1020.	Definiowanie własnych schematów do opisu badania.
1021.	Wydruk wyniku badania.
1022.	Możliwość wyszukania badania z kodu pakowego na skierowaniu.
<b>1023.</b>	<b>RIS</b>
1024.	Możliwość przypisania usługi złożonej, dzięki czemu jest możliwość korzystania z pakietu badań dla laboratorium. Możliwość wyświetlenia wyłącznie takich pozycji rozliczeniowych, które stanowią pozycje (usługi) złożone - system będzie weryfikował, czy wskazana usługa, które jest przepisana grupie badań, stanowi pozycję złożoną. Grupy badań powiązane z pozycją złożoną są oznaczone (np. ikoną). Dla takiej grupy badań stanowiącej pakiet badań należy określić badania, które są związane z tym pakietem. Korzystanie z pakietu badań możliwe jest wyłącznie dla badań komercyjnych oraz abonamentowych. Po wskazaniu pakietu program wprowadzi badania, które zostały mu przypisane, natomiast jako rozliczenie będzie brana usługa złożona, która została przypisana do wybranej grupy. W zależności od tego, czy powiązana usługa złożona stanowi usługę grupową, czy nie system w rozliczeniu będzie wprowadzał

	powiązane mu usługi lub jedną usługę pojedynczą. Jeśli usługa stanowi wyłącznie usługę złożoną, to w rozliczeniu zlecenia na badanie zostaną wprowadzone wszystkie pozycje powiązane. W przypadku, gdy usługa stanowi usługę złożoną grupową, zostanie wprowadzona wyłącznie jedna usługa z jedną ceną. Dla pakietów badań nie będą wprowadzane usługi powiązane z badaniami wprowadzonymi do listy zlecanych badań we wzorcach badań. Dodane pozycje rozliczeniowe, które zostały dodane w związku z wybranym pakietem, nie będą powiązane z daną umową, na której podstawie było tworzone zlecenie badania.
1025.	Na liście zleceń prezentowane są: <ul style="list-style-type: none"> <li>• informacja o jednostce zlecającej badania (wewnętrzna lub zewnętrzna, jeśli w zleceniu została wskazana taka jednostka)</li> <li>• kod płatnika, na którego zostało wprowadzone zlecenie</li> <li>• nazwa płatnika, na którego zostało wprowadzone zlecenie.</li> </ul>
1026.	Na oknach w których możliwy jest wydruk badania diagnostycznego umożliwiono generowanie tego wyniku jako ODT.
1027.	Tworzenie grafików pracy urzędzeń.
1028.	Planowanie lub zapisywanie badań.
1029.	W przypadku, gdy pacjent posiada już zaplanowane zlecenia na badanie w danej jednostce, podczas planowania po wyborze tego pacjenta zostanie wyświetlony komunikat z informacją o tym, że pacjent posiada już zaplanowane zlecenie na ten dzień w tej jednostce. Podobny komunikat zostanie wyświetlony w przypadku przenoszenia zaplanowanych zabiegów.
1030.	Na terminarzu RIS funkcjonalność walidacji zajętości w innych gabinetach do panelu RIS. Po zaznaczeniu opcji kontroli zostaną oznaczone kolorem wszystkie terminy, które są zajęte z innych gabinetów, w których pracuje dany lekarz. Walidacja może być "miękka" (tylko komunikat o zajętości) lub "twarda" (blokada rezerwacji terminu).
1031.	Możliwość zablokowania rejestracji wstecz na Terminarzu RIS (w zależności od parametru konfiguracyjnego. Jeśli parametr konfiguracyjny będzie ustawiony na blokadę, system będzie uniemożliwiał przeprowadzenie rejestracji na dany termin, wyświetlając odpowiedni komunikat).
1032.	Możliwość rejestracji pacjentów niezależnie od planu pracy urzędzenia.
1033.	Możliwość rejestracji pacjenta na podstawie wewnętrznego zlecenia lub zlecenia z jednostki zewnętrznej na terminarzu zleceń.
1034.	Dla jednostek, które mają zaznaczoną wymagalność skierowania oraz dla zabiegów, których płatnikiem jest NFZ, na oknie terminarza RIS wyświetlane są informacje o braku wypełnienia danych dotyczących skierowania, tj.: daty skierowania, jednostki kierującej, lekarza kierującego oraz wstępnego kodu chorobowego.
1035.	Na terminarzu RIS możliwość wycięcia, wklejenia oraz skopiowanie wskazanej wizyty lub wizyt.
1036.	Możliwość kopiowania kodu chorobowego ze skierowania w RIS podczas planowania zleceń zewnętrznych (po wprowadzeniu kodu chorobowego wstępnego ze skierowania zostanie on uzupełniony w rozpoznaniu głównym).
1037.	Możliwość wybrania skierowania spośród listy wcześniejszych skierowań wprowadzonych w jednostce.
1038.	Możliwość rejestracji pacjentów poza limitem z dnia.
1039.	Możliwość zarejestrowania pacjenta z rozróżnieniem płatnika za konkretną usługą (NFZ, wizyta prywatna, wizyta abonamentowa).
1040.	Możliwość wprowadzenia przyczyny skreślenia dla zleceń na terminarzu RIS.
1041.	Wyróżnienie na terminarzu pracy urzędzenia, w których zamieszczony został wewnętrzny komunikat o założeniu blokady.
1042.	System pozwala sprawdzić w systemie e-WUŚ status ubezpieczenia nowo zarejestrowanego pacjenta.
1043.	W oknie planowania zabiegu wymagalność pól przy skierowaniu - po oznaczeniu opcji przy polu „oryginał skierowania” system oznacza jako wymagane pola dotyczące jednostki kierującej, lekarza kierującego oraz daty skierowania.
1044.	Możliwość rejestracji zlecenia zewnętrznego z podziałem na typ wizyty.
1045.	Prowadzenie księgi pracowni z możliwością wydruku księgi zleceń, księgi badań, księgi pracowni diagnostycznej na dzień.
1046.	Możliwość filtrowania rekordów ksiąg po: <ul style="list-style-type: none"> <li>• data badania od-do,</li> <li>• numer zlecenia/badania,</li> <li>• aparat,</li> <li>• jednostka kierująca,</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lekarz kierujący,</li> <li>• wykonawca,</li> <li>• opisujący,</li> <li>• nazwisko, PESEL pacjenta.</li> </ul>
1047.	Ewidencja zleceń z uwzględnieniem statusu wykonania.
1048.	Możliwość podglądu zleceń z systemu HIS (tylko zlecenia z jednostek wewnętrznych stworzonych w ramach systemu).
1049.	Na liście zleceń z systemu HIS istnieje możliwość zawężenia listy do wyświetlania zleceń wg: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daty zlecenia,</li> <li>• Pracowni,</li> <li>• Nazwiska pacjenta,</li> <li>• Numeru PESEL pacjenta.</li> </ul>
1050.	Możliwość stworzenia wzorców dla wszystkich typów badań z jednostki.
1051.	Możliwość nadania uprawnień do poszczególnych szablonów badań: dla wszystkich, dla jednostki, dla użytkownika.
1052.	Możliwość opisu badania poprzez przeniesienie szablonu badania do pola opisu badania.
1053.	Możliwość opisu badania: opis, wykonawca, procedura, materiały wykorzystane i ich ilość.
1054.	Możliwość opisu badania poprzez nagranie mówionego tekstu.
1055.	Możliwość przypisania materiałów wykorzystanych przy badaniu.
1056.	Możliwość dodania plików multimedialnych do opisu badania (zdjęcia, film).
1057.	Możliwość przechwytywania transmisji obrazów (strumienia video i pojedynczych klatek) i dodania ich do wyniku.
1058.	Możliwość dodania parametrów wyniku badania.
1059.	Możliwość wydruku wyniku po zapisie badania.
1060.	Na oknie wyniku badania RIS możliwość wprowadzania uwag dot. rejestracji, uwag realizatora i uwag wydającego wynik oraz wywołania okna z danymi osobowymi pacjenta.
1061.	Blokada zatwierdzania wyniku bez kodu chorobowego w RIS brak możliwości zmiany statusu oraz zatwierdzenia wyniku badania, jeżeli nie zostało uzupełnione główne rozpoznanie chorobowe.
1062.	Możliwość zatwierdzania badań - z przechowywaniem informacji: login użytkownika zatwierdzającego, data i czas zatwierdzenia.
1063.	Możliwość przeglądu opisów poprzednich badań.
1064.	Podgląd zdjęć z zewnętrznego systemu PACS.
1065.	Ewidencja informacji o podaniu pacjentowi materiałów izotopowych z informacjami: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wskazania aktywnościomierza w komorze A, data i godzina pomiaru,</li> <li>• Poprzednia aktywność (wg symulacji, rzeczywista, pozostała do dyspozycji),</li> <li>• Parametry pacjenta, aktywność na kg masy ciała,</li> <li>• Aktywność do zaaplikowania (planowana, zaaplikowana, pozostała do dyspozycji),</li> <li>• Czas między podaniami,</li> <li>• Rzeczywista godzina przygotowania źródła.</li> </ul>
1066.	Ewidencja zużycia materiałów izotopowych ze wskazaniem na pracownię i gabinet.
1067.	W ramach ewidencji materiałów izotopowych przechowywanie informacji o materiale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data i godzina dostawy,</li> <li>• Aktywność początkowa,</li> <li>• Data i godzina kalibracji,</li> <li>• Objętość roztworu: rzeczywista, z atestu, z pojemnika transportowego, z ampułki,</li> <li>• Data i godzina wykonania pomiaru w komorze A,</li> <li>• Aktywność w objętości atestowej, w objętości rzeczywistej, przed odpowietrzeniem, po odpowietrzeniu,</li> <li>• Data i godzina pomiarów przed odpowietrzeniem, po odpowietrzeniu.</li> </ul>
1068.	Automatyczne uzupełnianie lekarza realizującego/prowadzącego wizytę RIS.
1069.	Możliwość rozliczenia badania diagnostycznego w NFZ.
1070.	System umożliwia przypisanie kodu choroby zasadniczej (ICD10) związanej z chorobą przewlekłą pacjenta pod daną jednostką. Przypisanie kodu ICD10 może odbywać się w oknie danych osobowych lub bezpośrednio w oknie dostępnym na ekranie opisu przebiegu wizyty. Aby kod ICD10 związany z chorobą pacjenta przypisywał się domyślnie w oknie przebiegu wizyty w danej jednostce, choroba pacjenta musi być przewlekła oraz mieć zaznaczony znacznik choroby domyślnej. Kod tej choroby zostanie

	automatycznie przypisany jako kod choroby zasadniczej dla wskazanej jednostki po wejściu do okna przebiegu wizyty. Przypisanie kodu ICD10 nie zostanie wykonane w przypadku, gdy kod choroby zasadniczej został wcześniej wskazany bądź dana choroba została zakończona (data zakończenia choroby jest wcześniejsza niż data wizyty). W przypadku, gdy dla jakiejś jednostki zostały wskazane dwie choroby, które nie zostały zakończone, system przypisze kod z choroby, która została wprowadzona wcześniej.
1071.	System daje możliwość przypisania słownika odpowiedzi parametrów wywoływanego na oknie opisu wyniku badania RIS. Lista odpowiedzi jest dostępna pod prawym przyciskiem myszy na ekranie opisu wyniku.
1072.	Możliwość odebrania uprawnień do funkcji zatwierdzania w oknie planowania zabiegu.
1073.	W przypadku, gdy do danego badania diagnostycznego została podpięta formatka (wzorec badań), system przy próbie wydrukowania wyniku wyświetli okno z wydrukami własnymi dla tej formatki. Użytkownik ma możliwość wydrukowania dokumentu wskazanego z listy. W przypadku, gdy do formatki jest przepisany tylko jeden szablon wydruku, system automatycznie wykona ten wydruk.
1074.	Automatyczne dodawanie usługi dla badań diagnostycznych - przy dodawaniu zlecenia w oknie terminarza RIS mechanizm dodający pozycję rozliczeniową w sposób automatyczny.
1075.	Możliwość dopisania dodatkowych kart do umowy pacjenta, które następnie można dopisać do pozycji rozliczeniowej.
1076.	Możliwość automatycznego dodawania procedur po zatwierdzeniu opisu wyniku badania diagnostycznego. Wprowadzone procedury z badania RIS zostaną wprowadzone bezpośrednio do historii choroby pacjenta.
1077.	Możliwość uzupełnienia formularza podpiętego do badania diagnostycznego RIS w oknie z wynikiem badania RIS.
1078.	W ustawieniach użytkownika możliwość określenia liczby dni, dla których mają być wyświetlane badania na liście badań RIS.
1079.	Dla użytkowników z uprawnieniami "lekarza RIS" na liście badań RIS są wyświetlane wyłącznie badania o statusie „do opisania” oraz „zatwierdzone”. System pomija badania anulowane.
1080.	W oknie danych osobowych pacjenta możliwość wyświetlenia wszystkich logów związanych z komunikacją z danym pacjentem. Możliwość dostępu do informacji o powiadomieniach pacjenta, wiadomościach odebranych, zdarzeniach call center oraz informacjach związanych z wiadomościami wychodzącymi/przechodzącymi z kampanii marketingowej. Funkcjonalność jest dostępna wyłącznie w przypadku, gdy pacjent posiada jakąkolwiek historię komunikacji, w ww. zakresie.
1081.	Na liście wizyt pacjenta widoczne są informacje o klasyfikacji wizyty pacjenta, która została wybrana w Rejestracji.
1082.	Obsługa wysyłki wizyt diagnostycznych RIS do AP-KOLCE. W zależności od konfiguracji wysyłka może odbywać się będzie ręcznie lub automatycznie przy zapisywaniu zlecenia.
1083.	W oknie planowanie zabiegu pole umożliwiające wprowadzenie kodu kolejki AP-KOLCE. System pozwala na wyświetlenie listy dostępnych kodów resortowych oraz ich wyszukiwanie. Kod kolejki można również określić bezpośrednio we wzorcu danego badania w danej jednostce.
1084.	W oknie zlecenia RIS prezentowana jest lista komunikatów AP-Kolce. Po wskazaniu danego komunikatu system wyświetla szczegółowe dane komunikatu oraz ewentualną uzyskaną odpowiedź, dzięki czemu istnieje możliwość sprawdzenia ewentualnych błędów oraz statusu przesłania.
1085.	Możliwość wpisania daty skreślenia pacjenta z kolejki w oknie planowania zabiegu. Po wskazaniu przyczyny skreślenia system automatycznie wprowadza datę bieżącą jako datę skreślenia z kolejki. Istnieje również możliwość wprowadzenia daty ręcznie.
1086.	W trakcie edycji zlecenia RIS możliwość edytowania zmiany kategorii pacjenta oraz kategorii medycznej.
1087.	Mechanizm automatycznego wywołania okna edycji powodu zmiany w przypadku, gdy nastąpiła zmiana kategorii pacjenta lub kategorii medycznej.
1088.	Na ekranie planowania zabiegu, umożliwiającym dodanie bądź edycję zlecenia RIS, możliwość ręcznej zmiany kategorii świadczeniobiorcy oraz wybrania kodu innej przyczyny skreślenia.
1089.	Dla badań diagnostycznych na ekranie zleceń z HIS dostępne są również zlecenia z jednostek, do których dany użytkownik nie ma dostępu, a dotyczą badania, które we wzorcu jest powiązane z badaniem dostępnym w jednostce dostępnej użytkownikowi. Jeśli wybierana zostanie inna jednostkę niż ta, do której było zaplanowane zlecenie, to automatycznie zostaną zmienione identyfikatory i nazwy badań.
1090.	Możliwość wygenerowania wydruku pobranego skierowania z możliwością wyboru drukarki.
1091.	Możliwość wyszukiwania badań diagnostycznych po numerze historii choroby lub po numerze zlecenia.

1092.	Przy pobieraniu skierowania miękka walidacja na VIII część kodu resortowego jednostki. System będzie weryfikował, czy VIII część kodu resortowego jednostki, do której jest przyjmowany pacjent pokrywa się z kodem ze skierowania. Jeśli występuje różnica w kodach, zostanie wyświetlony odpowiedni komunikat z informacją o występujących różnicach, a użytkownik będzie miał możliwość zdecydowania, czy takie e-skierowania ostatecznie zostanie wczytane, czy nie.
1093.	E-skierowania na terminarzu RIS mogą być wyłączone lub włączone (parametr konfiguracyjny). W zależności od ustawienia system udostępni na oknie Terminarz RIS pole do wprowadzenia zlecenia bezpośrednio z pobieranego skierowania (dostępne dla użytkowników posiadających prawo do pobrania skierowania). Przy ustawieniu możliwości pobierania skierowania przez użytkownika na oknie Terminarza RIS zostanie udostępniona możliwość wprowadzenia kodu kreskowego ze skierowania (ręcznie lub za pomocą czytnika kodów kreskowych) oraz wyszukania skierowania za pomocą kodu ze skierowania i numeru PESEL pacjenta.
1094.	Możliwość wyszukiwania pacjenta w oknie terminarza RIS analogicznie jak w terminarzach poradni. Wyszukiwanie pacjenta może odbywać się po: <ul style="list-style-type: none"> <li>• początku nazwiska i imienia,</li> <li>• początku numeru PESEL,</li> <li>• po części nazwiska i imienia.</li> </ul>
1095.	Możliwość wyszukiwania badań na oknach z listą badań pacjenta
1096.	Wyróżnienie graficzne pacjentów, którzy posiadają dokumenty z uprawnieniami dodatkowymi.
1097.	Na oknie opisu wizyty możliwość zaznaczenia/odznaczenie odpowiednich procedur pacjenta na liście dostępnych procedur. Wszystkie procedury, które są zaznaczone mogą zostać wprowadzone na listę procedur danej wizyty.
1098.	Możliwość ograniczenia dostępności do badań/zabiegów w zależności od typu wizyty oraz zawodu zalogowanego użytkownika. Przy tworzeniu wzorca badania możliwość określenia dostępności do danego badania/zabiegu. Wzorzec badań może być wykorzystywany wyłącznie do wskazanych typów płatnika: "NFZ", "Abonament" i/lub "Prywatny".
1099.	Dla RIS możliwość wyboru kategorii świadczenia typu "brak kategorii/brak wysyłki". Kategoria ta możliwa jest wyłącznie do ręcznego wybrania przez użytkownika, nie będzie automatycznie wskazywana przez system. Zlecenie z taką kategorią nie będzie generować komunikatów do AP-KOLCE oraz nie będzie generowana w komunikacie LIO CZ oraz KOL. Dodatkowo świadczenia z taką kategorią nie są umieszczane na liście w danym harmonogramie.
1100.	System zawiera słownik przyczyn skreślenia. Dla każdej pozycji (przyczyny) określona jest data jej obowiązywania.
1101.	System posiada mechanizm usuwania pozycji komercyjnych i abonamentowych po anulowaniu wizyty poradnianej i badań diagnostycznych w przypadku, gdy pozycja nie została już powiązana z dokumentem komercyjnym lub nie została wciągnięta w sprawozdanie w rozliczeniu umowy. Jeśli w oknie zlecenia badania diagnostycznego RIS zostanie wskazany status zlecenia jako "anulowany", nastąpi usunięcie wszystkich pozycji rozliczeniowych, które nie zostały powiązane z dokumentem rozliczeniowym oraz nie zostały jeszcze ujęte w sprawozdaniu z rozliczenia umowy. Ponowna modyfikacja statusu badania nie przywróci pozycji rozliczeniowych, które zostały usunięte w ramach tego mechanizmu.
1102.	Na oknach w których możliwy jest wydruk badania diagnostycznego umożliwiono generowanie tego wyniku jako ODT.
<b>1103.</b>	<b>Pracownia diagnostyczna</b>
1104.	Możliwość przyjmowania zleceń elektronicznych ze szpitala oraz poradni do zaplanowania badania.
1105.	Możliwość prowadzenia i uzyskania dostępu do danych archiwalnych badań.
1106.	System ma możliwość prezentacji listy zleconych badań do zaplanowania z danymi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• imię nazwisko,</li> <li>• data zlecenia,</li> <li>• godzina zlecenia,</li> <li>• nazwa badania,</li> <li>• jednostka zlecająca,</li> <li>• osoba zlecająca.</li> </ul>
1107.	System ma możliwość filtrowania badań do zaplanowania po następujących danych: <ul style="list-style-type: none"> <li>• data zlecenia,</li> <li>• nazwisko pacjenta,</li> <li>• PESEL pacjenta,</li> <li>• pracownia.</li> </ul>

1108.	System posiada terminarz graficzny z podziałem na urządzenia.
1109.	System ma możliwość dostosowania wyświetlanych godzin terminarza do godzin pracy urządzenia.
1110.	System ma możliwość zaplanowania zleconego badania za pomocą opcji drag&drop na terminarzu.
1111.	System ma możliwość zmiany terminu zleconego badania za pomocą opcji drag&drop na terminarzu.
1112.	System posiada elektroniczną Księgę Pracowni wraz z możliwością wydruku.
1113.	System ma możliwość planowania wykonania badań.
1114.	System ma możliwość zdefiniowania i wykorzystania tekstów standardowych (szablonów) w polach opisowych dla każdego badania indywidualnie.
1115.	System ma możliwość rozliczenia świadczeń NFZ.
1116.	System ma możliwość wskazania parametrów badania.
1117.	System ma możliwość załączania plików multimedialnych do opisu badania.
1118.	System ma możliwość oznaczenia CITO.
1119.	System ma możliwość przeglądania badań archiwalnych danego pacjenta.
1120.	System ma możliwość zarządzania dostęпами do badań z podziałem na role - technik, lekarz opisujący.
1121.	System ma możliwość zdefiniowania dowolnych statusów badań np. do zaplanowania, zaplanowane, anulowane, do realizacji, do opisu, opisane, zatwierdzone.
1122.	System ma możliwość filtrowania badań z uwzględnieniem statusu oraz ról użytkowników.
<b>1123.</b>	<b>Rehabilitacja</b>
1124.	Prowadzenie księgi zleceń umożliwiającej zarządzanie zleceniami rehabilitacyjnymi (przeglądanie zleceń, dodawanie nowych zleceń zewnętrznych, planowanie zabiegów ze zleceń wewnętrznych i zewnętrznych, zmiana terminów, wydruk zleceń, wystawianie dokumentów rozliczeniowych).
1125.	Możliwość stworzenia słownika grup w rehabilitacji. Użytkownik posiada możliwość przypisania i stworzenia grup zabiegów. Podczas tworzenia zlecenia na zabiegi po wskazaniu grupy w kontenerze dostępnych zabiegów system wyświetli wszystkie zabiegi dla wskazanej grupy. W przypadku, gdy słownik grup rehabilitacyjnych będzie ustawiony na „brak”, system wyświetli wszystkie pozycje zabiegów nie posiadających wprowadzonej grupy zabiegów.
1126.	Możliwość określenia ilości dni zabiegowych w słowniku grupy rehabilitacyjnej. Podczas tworzenia zlecenia na zabiegi, po wskazaniu grupy, pole "ilość zabiegów" zostanie uzupełnione o liczbę dni zabiegowych, wprowadzoną w słowniku.
1127.	Identyfikacja i opis zleceń w księdze zleceń poprzez dane: numer / rok zlecenia, numer kartoteki pacjenta w systemie, nazwisko imię pacjenta, data wystawienia zlecenia, nazwa jednostki zlecającej, numer PESEL pacjenta, kod chorobowy oznaczony w zleceniu, data urodzenia pacjenta.
1128.	Umożliwienie zachowania informacji o uwzględnieniu terminu u poprzedniego świadczeniodawcy podczas zapisu do kolejki.
1129.	Na oknie ewidencji zleceń dla jednostek o VIII kodzie resortowym rozpoczynającym się od 23** podświetlanie kolorem tych pozycji zleceń, dla których przekroczono liczbę lub czas zaplanowanych zabiegów (powyżej 90 dni lub powyżej 24 zabiegów).
1130.	Na oknie ewidencji zleceń możliwość filtrowania listy zleceń filtrem pokazującym tylko te zlecenia, w których został przekroczony określony czas lub liczba zleceń.
1131.	Możliwość filtrowania księgi zleceń wg danych: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rok,</li> <li>• Numer zlecenia,</li> <li>• Nazwisko,</li> <li>• PESEL,</li> <li>• Kod chorobowy,</li> <li>• Jednostka zlecająca,</li> <li>• Zlecenia archiwalne,</li> <li>• Data zlecenia od-do,</li> <li>• Zlecenia nierozplanowane,</li> <li>• Płatnik,</li> <li>• Grupa rehabilitacyjna.</li> </ul>
1132.	Wyświetlanie ilości rekordów znajdujących się w danym momencie na liście zleceń.
1133.	Oznaczenie na księdze kolorami zdarzeń: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zlecenie zastało oznaczone jako kolejkowe stabilne / kolejkowe pilne,</li> <li>• zlecenie zostało oznaczone jako CITO,</li> <li>• zlecenie zostało rozplanowane w czasie,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>dla zlecenia z jednostki o VIII części kodu resortowego 230x (np. ośrodek rehabilitacji kardiologicznej - 2306) przekroczono liczbę 24 dni zabiegowych na pacjenta w okresie 90 dni.</li> </ul>
1134.	Możliwość zmiany sposobu sortowania zleceń w księdze zleceń.
1135.	Przeglądanie informacji o wcześniej wprowadzonych do systemu zleceniach i skierowania rehabilitacyjnych pacjenta z możliwością filtrowania: <ul style="list-style-type: none"> <li>„diagnostyka” - wyświetlane są zlecenia diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej,</li> <li>„rehabilitacja” - wyświetlane są informacje o wewnętrznych zleceniach rehabilitacyjnych, a także zleceniach zewnętrznych wprowadzonych do systemu z poziomu modułu Rehabilitacji.</li> </ul>
1136.	Prowadzenie księgi skreśleń dla zabiegów rehabilitacyjnych.
1137.	Możliwość wydruku księgi oczekujących na zabiegi rehabilitacyjne.
1138.	Obsługa zleceń dla: <ul style="list-style-type: none"> <li>rehabilitacja ambulatoryjna,</li> <li>rehabilitacja oddziału dziennego,</li> <li>rehabilitacja oddziału,</li> <li>rehabilitacja - sanatorium,</li> <li>rehabilitacja domowa.</li> </ul>
1139.	Rejestracja/przyjęcie pacjenta z zewnątrz.
1140.	Na oknie zleceń rehabilitacyjnych blokada możliwości zmiany ubezpieczyciela oraz płatnika jeżeli do zlecenia został dodany już jakiś zabieg. Zmiana typu wizyty, płatnika, ubezpieczyciela i ewentualnej umowy jest możliwa jedynie po usunięciu pozycji zlecenia.
1141.	Na oknie zleceń rehabilitacyjnych możliwość wyświetlenia informacji o dostarczonym oryginale skierowania oraz filtrowania zleceń posiadających aktywny znacznik oryginału skierowania.
1142.	Wymuszenie przypisania cennika dla wzorców zabiegów rehabilitacyjnych dla obsługi komercji.
1143.	Możliwość wydruku paragonu.
1144.	Wystawianie dokumentów rozliczeniowych z poziomu rehabilitacyjnej księgi zleceń.
1145.	Obsługa zleceń z jednostek wewnętrznych i zewnętrznych.
1146.	Filtry zleceń dla jednostek zlecających.
1147.	Filtry aparatów/osób dla jednostek zlecających.
1148.	Zarządzanie jednostkami zabiegowymi z uwzględnieniem podziału jednostek ze względu na miejsce wykonywania zabiegów bądź typów jednostek zlecających zabiegi (ambulatorium/szpital/ośrodek dzienny) z możliwością zdefiniowania dla nich: <ul style="list-style-type: none"> <li>wszystkich zabiegów,</li> <li>zasobów zabiegowe (osobo-urządzeń),</li> <li>czasu pracy (osobo-urządzeń),</li> <li>filtrów określających jakie zabiegi mogą zlecać poszczególne jednostki,</li> <li>filtrów określających na jakich zasobach rehabilitacyjnych mogą zostać zrealizowane zabiegi zlecane z poszczególnych jednostek.</li> </ul>
1149.	Definiowanie zabiegu z możliwością wyboru procedury medycznej podczas jego realizacji (dla jednostek będących ośrodkami rehabilitacji dziennej lub oddziałami).
1150.	Możliwość skonfigurowania zabiegu ze znacznikiem „zabiegu wiodącego” - dla zabiegów zleconych z jednostek z ośrodków rehabilitacji dziennej po ich rozliczeniu zabieg zostaje automatycznie przypisany do realizatora zabiegu wiodącego.
1151.	Zarządzanie słownikami: <ul style="list-style-type: none"> <li>stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych (osobo-urządzeń),</li> <li>sal,</li> <li>zabiegów.</li> </ul>
1152.	Zarządzanie grafikami i terminarzami: <ul style="list-style-type: none"> <li>personelu,</li> <li>stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych.</li> </ul>
1153.	Zarządzanie listą zabiegów z możliwością określenia dla każdego zabiegu: <ul style="list-style-type: none"> <li>nazwy zabiegu,</li> <li>danych rozliczeniowych (umowa, produkt, świadczenie, procedury),</li> <li>strony ciała,</li> <li>standardowych czasów trwania zabiegu.</li> </ul>
1154.	Możliwość określenia dowolnej liczby innych, dodatkowych parametrów danego zabiegu.

1155.	Planowanie zabiegów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• manualne,</li> <li>• automatyczne (na bazie dostępności osób i urządzeń, preferencji pacjenta, filtrów).</li> </ul>
1156.	Dla pojedynczych zabiegów rehabilitacyjnych możliwość planowania na urządzenie z poziomu ekranu harmonogramu urządzenia (operator wybiera osobo-urządzenie, a dopiero po wybraniu terminu wskazuje zabieg).
1157.	Możliwość określenia parametrów planowania poprzez odpowiednie określenie wartości: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zdefiniowanie dni tygodnia, w których mają zostać automatycznie zaplanowane zabiegi,</li> <li>• określenie zakresu dat, w którym automat będzie planować zabiegi,</li> <li>• określenie zakresu godzinowego, w którym automat będzie planować zabiegi z opcjonalną możliwością dopasowania godzin zabiegu do czasu pracy (wyświetlenie obszaru terminarza zostanie ograniczone do podanych godzin, pozycje dostępne na liście wyboru osobourządzeń listy zabiegów zostaną odpowiednio dopasowane).</li> </ul>
1158.	Informacja o zajętości slotów czasowych, na których zrealizowany może zostać bieżący zabieg.
1159.	Możliwość oznaczenia na terminarzu wizyt w zależności od rodzaju płatnika danego zabiegu oraz wskazanej opcji kolejkowej (pilny/stabilny).
1160.	Zaplanowane zabiegi prezentowane są w terminarzu za pomocą bloków zawierających imię i nazwisko pacjenta oraz nazwę zabiegu. Różnymi kolorami system powinien oznaczać: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zabiegi aktualnie wskazany zabieg,</li> <li>• zabiegi innych pacjentów,</li> <li>• dla bieżącego pacjenta inne zabiegi niż aktualnie zaznaczone na liście, zaplanowane na widocznym terminarzu urządzenia,</li> <li>• zrealizowane zabiegi innych pacjentów.</li> </ul>
1161.	Możliwość zmiany widoku ogólnego terminarza tak, by widoczne były zabiegi tylko aktualnie planowanego pacjenta, bez rozbicie na stanowiska (osobo-urządzenia) oraz bez krotności stanowisk przypisanych do wybranego zabiegu/zabiegów.
1162.	Możliwość planowania zabiegów w zależności od płatnika zdefiniowanego w kalendarzu rozszerzonym danego osobo-urządzenia (zlecenie dla którego płatnikiem jest NFZ będzie planowane w godzinach przyjęć zarezerwowanych dla NFZ, zlecenia prywatne będą planowane w czasie zarezerwowanym dla przyjęć prywatnych itd.).
1163.	Możliwość zmiany terminów zaplanowanych zabiegów na terminarzu metodą „przeciągnij i upuść” (drag&drop).
1164.	Możliwość wyliczania dni zabiegowych wg schematu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• „liczba ogółem” - częstotliwość nie jest określona, podana zostaje jedynie liczba zabiegów,</li> <li>• „codziennie” - zabiegi wykonywane codziennie,</li> <li>• „co 2 dzień” - zabiegi wykonywane co drugi dzień,</li> <li>• „2 razy dziennie” - zabiegi wykonywane dwa razy dziennie.</li> </ul>
1165.	Na oknie terminarza planowania dla wizualizacji zaplanowanych zabiegów pacjenta możliwość oznaczenia kolorem wg klucza: <ul style="list-style-type: none"> <li>• płatnik: NFZ, tryb przyjęcia: brak,</li> <li>• płatnik: NFZ, tryb przyjęcia: kolejka,</li> <li>• płatnik: NFZ, tryb przyjęcia: pilny,</li> <li>• płatnik: Prywatny, tryb przyjęcia: nie dotyczy,</li> <li>• płatnik: Inny, tryb przyjęcia: nie dotyczy,</li> <li>• wskazany zabieg, tryb przyjęcia: nie dotyczy.</li> </ul>
1166.	Wyświetlanie informacji o grupie rehabilitacyjnej i grupie kalendarza na oknie planowania zabiegów rehabilitacyjnych.
1167.	Dla pacjenta przebywającego w jednostce w określonym czasie (od-do) możliwość automatycznego wyliczenia liczby zabiegów w przypadku korzystania z opcji „codziennie”, „co 2 dzień”, „2 razy dziennie” itp.
1168.	Podpowiadanie domyślnych parametrów zabiegów. Jeśli w konfiguracji zabiegu zdefiniowano pusty parametr, to podczas wystawiania zlecenia w przypadku wybrania tego parametru użytkownik będzie miał możliwość ręcznego wpisania treści parametru.
1169.	W przypadku, gdy płatnikiem zlecenia jest NFZ oraz jednostka posiada odpowiedni kod VIII resortowy (1310), system przeprowadza dodatkową walidację. Jeśli podczas wystawiania zlecenia przekroczono którekolwiek z ograniczeń NFZ, system informuje o tym fakcie odpowiednim komunikatem.

1170.	Kalendarz planowania z wizualizacją zajętych slotów na zabiegi przez innych pacjentów, blokady terminów.
1171.	Drukowanie planu zabiegów z możliwością edycji formularza wydruku.
1172.	Wydruk wskazanego, zaplanowanego zlecenia z możliwością wyboru jednego z dostępnych wariantów wydruku, wybieranego z rozwijanej listy kontekstowej.
1173.	Podgląd limitów oraz sumy punktów zaplanowanych zabiegów w poszczególnych miesiącach dla umów NFZ w trakcie planowania zabiegów rehabilitacyjnych.
1174.	Możliwość sprawdzenia, czy da się zaplanować wszystkie zabiegi w najbliższych 90 dniach od pierwszego dnia zaplanowania zabiegów.
1175.	Możliwość wyszukania pierwszego terminu wolnego z podpowiedzią kolejnych 90 dni.
1176.	Prezentacja w osobnym oknie zestawienia wyników rocznych, tj. realizację kontraktu dla umów NFZ.
1177.	Możliwość ewidencji zleceń, na których trzeba uzupełnić dane ze skierowania lub oznaczyć, że został dostarczony oryginał.
1178.	Możliwość użycia na liście zleceń menu kontekstowego, pozwalającego szybko wykonać czynności: <ul style="list-style-type: none"> <li>• usunięcie zaznaczonych dni na liście rozplanowanych zabiegów,</li> <li>• wydłużenie/skrócenie czasu zabiegu o 5 minut,</li> <li>• zwiększenie/zmniejszenie czasu przerwy pomiędzy dwoma zabiegami (w przypadku zaznaczenia dwóch zabiegów pomiędzy którymi jest wymagana przerwa wynikająca np. z czasu potrzebnego na przejście pacjenta z jednego budynku do innego),</li> <li>• zmniejszenie czasu zabiegu o połowę,</li> <li>• dwukrotne zwiększenie czasu zabiegu,</li> <li>• wskazanie mechanizmowi automatycznego planowania, na którym urządzeniu/osobie powinny zostać zaplanowane zabiegi.</li> </ul>
1179.	Możliwość zmiany kolejności zabiegów - po wskazaniu zabiegu przesunięcie go na liście za pomocą przycisków „strzałek” o jedną pozycję na liście w dół lub w górę.
1180.	Możliwość kopiowania zabiegów rehabilitacyjnych w oknie ewidencji zabiegów. Zlecenie utworzone poprzez skopiowanie będzie posiadało identyczne zabiegi, co wskazane zlecenie, lecz będzie miało inny numer.
1181.	Na oknie przeglądania zabiegów wyświetlanie aktualnego statusu ubezpieczeniowego eWUŚ pacjentów.
1182.	Na oknie przeglądania zabiegów możliwość dokonania operacji: <ul style="list-style-type: none"> <li>• potwierdzenie/cofnięcie potwierdzenia wykonania zabiegu bez generowania danych rozliczeniowych,</li> <li>• przypisanie realizatora ręcznie lub automatycznie (osobę, która ostatnio dla tego zlecenia i zabiegu, dokonała potwierdzenia realizacji),</li> <li>• zaznaczenie wielu parametrów podczas zatwierdzania zabiegu - po potwierdzeniu i wybraniu osoby zatwierdzającej, system wyświetla okno z parametrami, na którym jest możliwość przypisania kilku pozycji; <ul style="list-style-type: none"> <li>• zmiana daty zabiegu na wskazaną,</li> <li>• zmiana statusu wszystkich zabiegów w podanym okresie czasu ze statusu „zrealizowany” na „archiwalny rozliczony”,</li> <li>• wycofanie rozliczenia w przypadku zleceń, dla których płatnik był inny niż NFZ (tych, dla których nie został dopisany produkt rozliczeniowy),</li> <li>• wydrukowanie listy zabiegów z możliwością zawężenia listy z użyciem filtrów.</li> </ul> </li> </ul>
1183.	Możliwość przypisania realizatora do zabiegu bez zmiany statusu zabiegu.
1184.	Możliwość wyświetlenia w osobnym oknie listy zleceń wymagających danych o skierowaniu. Użytkownik w oknie może zarządzać informacjami o skierowaniach na zabiegi rehabilitacyjne poprzez podgląd i edycja szczegółów skierowania, przy czym ma możliwość: <ul style="list-style-type: none"> <li>• odfiltrowania skierowań dla zaplanowanych zabiegów o niepełnych danych ze skierowania,</li> <li>• odfiltrowania skierowań, dla których upłynęło 14 dni od rejestracji,</li> <li>• odfiltrowania skierowań, dla których pacjent został skreślony z listy oczekujących,</li> <li>• wyszukiwania skierowania po nazwisku pacjenta,</li> <li>• odfiltrowania rekordów, dla których świadczenia zostały zaplanowane w danym okresie,</li> <li>• odfiltrowania rekordów po dacie rejestracji skierowania,</li> <li>• odfiltrowania rekordów skierowań do danej pracowni (spośród tych, do których wystawiono zlecenia),</li> <li>• wyeksportowania listy do pliku.</li> </ul>
1185.	Możliwość filtrowania zleceń rehabilitacyjnych po grupie rehabilitacyjnej.

1186.	Na kalendarzu zabiegów jednostki wykonującej możliwość podglądu ilości punktów zabiegowych z możliwością przeliczenia z uwzględnieniem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tylko aktualnego miesiąca zaznaczonego w kalendarzu,</li> <li>• wszystkich miesięcy, w których były zaplanowane zabiegi.</li> </ul>
1187.	System umożliwia zawarcie w sprawozdawczości dla NFZ czasu trwania zabiegów przypisanych do produktu historii choroby.
1188.	Automatyzacja realizacji wizyty: <ul style="list-style-type: none"> <li>• realizacja pozycji zlecenia za pomocą kodu kreskowego lub dotyku bez potrzeby wybierania ręcznego pacjenta, zlecenia,</li> <li>• automatyczne dopisywanie procedur (w tym procedur zależnych od parametrów zlecenia) i produktów podczas realizacji zabiegów,</li> <li>• obsługa realizacji zdalnej rehabilitacji domowej.</li> </ul>
1189.	W przypadku zabiegów o możliwości wyboru procedury dla zleceń ambulatoryjnych możliwość ograniczenia wyboru do jednej procedury.
1190.	Mechanizm uniemożliwiający potwierdzenie wykonania zabiegu, jeśli pominięto wybór procedury.
1191.	Walidacja czasu trwania rehabilitacji kardiologicznej w okresie 90 dni.
1192.	Konfiguracja karty parametrów ćwiczeń, możliwość uzupełniania dodatkowych parametrów ćwiczeniowych podczas potwierdzania wykonywanych zabiegów.
1193.	Możliwość uzupełniania dodatkowych parametrów ćwiczeniowych podczas potwierdzania wykonywanych zabiegów.
1194.	System dostosowany do zarządzenia Nr 53/2018/DSOZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.
1195.	Podczas przeglądania historii chorób możliwość odfiltrowania wizyt na tylko te z jednostek o specjalizacji "rehabilitacja" lub kodzie resortowym 1310. Funkcjonalność dostępna także z modułów obsługi rejestracji, gabinetu lekarskiego, przebiegu wizyty, diagnostyki/RIS, ruchu chorych.
1196.	W przypadku, gdy do mechanizmu generowania opisu wizyty jest przypisany tylko jeden szablon wydruku, po wygenerowaniu tego wydruku system przystąpi do generowania automatycznego wydruku oraz wyświetli komunikat z odliczaniem do rozpoczęcia generowania. Operacja może zostać przerwana poprzez np. poruszenie myszką.
1197.	W przypadku skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego będącego lekarzem specjalistą w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej lub rehabilitacji w chorobach ruchu, zawierającego zleczone zabiegi fizjoterapeutyczne oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu zabiegów, dla poradni o kodzie 1300 takie skierowania na zabiegi mogą być tworzone z poziomu okna przebiegu wizyty. Zleczone zabiegi są widoczne z poziomu książki zabiegów fizjoterapeutycznych jako czekające do zaplanowania.
1198.	System posiada możliwość skonfigurowania wyglądu okna głównego modułu Rehabilitacja, tj. prezentowania: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dodatkowego opisu wprowadzony podczas zlecenia zabiegów w systemie (informacje wpisane na etapie zlecenia istotne z punktu widzenia zastosowanego procesu terapeutycznego),</li> <li>- wyników mierzonych parametrów wraz z datą ich wprowadzenia,</li> <li>- opisu wprowadzonego w trakcie zlecenia zabiegów oraz jednocześnie wyników mierzonych parametrów wraz z datą ich wprowadzenia.</li> </ul>
1199.	Możliwość określenia rodzaju płatnika dla danego zabiegu (zabieg przypisany płatnikowi prywatnemu nie będzie widoczny w oknach wprowadzenia zlecenia zabiegu dla innego typu wizyty niż komercyjny). Rozróżnienia zabiegów rehabilitacyjnych dedykowanych pod wybranego płatnika.
1200.	Możliwość prowadzenia kolejki do procedury na oknie zlecanych zabiegów (możliwość wpisania kodu kolejkowego). Jeśli w danej jednostce, do której jest zlecenie, jest w konfiguracji przypisany tylko jeden kod kolejkowy, to program automatycznie wpisze ten kod kolejkowy. W przeciwnym wypadku kod kolejkowy należy wybrać z wyświetlanego słownika.
1201.	System umożliwia prowadzenie fizjoterapii ambulatoryjnej zgodnie z wytycznymi ujętymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. System umożliwia obsługę wizyt fizjoterapeutycznych przed i po zabiegach.
1202.	W module Rehabilitacja widoczna informacja o koszcie poszczególnych zabiegów. Przy liście zleconych zabiegów system wyświetla pole z łączną sumą kosztową tych zabiegów.



1203.	<p>Możliwość ustawienia w konfiguracji systemu sposobu obsługi historii choroby. Możliwe opcje przy zleceniach na zabiegi rehabilitacyjne z poziomu Księgi Zleceń Rehabilitacyjnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niezależnie od typu wizyty zostanie założona historia choroby, a w przypadku braku podjednostki "Rejestracja ogólna", w której zakładane są historie choroby, taka podjednostka zostanie przypisana automatycznie.</li> <li>- historia choroby przypisywana jest tylko dla wizyt innych niż wizyty NFZ. W takim przypadku podjednostka rejestracja ogólna będzie również tworzona tylko wtedy, gdy jej brak i wizyta jest wizytą inną niż NFZ.</li> </ul> <p>W obu przypadkach historia choroby tworzy się w momencie dodawania zlecenia.</p>
1204.	W przypadku wizyt NFZ na oknie zlecanych zabiegów zakładki z rozliczeniami oraz z wykazem leków i materiałów są niewidoczne. Aktywne są tylko w przypadku wizyt innych niż NFZ.
1205.	Na liście wizyt pacjenta widoczne są informacje o klasyfikacji wizyty pacjenta, która została wybrana w Rejestracji.
1206.	Możliwość dopisywania narażeń oraz procedur przez lekarzy konsultantów. Tacy lekarze mają możliwość kopiowania wybranej wcześniej zaplanowanej wizyty konsultacyjnej oraz usuwania poszczególnych niezaplanowanych narażeń lub niezaplanowanych konsultacji. Zaplanowanie/odplanowanie oraz dodanie pojedynczej procedury postępowania nie są dostępne dla takich lekarzy.
1207.	Mechanizm kopiowania kodu chorobowego wstępnego ze skierowania na leczenie rehabilitacyjne w jednostkach o kodzie resortowym cz. VIII – 2142 (Zespół rehabilitacji domowej) do tworzonej Historii choroby.
1208.	Obsługa wysyłki kontynuacji leczenia do AP-KOLCE dla zleceń kolejkowych w rehabilitacji. Na oknie zlecanych zabiegów możliwość opisania „danych kontynuacji”. W przypadku, kiedy te dane nie zostaną uzupełnione, kontynuacja zostanie wysłana na podstawie pozostałych danych merytorycznych.
1209.	Możliwość odnotowania zgody na przedłużone leczenie psychiatryczne pacjenta w placówkach dla dzieci i młodzieży.
1210.	Na oknie harmonogramu dla zabiegów rehabilitacyjnych możliwość wyświetlania danych dotyczących zabiegu rehabilitacyjnego: wartości wprowadzonych parametrów zabiegu, strony ciała (lokalizacja) oraz dodatkowe wprowadzone uwagi do zabiegu. Dane te zostaną dodane do wyświetlanych informacji wyłącznie w przypadku wybrania/wprowadzenia podczas zlecenia zabiegu.
1211.	W rejestracji możliwość wyszukania pierwszych wolnych terminów dla zabiegów bez konieczności rejestracji całego zlecenia - możliwość wyszukiwania wolnego terminu z rozszerzeniem na więcej zabiegów. Zabiegi mogą być realizowane w ramach kilku jednostek, dlatego musi być możliwe umożliwić wyszukanie wolnego terminu dla danego zabiegu także w innych jednostkach.
1212.	Na liście zabiegów do zlecenia widoczne są kolumny "Procedury" oraz "Produkt". Informacje o procedurze oraz produkcie dla danego zabiegu rehabilitacyjnego będą pobierane z konfiguracji danego zabiegu rehabilitacyjnego dla danej jednostki. Jest możliwość filtrowania po tych kolumnach oraz istnieje możliwość wyszukiwania zabiegu po procedurze lub produkcie w polu wyszukiwania.
1213.	Dla Rehabilitacji możliwość wyboru kategorii świadczenia typu "brak kategorii/brak wysyłki". Kategoria ta możliwa jest wyłącznie do ręcznego wybrania przez użytkownika, nie będzie automatycznie wskazywana przez system. Zlecenie z taką kategorią nie będzie generować komunikatów do AP-KOLCE oraz nie będzie generowana w komunikacie LIO CZ oraz KOL. Dodatkowo świadczenia z taką kategorią nie są umieszczane na liście w danym harmonogramie.
1214.	Na oknie zlecenia zabiegu możliwość zaznaczenia „rehabilitacja po COVID-19”. W systemie istnieje filtr ograniczający widoczność zabiegów powiązanych z procedurami ICD9 zgodnie z zarządzeniem w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
1215.	Dla rehabilitacji po Covid-19 system automatycznie wybiera kategorię świadczeniobiorcy jako "Brak kategorii/wysyłki". Zabieg oznaczony taką kategorią generuje komunikatów do AP-KOLCE oraz nie będzie obecny w LIO CZ oraz KOL.
1216.	Na ekranie kalendarza (terminarza) zabiegów możliwość zmiany podziałki czasu (przedziały: 5, 10, 15, 20, 30, 60 minut)
<b>1217.</b>	<b>Apteka</b>
1218.	Spójny indeks materiałowy magazynu źródłowego (tj. magazyn apteki centralnej i magazynów branżowych) i magazynu docelowego (do którego są pobierane materiały).
1219.	Ewidencja dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych do apteki (możliwość rejestrowania również dostaw niefakturowanych).
1220.	Możliwość przypisania do kontrahenta opóźnienia płatności za fakturę.

1221.	Możliwość przypisania do kontrahenta domyślnej faktury elektronicznej.
1222.	Ewidencja dostaw od dostawców z możliwością wprowadzana ich drogą elektroniczną.
1223.	Możliwość przypisania wielu dokumentów PZ do jednej faktury zakupu.
1224.	Możliwość przypisania wielu faktur zakupu do jednego dokumentu PZ.
1225.	Możliwość powiązania wprowadzonej faktury zakupu z wprowadzonym wcześniej dokumentem przyjęcia zewnętrznego (PZ), w powiązaniu z umowami przetargowymi.
1226.	Korekta dokumentów ewidencjonujących dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.
1227.	Automatyczna aktualizacja stanu apteczki głównej i oddziałowej, zgodnie z ewidencją dystrybucji środków farmaceutycznych.
1228.	Prowadzenie ewidencji wszystkich operacji w magazynie z przypisaniem czasu i personelu.
1229.	Możliwość obciążenia kosztami innego oddziału niż realizujący wydanie leku.
1230.	Możliwość wykorzystania słowników: leków, grup ATC, nazw międzynarodowych, słownik jednostek miar.
1231.	Możliwość definiowania własnych grup leków (lokalnych).
1232.	Możliwość definiowania własnych dokumentów (np. rozchód darów, przyjęcie bezpłatnych próbek itp.).
1233.	Możliwość automatycznego numerowania dokumentów wg definiowanego przez użytkownika wzorca.
1234.	Sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.
1235.	Sporządzanie zamówień planowych i doraźnych do Apteki Głównej.
1236.	Możliwość automatycznego wysłania zamówień do dostawców drogą elektroniczną za pomocą e-maila z załącznikiem PDF.
1237.	Sporządzanie preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych, maści oraz płynów infuzyjnych.
1238.	Sporządzanie roztworów spirytusowych.
1239.	Możliwość realizacji zamówień zbiorczych na oddział.
1240.	Możliwość wprowadzania produktów końcowych z poszczególnych składników. Nowy końcowy produkt zostaje wprowadzany na stan magazynowy, a poszczególne składniki schodzą ze stanu magazynowego.
1241.	Możliwość stworzenia procedur szybkiego wydania większej ilości materiałów i leków zgodnie z ustaloną wcześniej listą (do wykorzystywania np. na bloku operacyjnym).
1242.	Możliwość wydania towaru nierównego zapotrzebowaniu pod względem ilościowym i jakościowym.
1243.	Program informuje o różnicy ceny na fakturze w porównaniu z ceną w umowie.
1244.	System umożliwia import docelowy (sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta dopuszczonego do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia).
1245.	Ewidencja zwrotów z oddziałów do apteki głównej.
1246.	Ewidencja darów.
1247.	Ewidencja i obsługa leków klinicznych.
1248.	Ewidencja leków prywatnych pacjenta z wydrukiem potwierdzenia przyjęcia i wydania po zakończeniu hospitalizacji.
1249.	Ewidencja szczepionek.
1250.	Wydawanie środków farmaceutycznych z apteki na oddziały na podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych (współpraca z apteczką oddziałową).
1251.	Elektroniczne potwierdzenia zamówienia z oddziału.
1252.	Możliwość kopiowania dokumentów wydania.
1253.	Szybkie tworzenie dokumentu przekazania leków na inny oddział na podstawie dokumentu PZ.
1254.	Wydawanie wyrobów medycznych na zewnątrz jednostki, w ramach magazynu.
1255.	Zwrot środków farmaceutycznych z apteki głównej do dostawców.
1256.	Ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych z podaniem przyczyn niezgodności.
1257.	Ewidencja utylizacji środków farmaceutycznych.
1258.	Korekta wydań środków farmaceutycznych.
1259.	Wykonywanie remanentu, inwentaryzacji magazynu.
1260.	Generowanie pustego arkusza do spisu z natury.
1261.	Korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury, z dokładnością do dostawy lub asortymentu.
1262.	Kontrola dat ważności oraz możliwość zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych.
1263.	Przegląd stanów magazynowych i wartości magazynu na bieżący oraz na wybrany dzień.

1264.	Obsługa przetargów: tworzenie pakietów, wybór najtańszej i najlepszej oferty, utworzenie umowy przetargowej.
1265.	Kontrola realizacji dostaw i poziomu cen w ramach obowiązującej umowy przetargowej z informacją o stopniu realizacji.
1266.	Podgląd i możliwość wydruku stanu magazynowego uwzględniający różne parametry (na dany dzień, wg grup leków).
1267.	Raporty i zestawienia generowane i definiowane przez użytkownika na podstawie wszystkich dostępnych danych, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>• na podstawie rozchodów,</li> <li>• na podstawie przychodów,</li> <li>• na podstawie obrotów.</li> </ul>
1268.	Przypisanie schematu księgowego do typu dokumentu - możliwość edycji danych księgowych typu dokumentu bez potrzeby ich odtwierdzenia. W otwartym oknie użytkownik może wprowadzić informację dotyczącą schematu księgowania, konta przychodowego oraz konta FK do importu.
1269.	Możliwość wykonania zestawień księgowych wymaganych w pracy apteki np. wydruk danej grupy leków z uwzględnieniem przychodu, rozchodu i stanu obecnego (np. leki psychotropowe).
1270.	Możliwość wykonania zestawień zużycia danej grupy leków (np.: psychotropy) z uwzględnieniem zakresu dat, magazynu i apteki, umowy dostawcy, czy też z dokładnością do danego leku.
1271.	Możliwość tworzenia zestawień rozchodów i przychodów leków w różnych konfiguracjach, np. ze wskazaniem odbiorcy/dostawcy, bez wskazania odbiorcy/dostawcy, ze wskazaniem leku lub grupy leków.
1272.	Możliwość eksportu danych do arkusza kalkulacyjnego.
1273.	Przechowywanie informacji o leku.
1274.	Mechanizm „stop-order”. Wstrzymanie danej serii lub dostawy z podaniem przyczyny oraz możliwością odblokowania.
1275.	Możliwość wydruku raportu o podjętych czynnościach w związku ze wstrzymaniem leku.
1276.	Możliwość definiowania przez użytkownika receptariusza szpitalnego oraz oddziałowego.
1277.	Możliwość definiowania limitów wartościowych na poszczególne grupy materiałowe.
1278.	Definiowania struktury apteczek oddziałowych poszczególnych jednostek organizacyjnych w powiązaniu z apteką główną.
1279.	Prowadzenie wielu magazynów równorzędnie.
1280.	Automatyczna aktualizacja modułu Apteka oraz jego słowników, wykorzystująca połączenie internetowe.
1281.	Możliwość uzupełnienia listy zamienników do leku poprzez wybieranie ich z listy kartotek leków o tym samym kodzie ATC, co lek oryginalny.
1282.	Wydanie leków: wg nazw handlowych, kodów apteki, nazw międzynarodowych, synonimów, grup leków.
1283.	Wbudowana dostępna na rynku polskim baza leków BAZYL.
1284.	Możliwość zamykania okresów obrotowych (rozliczeniowych) zarówno przez aptekę główną, jak i apteki oddziałowe.
1285.	Obsługa sterylizatorni w powiązaniu z blokiem operacyjnym.
1286.	Obsługa depozytów (np. implantów należących do firmy zewnętrznej).
1287.	Obsługa środków z grupy: I-N, II-P oraz środków z grupy: II-N, III-P, IV-P.
1288.	Blokada możliwości dokonywania zmian i usuwania w inny sposób niż przez dokumenty korekt.
1289.	Prowadzenie ewidencji obrotu środków odurzających i substancji psychotropowych w formie elektronicznej.
1290.	Możliwość oznaczenia karty magazynowej jako archiwalnej.
1291.	Możliwe jest określenie limitu dla całej apteki oddziałowej. Jeżeli suma wartości zamówionych leków przekracza aktualny limit dla grupy lub apteki oddziałowej lub apteka oddziałowa posiada już limit w tym okresie czasu, wówczas zatwierdzenie limitu nie będzie możliwe i pojawi się odpowiedni komunikat.
1292.	Prezentacja na oknie limitów podsumowania z możliwością zaznaczenia grup na oknie edycji limitów (pojawia się suma wszystkich pozycji limitu oraz suma pozycji zaznaczonych).
1293.	Pokazywanie informacji o pozostałym do wykorzystania limicie na oknie apteki oddziałowej (parametr konfiguracyjny systemu pozwala wskazać źródło danych do ostrzeżeń o przekroczeniu limitu: limit jednostki, limit grupy). W zależności od przekroczenia/nieprzekroczenia limitu komórka z jego wartością kolorowana jest oznaczana różnymi kolorami.
1294.	Jeżeli wartość składanego przez aptekę oddziałową zamówienia przekracza limit, wówczas pojawia się odpowiednie ostrzeżenie, które nie blokuje możliwości złożenia tego zamówienia.

1295.	System posiada statystykę pokazującą limity jednostek - po wybraniu apteki oraz zakresu dat prezentuje w tabeli limity danej jednostki wraz ze stopniem ich wykorzystania. Statystykę tę można wydrukować lub wyeksportować do pliku CSV.
1296.	Możliwość dopisania dodatkowych kontrahentów do umowy.
1297.	W oknie kartoteki kontrahenta prezentacja wszystkich umów danego kontrahenta.
1298.	W oknie umów możliwość sortowania umów (w porządku rosnącym lub malejącym) alfabetycznie lub po dacie.
1299.	Możliwość podglądu stopnia realizacji pozycji z umowy w procentach.
1300.	W karcie leku wyświetlanie informacji o aktualnych umowach i stanach magazynowych oraz dostępności na poszczególnych magazynach (dla wskazanego indeksu leku).
1301.	Możliwość definiowania zamiennika do wybranej kartoteki wraz z opcją rozliczenia użytego zamiennika w umowie. Możliwość podania dla zamiennika parametru „mnożnik”, określającego ile opakowań leku zamienianego stanowić będzie jedno opakowanie zamiennika.
1302.	Rozdzielność okien zleceń oddziałowych i dokumentów magazynowych.
1303.	Możliwość alfabetycznego sortowania pozycji dokumentów magazynowych i zleceń wewnętrznych po nazwie leku (możliwość ta ustawiana jest za pomocą parametru konfiguracyjnego).
1304.	W oknie pozycji faktury prezentacja informacji o ostatniej cenie zakupu - wyświetlana jest informacja o ostatniej cenie, w jakiej ostatnio wprowadzono dokument PZ w aptecę główną lub dla faktury. W przypadku, gdy wprowadzono cenę jednostkową netto, a na ostatnim wprowadzonym dokumencie występowała cena jednostkowa brutto, program będzie przeliczał ostatnią cenę na cenę netto, aby umożliwić szybsze porównywanie. Ostatnia cena zakupu będzie oznaczona kolorem. Wartość będzie wyróżniona (np. pogrubiona) w przypadku, gdy cena leku z ostatniego zakupu różni się od obecnej ceny zakupu danego leku.
1305.	W oknie umów depozytowych prezentacja aktualnych informacji dotyczące realizacji danej umowy depozytowej (dane odnoszące się do stanów i dostępności pozycji danej umowy na poszczególnych magazynach).
1306.	Możliwość zaktualizowania niezatwierdzonego spisu z natury (program sprawdza, czy nie istnieją żadne niezatwierdzone dokumenty. Jeśli występuje przynajmniej jeden taki dokument, system wyświetli odpowiedni komunikat. w przeciwnym wypadku zostanie wyświetlony komunikat potwierdzający aktualizację spisu. Po potwierdzeniu przez użytkownika system zaktualizuje dany spis, zaznaczając kolorem pozycje ilości dla danego rekordu, dla którego nastąpiła zmiana od ostatniego spisu z natury.
1307.	Możliwość ręcznego wprowadzenia wartości na pozycji faktury w oknie z pozycjami faktury.
1308.	Możliwość ręcznego wpisania wartości brutto oraz netto. Przy skorzystaniu z tej opcji, system nie będzie przeliczał wartości netto, vat oraz brutto w sposób automatyczny (program będzie wyświetlał komunikat dotyczący wyłączenia automatycznego wyliczenia).
1309.	Możliwość dopisania stanu realizacji do pozycji umowy - w przypadku dodawania lub edycji umów niezatwierdzonych istnieje możliwość wpisania ilości, wartości netto oraz brutto (realizacja przed wprowadzeniem umowy) dla poszczególnych pozycji na liście umowy. Wprowadzone dane dotyczące realizacji przed wprowadzeniem umowy będą odpowiednio doliczone do wartości faktur/PZ wprowadzonych do umowy.
1310.	W oknie prezentującym pozycje umowy/aneksu wyświetlanie procentowej realizacji pozycji umowy (z uwzględnieniem realizacji przed wprowadzeniem tej umowy do systemu).
1311.	Możliwość zgrupowania inwentaryzacji wg grupy leków wraz z posortowaniem wg ich nazwy oraz wydrukiem.
1312.	Możliwość przeprowadzenia inwentaryzacji z agregowaniem leków po grupach i jednocześnie generowaniem wg nazwy grupy - system wygeneruje inwentaryzację według grup leków oraz dodatkowo posortuje listę po nazwie grup leków.
1313.	Na oknie karty magazynowej możliwość wprowadzenia sposobu przechowywania z możliwością wprowadzenia tekstu. Po wprowadzeniu tekstu w pole „sposób przechowywania” w karcie magazynowej, wprowadzony tekst widoczny jest na oknie prezentującym leki w magazynie (zarówno w aptecę główną jak i w aptekach oddziałowych).
1314.	Możliwość zmiany treści i tematu wiadomości przy wysyłce zamówienia pocztą elektroniczną.
1315.	Funkcjonalność pozwalającą na wyświetlanie dokumentów, które są powiązane z daną fakturą lub korektą faktury. Po wybraniu faktury z listy możliwość otwarcia zawierającego listę wszystkich powiązanych z

	fakturą dokumentów rozchodu oraz przychodu. Na tym samym oknie prezentowana jest lista leków i materiałów wchodzących w skład zaznaczonego dokumentu.
1316.	Możliwość filtrowania leków z dokumentów powiązanych z daną fakturą po: aptece, magazynie, rodzaju bądź numerze dokumentu, dacie wystawienia oraz wskazanym leku lub materiale. Możliwość wyszukiwania leku bądź materiału po nazwie lub numeru IDX.
1317.	Walidacja kart magazynowych - system umożliwia wprowadzenie nowej karty powiązanej z rekordem z bazy leków o tym samym ID leku, o ile nie będzie w systemie dwóch aktywnych kart powiązanych z tym samym lekiem. Kart archiwalnych powiązanych z tym samym lekiem może być dowolna ilość, natomiast kart aktywnych - tylko jedna.
1318.	Możliwość wprowadzenia w karcie magazynowej: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pojemności (np. fiołki, butelki itp.) wraz z wyborem jednostki miary,</li> <li>• ilości substancji czynnej w pojemniku wraz z wyborem jednostki miary,</li> <li>• ilości substancji czynnej w jednostce pojemności (jednostka miary taka sama jak wybrana w polu powyżej) - pole to uzupełniane jest automatycznie po uzupełnieniu danych w polu „ilość substancji czynnej w pojemniku”.</li> </ul>
1319.	Możliwość wydania materiału z Apteki Głównej w sztukach.
1320.	System posiada mechanizm umożliwiający działanie w następujący sposób: dla magazynów prowadzonych wg cen brutto, przy tworzeniu leku / procedury domyślnie zaznaczona jest opcja liczenia od wartości brutto i niemożliwa jest zmiana sposobu liczenia wartości. W takim przypadku na dokumencie przyjęcia i wydania dotyczącego leku tworzonego tożsame są wartości brutto. Natomiast dla magazynów prowadzonych wg cen netto, przy tworzeniu leku / procedury opcja liczenia od wartości brutto domyślnie nie jest zaznaczona i niemożliwa jest zmiana sposobu liczenia wartości. Wówczas na dokumencie przyjęcia i wydania dotyczącego leku tworzonego tożsame są wartości netto.
1321.	Na oknie prezentującym zużycie w Aptece Głównej istnieje filtr umożliwiający wygenerowanie zestawienia zużycia, które nie będzie zawierało dokumentów zwrotów leków. Przy użyciu tego filtra podsumowanie wygenerowanego zestawienia zgodne jest z podsumowaniem rozchodów na statystyce stanów i obrotów magazynowych.
1322.	Możliwość ustawienia dostępu do funkcji kopiowania dokumentów przekazania.
1323.	Na oknie zleceń oddziałowych możliwość dodania do bufora jednocześnie leków psychotropowych wraz z innymi lekami. Podczas dodawania leków psychotropowych tylko raz należy wskazać lekarza lub pielęgniarkę wystawiającego zapotrzebowanie. Podczas tworzenia dokumentu leki psychotropowe zostaną rozdzielone, tzn. dla każdego leku psychotropowego powstanie osobny dokument, a oddzielne zlecenie zostanie utworzone dla pozostałych leków.
1324.	Na oknie zleceń oddziałowych możliwość usuwania stanów minimalnych.
1325.	Sposób obliczania wykorzystania limitu jednostki: wyliczany jako suma przekazania z Apteki Głównej na Aptekę Oddziałową oraz przyjęć bezpośrednich na Aptekę Oddziałową, z uwzględnieniem korekt tych dokumentów.
1326.	W zależności od konfiguracji: blokada lub ostrzeżenie dotyczące przekraczania limitów jednostki przy: <ul style="list-style-type: none"> <li>- przekazywaniu leku z Apteki Głównej na Aptekę Oddziałową,</li> <li>- przyjmowaniu leku na Aptekę Oddziałową,</li> <li>- tworzeniu zlecenia oddziałowego.</li> </ul> Działanie blokady lub ostrzeżenia dla Apteki Oddziałowej zależne jest od ustawień parametru konfiguracyjnego: <ul style="list-style-type: none"> <li>- przyjęcie leku na Aptekę Oddziałową lub stworzenie zlecenia oddziałowego przekraczającego limit jednostki jest niemożliwe i pojawia się odpowiedni komunikat,</li> <li>- przyjęcie leku na Aptekę Oddziałową lub stworzenie zlecenia oddziałowego przekraczającego limit jednostki jest możliwe, ale pojawia się komunikat informujący o przekroczeniu limitu.</li> </ul>
1327.	Na oknie karty leku możliwość oznaczenia „brak kodu EAN” w sytuacji, gdy lek jest z importu docelowego i nie posiada kodu EAN.
1328.	Na oknie spisu z natury dla niedoborów: jeżeli do Apteki i Magazynu wskazanych w inwentaryzacji przypisany jest jeden kontrahent wewnętrzny, wówczas jest on automatycznie wskazywany jako odbiorca dla dokumentów wydań powstałych w związku z niedoborami; jeżeli jest kilku takich kontrahentów lub nie ma żadnego, wtedy funkcja wyboru kontrahenta jest aktywna i należy wskazać odbiorcę.
1329.	Na oknie spisu z natury zaznaczanie nadwyżek i niedoborów kolorami (np.. Nadwyżek – kolorem zielonym, niedoborów – kolorem czerwonym).
1330.	Możliwość generowania statystyk : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stany magazynowe (apteka, magazyn, wartość brutto),</li> </ol>

	<p>2. Stany magazynowe (apteka, magazyn, grupa materiałowa, wartość brutto),</p> <p>3. Zużycie z apteki głównej (tylko magazyny),</p> <p>4. Zużycie z apteki głównej (tylko kontrahenci wewnętrzni),</p> <p>5. Zużycie z apteki głównej (magazyny + kontrahenci wewnętrzni).</p>
1331.	Możliwość prowadzenia klasyfikacji, leków, tj. grup, do których przypisywane są leki lub materiały medyczne o identycznym lub podobnym zastosowaniu.
1332.	Prowadzenie księgi kontrahentów z możliwością filtrowania listy kontrahentów po m.in.: nazwie skróconej, nazwie firmy, miejscowości, kodzie pocztowym, ulicy, numerze telefonu, adresie e-mail, numerze NIP i PESEL, nazwie banku i numerze konta, rodzaju kontrahenta.
1333.	Możliwość tworzenia grup kontrahentów z podziałem na kontrahenta nadrzędnego i podrzędnych. Podczas dodawania umowy, po wskazaniu kontrahenta, który jest w grupie, system wyświetli komunikat o przynależności do grupy wyświetli listę jednostek znajdujących się w danej grupie. Użytkownik ma możliwość wyboru kilku lub wszystkich kontrahentów do umowy (oraz możliwość dopisania innych kontrahentów, spoza grupy).
1334.	Możliwość zablokowania magazynu np. na czas przeprowadzania spisu z natury dla danego magazynu. Jeśli dany magazyn będzie zablokowany, nie będzie możliwości wprowadzenia jakiegokolwiek zmiany magazynowej. Dla zablokowanych magazynów nie będzie możliwości zatwierdzenia wydania leku dla pacjenta, przygotowania leku, anulowania leku, przywrócenia leku oraz powtórzenia podania leku z poziomu panelu szpitalnego dostępnego w systemie HIS.
1335.	<p>Na oknie pojedynczego zamówienia prezentacja następujących informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ilość zamawiana (uzupełniana przy dopisywaniu lub edycji pozycji),</li> <li>• ilość dostarczona (uzupełniana jest automatycznie na podstawie faktur),</li> <li>• ostatnia cena (z ostatniej dostawy),</li> <li>• procent realizacji (stosunek ilości dostarczonej do zamówionej),</li> <li>• faktury (numery faktur, które dotyczą danej pozycji zamówienia),</li> <li>• umowy (numery umów, które dotyczą danej pozycji zamówienia),</li> <li>• pozostała do zamówienia ilość z umowy,</li> <li>• realizacja umowy w % (stan realizacji umów dla danego indeksu),</li> <li>• stan danego indeksu w Aptece Głównej.</li> </ul>
1336.	<p>Ewidencja zapotrzebowań na sprowadzenie z zagranicy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia, niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta,</li> <li>• środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia bez konieczności realizowania obowiązku powiadomienia Głównego Inspektora Sanitarnego o wprowadzeniu do obrotu.</li> </ul>
1337.	Możliwość wygenerowania zestawienia dokumentów rozchodu dotyczących wydań leku lub środka spożywczego w ramach importu docelowego.
1338.	Możliwość realizacji importu docelowego produktu leczniczego lub środka spożywczego z zagranicy wraz z wymaganymi wydrukami (z możliwością konfiguracji dokumentu importu docelowego wraz z uprawnieniami).
1339.	Możliwość określenia domyślnej ilości zakupowej na karcie leku, również dla zatwierdzonych kart. Gdy zostanie wybrany lek w oknie zamówienia przy użyciu funkcji dodawania leków grupowo, bądź leku z bazy (przy wyłączonej automatycznej realizacji zleceń wewnętrznych i w przypadku, gdy zamówienie nie jest przypisane do umowy), program automatycznie wpisze wartość do zamówienia zgodnie z uprzednio wprowadzoną ilością domyślną.
1340.	Dodawanie leków z umowy do przetargu. System pozwala na wybór aktywnej umowy ze spisu wszystkich umów pasujących do wskazanych wzorców. Użytkownik ma możliwość wyszukania umowy po jej numerze lub nazwie dostawcy, korzystając z listy i pola wyszukiwania oraz ma możliwość wyświetlenia tylko umów aktywnych i/lub umów depozytowych.
1341.	Możliwość zmiany leku w ofercie do przetargu (z możliwością zmiany dla niego ilości, ceny i stawki VAT).
1342.	Obsługa zamienników podczas wydawania leków.
1343.	Informacja o postaci, dawce, opakowaniu i nazwie międzynarodowej na oknie pozycji faktury, pozycji dokumentu magazynowego.
1344.	Informacja o postaci, dawce, opakowaniu i nazwie międzynarodowej na oknie zamiennika leku.
1345.	Możliwość filtrowania po klasie leku dla statystyk: zużycie, inwentaryzacja, inwentaryzacja serii, stany i obroty magazynowe, zestawianie dokumentów (ogółem, rozchody, zamówienia), wydania na pacjenta.

1346.	Możliwość filtrowania po kontrahencie leku dla statystyk: zużycie, inwentaryzacja, inwentaryzacja serii, stany i obroty magazynowe, wydania na pacjenta, zestawienie dokumentów rozchodu.
1347.	Możliwość połączenia internetowego do decyzji Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego.
1348.	Cena jednostkowa za sztukę prezentowana w karcie dostaw.
1349.	Na oknie zleceń z oddziałów przy składaniu zapotrzebowania na leki psychotropowe konieczność wskazania osoby składającej zapotrzebowanie (z kontrolą uprawnień wskazanego pracownika do składania takiego zapotrzebowania).
1350.	Możliwość stworzenia korekty dokumentu magazynowego dla pozycji, dla której podjęto działania zabezpieczające "stop order".
1351.	Możliwość edycji zatwierdzonej umowy z ostrzeżeniem i blokadą dotyczącą przekroczenia określonej wartości brutto umowy.
1352.	Przy wprowadzaniu pozycji do umowy automatyczne wyliczenie „wartości netto” i „wartości brutto” przed wprowadzeniem umowy. Wartości te obliczane są na podstawie danych uzupełnionych w polach „cena jednostkowa”, „stawka VAT” i „ilość”. Jeżeli wyliczone wartości różnią się od kwot rzeczywistych (np. z różnic groszowych), wówczas jest możliwość ich zmiany.
1353.	Możliwość włączania/wyłączania wyświetlania leków archiwalnych na oknie apteczki oddziałowej.
1354.	Umożliwienie wskazania dowolnej apteczki przy wyborze leku dla zabiegu operacyjnego - możliwość powiązania w tym celu w konfiguracji systemu apteczki Bloku Operacyjnego z inną apteczką (np. Anestezjologii). Dostęp do dodatkowej apteczki będzie możliwy tylko dla osoby mającej do niej uprawnienia.
1355.	Funkcjonalność pozwalająca na weryfikację autentyczności niepowtarzalnego identyfikatora (opakowania) leku i wycofanie go z rejestru centralnego w dowolnym momencie pomiędzy przyjęciem a wydaniem leku. Funkcjonalność dostępna z poziomu modułu apteki i modułu obsługi poradni. System umożliwia stosowanie do weryfikacji czytnika kodów 2D, obsługującego standard Data Matrix.
1356.	System w ramach przetwarzania danych związanych z obrotem produktami leczniczymi komunikuje się ze Zintegrowanym Systemem Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL).
1357.	System w ramach weryfikacji autentyczności leków komunikuje się na bieżąco z systemem Krajowej Organizacji Weryfikacji Autentyczności Leków (KOWAL).
1358.	System w ramach weryfikacji autentyczności leków prowadzi ewidencję weryfikowanych produktów. Możliwe jest przeglądanie wprowadzonych rekordów oraz sprawdzanie pozycji, które wprowadzone zostały w trybie off-line.
1359.	Wyszukiwanie leku i pokazanie w tabeli wszystkich weryfikacji z nim związanych można zrealizować poprzez: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wczytanie danych z kodu Matrix,</li> <li>• wpisanie ręczne lub czytnikiem kodu EAN lub GTIN,</li> <li>• wybranie leku z bazy leków za pomocą przy polu GTIN.</li> </ul>
1360.	Widoczne w tabeli leków i ich weryfikacji pozycje filtrować można poprzez: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wskazanie statusu,</li> <li>• wybranie zakresu dat.</li> </ul>
1361.	Na oknie korekty dokumentu magazynowego możliwość wyszukiwania pozycji wg indeksu.
1362.	Na oknie statystyki stanów i obrotów magazynowych przycisk umożliwiający wydrukowanie wyłącznie syntetyki dla wygenerowanej statystyki. Na wydruku znajdą się wyłącznie informacje dotyczące stanu początkowego, przychodu, rozchodu oraz stanu końcowego dla wybranej apteki, magazynu, wskazanego okresu czasowego oraz innych wybranych parametrów wprowadzonych dla statystyki.
1363.	Możliwość tworzenia dokumentów do rozliczania nadwyżek i niedoborów inwentaryzacyjnych.
1364.	Na oknach podglądu faktury oraz dokumentów apteki możliwość podglądu pozycji faktury lub dokumentu magazynowego. Po zaznaczeniu pozycji pojawia się odpowiednio okno, które pozwala na podgląd pozycji bez możliwości jej edycji.
1365.	Na oknie podglądu i poprawy umowy przycisk otwierający okno z listą faktur powiązanych z pozycją umowy.
1366.	Możliwość powiązania typu dokumentu z typem korekty - rozwiązanie umożliwia tworzenie różnych typów korekt dokumentów magazynowych powiązanych z fakturą przy zatwierdzaniu korekty dotyczącej tej faktury.
1367.	Możliwość ustawienia domyślnego sposobu wydawania leków z określoną objętością. W zależności od parametru konfiguracyjnego lek wydawany będzie w jednostkach magazynowych lub w jednostce z pola „pojemność”, określonej w karcie leku. Jeśli dany lek nie ma zdefiniowanej objętości, program wprowadzi jednostkę magazynową niezależnie od ustawionej wartości parametru konfiguracyjnego.

1368.	Możliwość ustawienia sortowania faktur z numeracją miesięczną. Dokumenty w zależności od parametru konfiguracyjnego będą ustawiane kolejno według: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rodzaju dokumentu, typu dokumentu, roku dokumentu malejąco, miesiącu numeracji dokumentu malejąco oraz miesiącu dokumentu malejąco,</li> <li>• rodzaju dokumentu, typu dokumentu, roku dokumentu, miesiąca dokumentu oraz liczby porządkowej dokumentu malejąco.</li> </ul>
1369.	Możliwość poprawienia daty ważności leków pacjenta.
1370.	Na karcie leku po podaniu kodu autoryzacyjnego możliwość modyfikacji parametrów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• jednostka handlowa,</li> <li>• przelicznik,</li> <li>• jednostka magazynowa,</li> <li>• pojemność opakowania,</li> <li>• ilość substancji czynnej w pojemniku,</li> <li>• ilość substancji czynnej w jednostce pojemności.</li> </ul> Nie ma możliwości modyfikowania ww. pól, jeżeli lek został już przyjęty do jakiegoś magazynu lub jeżeli zostało wprowadzone zlecenie na ten lek.
1371.	Możliwość filtrowania leków na oknie głównym apteki - ukrywanie na liście tych leków, które nie są dostępne w magazynie głównym.
1372.	Na oknie faktury do umowy dla leku możliwość sortowania po kolumnach: „numer dokumentu”, „data dokumentu”, „seria”, „termin ważności”, „jednostka miary”, „cena”, „wartość netto”, „wartość brutto” za pomocą naciśnięcia nazwy danej kolumny przyciskiem myszy. Możliwość posortowania po wielu kolumnach naraz.
1373.	Możliwość ukrywania poszczególnych kolumn na liście faktur do umowy oraz wyeksportowania danych z kolumn do pliku PDF.
1374.	Blokowanie możliwości zmiany dla zleceń wewnętrznych w sytuacji, gdy dane zlecenie jest już edytowane przez innego użytkownika. Jeśli jakiś użytkownik edytuje lub podgląda dane zlecenie, wówczas zostaną zablokowane czynności: edycja zlecenia wewnętrznego, anulowanie zlecenia, cofanie zatwierdzenia, podgląd danego zlecenia.
1375.	Parametr konfiguracyjny pozwalający na określenie sposobu przedstawiania ilości miejsc po przecinku przy cenach leków.
1376.	Możliwość cofnięcia zatwierdzenia dokumentu wydania zewnętrznego. Funkcjonalność dotyczy jedynie dokumentów wydania zewnętrznego („WZ”), gdy jednocześnie spełnione są warunki: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dokument nie został pobrany przez księgowość,</li> <li>- dokument nie jest wydaniem dokonany od strony modułu HIS (wydanie leku).</li> </ul>
1377.	Możliwość cofnięcia zatwierdzenia dokumentu zlecenia wewnętrznego. Funkcjonalność dostępna jedynie dla dokumentów zleceń wewnętrznych, które nie były jeszcze zmieniane, realizowane lub zamknięte przez Aptekę Główną.
1378.	Możliwość wyszukiwania leków wg nazwy chemicznej/międzynarodowej w oknie apteki oddziałowej.
1379.	Przy pokazywaniu dokumentów z poprzedniego okresu obrotowego w Aptece możliwe jest ustawianie okresów obrotowych dla magazynów Aptek Oddziałowych.
1380.	Zablokowana jest możliwość przygotowania lub podania leku, jeżeli okres obrotowy dla magazynu Apteki Oddziałowej jest zamknięty.
1381.	Możliwość wyszukiwania leków wg nazwy chemicznej/międzynarodowej. W zależności od wyboru filtra wyszukiwania będzie odbywało się z wykorzystaniem grupy materiałów lub bez niej.
1382.	Zarządzanie kolumnami na liście materiałów - możliwość dodawania i usuwanie wybranych kolumn, ustalenie kolejności wyświetlania oraz możliwość blokowania.
1383.	Na oknie z listą materiałów możliwość zarządzania kolumnami listy: dodawanie i usuwanie wskazanych kolumn, ustalenie kolejności wyświetlania, możliwość blokowania.
1384.	Możliwość określenia opcji, dla której wyrównywane będą różnice groszowe występujące pomiędzy przyjęciem a wydaniem wszystkich sztuk z serii. Wyrównanie następować będzie przy ostatnim rozchodzie z danej serii i w zależności od parametru dla każdej serii różnice wartości pomiędzy przyjęciem a wydaniem będą lub nie będą korygowane.
1385.	Wprowadzono możliwość wprowadzania do faktury leku wg kodu GTIN (wczytanie leku z czytnika).
1386.	Parametr konfiguracyjny umożliwiający określenie liczby dni, do której system będzie ostrzegał użytkownika jeśli przynajmniej jeden z leków na fakturze posiada wcześniejszy termin ważności. W przypadku, gdy użytkownik będzie chciał zatwierdzić fakturę, w której przynajmniej jeden z leków posiada



	termin ważności wcześniejszy niż wskazana ilość dni, program wyświetli stosowny komunikat (w treści komunikatu będzie wskazana ilość dni z parametru).
1387.	Możliwość grupowania leków psychotropowych, narkotyków i prekursorów na osobnych dokumentach w zleceniach
1388.	Możliwość blokowania/odblokowania danej serii leków z faktury
1389.	Statystyka generująca dane dotyczące rozchodu z uwzględnieniem nr dokumentu i serii
1390.	Funkcjonalność automatycznego i ręcznego odświeżania listy dokumentów na oknie zleceń oddziałowych
1391.	Wprowadzenie zleceń wewnętrznych do zamówienia do hurtowni może odbywać się na dwa poniższe sposoby: <ul style="list-style-type: none"> <li>•korzystając z dodawania pojedynczej pozycji zlecenia wewnętrznego,</li> <li>•przez dodanie grupy zleceń wewnętrznych.</li> </ul>
1392.	Na oknie zamówień do hurtowni możliwość wydrukowania zestawienia dla zamówień na podstawie zleceń wewnętrznych z oddziałów.
1393.	Raport zamknięcia okresu obrotowego podczas zamykania okresu z poziomu apteki.
1394.	Możliwość określenia w konfiguracji rodzaju magazynu: - magazyn nie ma określonego rodzaju, - magazyn „NFZ” – pojawia się jako domyślny przy zleceniu podania leku lub usługi w Poradni jeżeli typ zlecenia oznaczony jest jako „NFZ”, - magazyn „komercja” – magazyn o tym rodzaju pojawia się jako domyślny przy zleceniu podania leku lub usługi w Poradni jeżeli typ zlecenia oznaczony jest jako „komercja”.
1395.	Możliwość dodania zamiennika w trakcie realizacji zlecenia wewnętrznego
1396.	Możliwość automatycznej zamiany leku o zerowym stanie magazynowym na pojedynczy zamiennik, który jest z nim powiązany w trakcie realizacji zlecenia wewnętrznego
1397.	możliwość podglądu wczytanych faktur elektronicznych na oknie faktur (wszystkie wczytane pliki). Pliki można wyszukiwać zarówno po nazwie pliku, jak i faktury, do której utworzenia plik został użyty.
1398.	Możliwość edycji wartości netto, VAT i brutto na korekcie dokumentu przychodu.
1399.	Możliwość edycji wartości netto, VAT i brutto na wprowadzanych dokumentach przychodu.
1400.	Na oknie Apteczki Oddziałowej, na którym wybierane są leki i materiały możliwość ukrycia leków o stanie zerowym (w oknie widoczne są jedynie leki materiały, które są aktualnie dostępne w Apteczce Oddziałowej). Wybór zaznaczony na tym filtrze zostaje zapamiętany - przy ponownym wejściu na okno ustawienie filtra pozostaje w takim stanie, w jakim było podczas poprzedniego użycia.
1401.	Możliwość prowadzenia odrębnych kartoteki dla tych środków ochrony indywidualnej, które po zakończeniu stanu epidemii będą podlegać weryfikacji państwowych organów kontroli (w celu ewidencji asortymentu z rezerw strategicznych dla szpitali sieciowych oraz innych świadczących usługi finansowane ze środków publicznych).
1402.	Na oknie Apteki Głównej dodano możliwość wydania leku na podstawie dokumentu przychodu.
1403.	Możliwość importu kart magazynowych z zewnętrznego pliku. W pliku do importu stanów początkowych możliwość wprowadzenia następujących danych, które po imporcie widoczne będą w kartach magazynowych: - kod EAN (jeżeli pole to jest wypełnione, to import automatycznie wiąże kartę z odpowiednikiem z bazy leków i uzupełnia odpowiednie dane), - znacznik karty monitorowania, - znacznik obsługi podania leku z odpadem, - informacje: pojemność (np. fiołki, butelki itp.), ilość substancji czynnej w pojemniku, ilość substancji czynnej w jednostce objętości (wraz z jednostkami miary), - domyślny sposób podania, - numer katalogowy.
1404.	Na wydruku dokumentu magazynowego dla magazynu prowadzonego wg ceny netto jest widoczna cena jednostkowa netto, a dla magazynu prowadzonego wg ceny brutto widoczna jest cena jednostkowa brutto.
1405.	Jeżeli dla danego raportu statystycznego wybór magazynu nie jest wymagalny, to przy generowaniu raportu system sprawdza, czy wszystkie magazyny w wybranej aptece prowadzone są wg tego samego rodzaju ceny (netto/brutto). Jeżeli w aptece prowadzone są magazyny w różnych cenach, wówczas wyświetlony zostanie komunikat z informacją o konieczności wyboru magazynu.
1406.	Możliwość wyświetlenia protokołu wstrzymania lub wycofania produktu leczniczego/wyrobu medycznego. Użytkownik ma możliwość modyfikacji protokołu. Po zatwierdzeniu protokołu wycofania/wstrzymania

	leku nie ma możliwości modyfikowania informacji z protokołu, ma natomiast możliwość wydrukowania protokołu ponownie.
1407.	Na ekranie głównym Apteki widoczna jest informacja o liczbie oczekujących zleceń (liczba zatwierdzonych zleceń oddziałowych o statusie „nowe” z ostatnich 30 dni; zlecenia w trakcie realizacji, zrealizowane i anulowane nie są ujmowane).
1408.	Na oknie dodawania/edycji umowy pole umożliwiające wprowadzenie numeru postępowania.
1409.	Na oknie z listą faktur wyświetlana jest kolumna z cenami netto i brutto z umowy.
1410.	Możliwość skopiowania karty magazynowej dla leków, które nie są powiązane z bazą leków. Po skopiowaniu otwarta zostanie do edycji karta magazynowa z danymi kopiowanego leku (do nazwy zostanie dodany wyróżnik, np. słowo "kopia).
1411.	W oknie faktur możliwość wstrzymania części dostawy (określonej ilościowo części z danej serii leku lub całej serii).
1412.	Na oknie karty leku możliwość wyboru nazwy międzynarodowej ze słownika nazw. Słownik definiowany jest przez użytkownika, zawiera kod APTNM, natomiast użytkownik uzupełnia opis. Numeracja pozycji słownika nadawana jest automatycznie, ale użytkownik ma możliwość jej zmiany.
1413.	Podczas przyjmowania leku recepturowego na stan apteki możliwość podglądu stanów dla magazynu, na którym tworzony jest lek recepturowy. Pokazane są jedynie te leki, które są dostępne.
1414.	Możliwość wygenerowania zestawienia przychodów i rozchodów asortymentu z oznaczeniem „Covid-19” za dany okres czasu (wg daty przyjęcia na Aptekę Główną) oraz zestawienia bieżących stanów magazynowych asortymentu z oznaczeniem „Covid-19” dla wybranej Apteki lub dla wszystkich Aptek.
1415.	Funkcjonalność automatycznego wydania zamiennika leku przy realizacji zlecenia wewnętrznego. Automatyczne wydanie zamiennika następuje jedynie wtedy, gdy leku wskazanego w zleceniu wewnętrznym nie ma na stanie Apteki Głównej, dla tego leku przypisany został tylko jeden zamiennik oraz nie zdefiniowano ręcznie serii do wydania.
1416.	Możliwość skopiowania karty magazynowej dla leków, które są powiązane z bazą BAZYL. Skopiowana karta jest dostępna w trybie edycji, należy wybrać z bazy BAZYL lek, z którym ma być powiązana ta karta i odpowiednio zmienić dane przed jej zapisaniem.
1417.	Na oknie z listą materiałów istnieje filtr, po którego zaznaczeniu widoczne są tylko materiały, które ujęte są w obowiązujących umowach.
1418.	Możliwość utworzenia i wygenerowania raportu o podjętych działaniach zabezpieczających w sprawie wstrzymania/wycofania z obrotu produktu leczniczego/wyrobu medycznego. Po wskazaniu wstrzymanej pozycji dokumentu (faktury lub dokumentu przychodu) i wygenerowaniu dla niej raportu o działaniach zabezpieczających użytkownik wybiera odbiorców do zawiadomienia (z listy aptek oddziałowych, do których została przekazana wstrzymana seria).
1419.	Możliwość zmiany serii leku na dokumencie rozchodu - przy wybieraniu serii leku możliwość pokazania serii z inną umową lub brakiem umowy. Funkcjonalność umożliwia zmianę serii powiązanej z umową na serię powiązaną z inną umową lub niepowiązaną.
1420.	Na oknie z listą faktury możliwość filtrowania dokumentów po dacie wystawienia. Wybór daty może się odbywać za pomocą dostępnego kalendarza lub przez wpisanie odpowiedniej daty w pole. Możliwe jest także usunięcie filtrowania i powrót do wyświetlenia wszystkich faktur niezależnie od daty wystawienia.
1421.	Możliwość ukrywania leków bez dostępności na oknach Apteki Głównej i Aptek Oddziałowych. W zależności od konfiguracji system będzie ukrywał tylko pozycje o wartościach zerowych, albo pozycje, których stan jest równy zero oraz również te leki i materiały, które nie są dostępne.
1422.	Możliwość wyboru zamiennika leku podczas przyjęcia pozafakturowego leku z umowy. Po wybraniu aktywnej pozycji umowy i wskazaniu "Użyj zamiennika" system prezentuje listę zamienników zdefiniowane dla wybranego leku. W polu "Ilość" widoczna jest odpowiednio przeliczona ilość zamiennika pozostająca do zrealizowania w ramach umowy. Po wybraniu i zatwierdzeniu dokumentu przyjęcia uaktualniona zostaje realizacja umowy.
1423.	Przy zakładaniu karty magazynowej dostępna jest możliwość wprowadzenia tego samego kodu EAN. W przypadku wpisania do karty materiałowej kodu EAN który posiadają już inne karty magazynowe pojawi się ostrzeżenie z informacją o indeksach i nazwach materiałów które posiadają już ten sam kod EAN. Przy zapisie tego typu kart magazynowych pojawi się ostrzeżenie z informacją o indeksie i nazwie pozycji materiału który posiada identyczny kod EAN.

1424.	System sprawdza, czy nazwa pozycji materiałowej w przypadku kartotek z tym samym kodem EAN jest niepowtarzalna. W przypadku, gdy wpisywana nazwa i kod EAN jest identyczny z już istniejącą pozycją, pojawi się komunikat blokady zapisu informujący, że już istnieje identyczna pozycja indeksowa.
1425.	Na oknach Apteki Głównej, Aptek Oddziałowych i generowania faktur możliwość drukowania zestawienia wstrzymanych serii. Po zaznaczeniu na oknie faktur wstrzymanej pozycji, a następnie użyciu przycisku drukowania wygenerowane zostaje zestawienie wstrzymanych serii leków dla tej faktury. Drukowanie z poziomu okien Apteki spowoduje wygenerowanie zestawienia wstrzymanych serii leków dla wybranej Apteki i Magazynu.
1426.	Możliwość włączenia i wyłączenia komunikatów ostrzeżeń i blokad dla umowy oraz zamówienia do hurtowni i faktury do niej wystawionych. System umożliwia określenie progowej wartości brutto dla ostrzeżeń do bieżącej umowy, zamówień do hurtowni i faktur do niej wystawianych oraz progowej wartości brutto dla blokady do bieżącej umowy oraz dla ostrzeżeń do zamówień do hurtowni i faktur do niej wystawianych.
1427.	W przypadku wprowadzenia zamiennika dla pozycji faktury system automatycznie wstawi odpowiednią wartość w pole „cena z umowy” (wyliczoną jako cena z umowy razy mnożnik zamiennika), zaznaczając to pole (np. kolorem) oraz wyzeruje wszystkie pola z wartością i ceną jednostkową. Dodatkowo po zapisie na oknie faktury w odpowiedniej kolumnie system zmieni cenę netto i brutto umowy, zaznaczając je (np. kolorem). W przypadku gdy wartość wprowadzona w pole „cena”: <ul style="list-style-type: none"> <li>• różni się od ceny wprowadzonej w umowie - zostanie wyświetlony alert (np. . w formie symbolu);</li> <li>• różni się od ceny wprowadzonej w zamówieniu do hurtowni - w dolnej części wiersza zostanie wyświetlony alert np. . w formie symbolu).</li> </ul>
1428.	Na oknie edycji zlecenia wewnętrznego możliwość wyboru magazynu, z którego mają zostać wydane pozycje oraz zmiany daty przekazania na wcześniejszą.
1429.	Możliwość ponownego sprawdzenia rekordów pod kątem autentyczności leków bez konieczności ponownego skanowania lub ręcznego wprowadzania danych - możliwość skopiowania zaznaczonych rekordów.
1430.	Możliwość skonfigurowania domyślnego sposobu wydawania z receptariusza dla zlecenia wewnętrznego: wg daty ważności (podczas realizacji wydawane są serie w kolejności o tych z najkrótszą datą ważności; jeżeli w Aptece Głównej znajduje się kilka serii z tą samą datą ważności, wówczas są one wydawane w kolejności od najwcześniejszej przyjętej) lub wg daty przyjęcia (podczas realizacji wydawane są serie w kolejności tych z najwcześniejszą datą przyjęcia; jeżeli w Aptece Głównej znajduje się kilka serii z tą samą datą przyjęcia, wówczas są one wydawane w kolejności od tych z najkrótszą datą ważności).
1431.	Możliwość włączenia/wyłączenia (konfiguracja) Apteki tak, by można było wydawać serie tylko z pełnych opakowań. Stosownie do konfiguracji jeżeli podczas zlecenia wewnętrznego miałyby zostać wydane niepełne opakowanie, pojawi się komunikat: "lek już ma otwarte opakowanie, lek dostępny w ilości ..."
1432.	Funkcjonalność korekty faktury z rozbiem ilości pozycji, umożliwiającą wykonanie korekty faktury w sytuacji, gdy trzeba rozbić pozycję faktury na dwie pozycje przyjęte w różnych cenach.
1433.	Na ekranie zlecenia badania obrazowego z poziomu RIS wymagalność wyboru umowy dla typów wizyty innych niż NFZ.
1434.	Na oknie receptur możliwość pokazania tylko kart archiwalnych leków.
1435.	Na oknie pozycji faktury dodana możliwość "zapisz i kopiuj" - pozycja zostaje dopisana do faktury, a następnie na nowo otwartym oknie pozycji faktury są dane dodanej przed chwilą pozycji (za wyjątkiem ilości handlowej).
1436.	Możliwość oznaczenia magazynu jako magazynu leków powierzonych. Możliwość generowania faktur zewnętrznych jedynie dla magazynów oznaczonych jako "magazyn leków powierzonych". Jednocześnie dla faktury, która nie jest oznaczona w konfiguracji jako "faktura zewnętrzna" nie jest możliwe wybranie magazynu określonego jako "magazyn leków powierzonych".
1437.	Podczas wczytywania listy leków dla chemioterapii lub programów lekowych są one wiązane z kartami leków po kodzie EAN. Jeżeli lek jest powiązany z listą leków z NFZ, wówczas na oknie materiałów jest on oznaczony (wyróżniony).
1438.	Możliwość przypisania do Apteki Oddziałowej magazynu odpadów. Po takim przypisaniu przy wydawaniu leków z odpadem na oddziale szpitalnym, odpad zostanie automatycznie przekazany na wskazany magazyn odpadów. Jeżeli do Apteki Oddziałowej nie został przypisany magazyn odpadów, wówczas odpad przekazywany jest na magazyn odpadów oznaczony jako magazyn domyślny.
1439.	Możliwość przypisania kontrahenta wewnętrznego do typu dokumentu zamówienia do hurtowni. Dla typów dokumentów zamówień do hurtowni, dla których wskazany jest kontrahent wewnętrzny, na

	wydruku ) widoczne są dane wybranego kontrahenta wewnętrznego. Jeżeli dla typu dokumentu zamówienia kontrahent nie został wskazany, wówczas na wydruku zamówienia jako "zamawiający" widoczne są dane jednostki.
<b>1440.</b>	<b>Statystyka, sprawozdawczość, rozliczenia</b>
1441.	Przy filtrowaniu punktów kontraktowych do wysyłki komunikatem SWIAD możliwość określenia kilku produktów naraz - można je wpisać ręcznie (np. po przecinku) w polu wyszukiwania lub wybierać po kolei (np. w podpowiedziach pod prawym przyciskiem myszy).
1442.	Możliwość ewidencjonowania umów zawartych z oddziałami NFZ.
1443.	Możliwość wczytania i powtórne wczytania umów.
1444.	Podczas importu umowy, ponownego wczytania umowy lub aneksu do umowy możliwość wyboru świadczeniodawców wprowadzonych w konfiguracji systemu.
1445.	Możliwość importu deklaracji z funkcjonalnością tworzenia logu podczas tego importu.
1446.	Przy wczytywaniu umowy NFZ system wczytuje dodatkowo informację, czy jest to umowa w ramach PSZ. Jeśli tak, to rachunki bez szablonu z takiej umowy będą się generować z typem „15”.
1447.	Możliwość ręcznego dopisania jednostki miary do konkretnej pozycji na fakturze.
1448.	Funkcjonalność obliczania terminu płatności na podstawie daty wystawienia sprawozdania, z uwzględnieniem ilości dni na płatność w konfiguracji umowy.
1449.	System prowadzi i monitoruje kolejki oczekujących na wykonanie procedur medycznych zgodnie z wymaganiami prawa.
1450.	System generuje sprawozdania ze stanu kolejek oczekujących zgodnie z wymaganiami NFZ.
1451.	System umożliwia wysyłkę do Centralnej Kolejki Oczekujących (AP-KOLCE).
1452.	System umożliwia obsługę faktur zakupowych wraz z informacją o ilości dostępnej substancji leku z faktury i jej wykorzystaniu.
1453.	Możliwość wyświetlania listy faktur wg roku i miesiąca wystawienia faktury zakupowej.
1454.	Jeżeli w programie/module aptecznym była dodawana faktura na leki z programów lekowych, wówczas system automatycznie utworzy w oknie z listą faktur wpis nowej faktury zakupowej ze statusem „do wysyłki”.
1455.	System spełnia wymogi prawne dotyczące rozliczeń świadczeń i umów w służbie zdrowia.
1456.	Generowanie sprawozdań do systemów rozliczeniowych płatników świadczeń w formatach wymaganych przez NFZ.
1457.	Generowanie wydruków do sprawozdań (sprawozdawczość wymagana przez NFZ).
1458.	Przechowywanie informacji o strukturze organizacyjnej zakładu.
1459.	Możliwość powiązania struktury organizacyjnej zakładu z kontraktem NFZ (możliwość wskazania, która jednostka organizacyjna w Zakładzie odpowiada jednostkom z kontraktu NFZ).
1460.	Automatyczne tworzenie raportu dla NFZ na podstawie wprowadzonych danych w gabinetach i na oddziałach.
1461.	Automatyczna zmiana koloru czcionki umowy na czerwony po zacytaniu paczki z odpowiedziami dla umów, dla których można wystawić rachunek.
1462.	Podgląd limitów oraz sumy punktów zaplanowanych zabiegów w poszczególnych miesiącach dla umów NFZ w trakcie planowania zabiegów rehabilitacyjnych.
1463.	Możliwość stworzenia wykresów słupkowych odzwierciedlających stan wykorzystania świadczeń w stosunku do limitów NFZ na oferowane świadczenia.
1464.	Automatyczne wyznaczanie cykli zabiegowych dla NFZ (rehabilitacja).
1465.	Rozliczenie usług/badań z NFZ według obowiązujących zarządzeń Prezesa NFZ, Rozporządzeń i Ustaw Ministra Zdrowia.
1466.	Możliwość wyświetlenia anulowanych dokumentów rozliczeniowych (filtr pozwalający na pokazanie anulowanych dokumentów).
1467.	Gruper, który na podstawie danych wprowadzonych podczas wizyty potrafi wskazać pozycję rozliczeniową z katalogu NFZ. Dostęp do Grupera jest lokalny, tzn. nie wymaga zewnętrznego łącza internetowego.
1468.	Raporty pozwalające na bieżąco śledzić stan realizacji umowy.
1469.	Możliwość nadania drugiego statusu (innego niż z NFZ) dla produktu już rozliczonego.
1470.	Możliwość zmiany wersji wysyłki.
1471.	Zmiana statusu produktu z wyszczególnieniem zakresu dat, umowy, produktu oraz wyróżnika.
1472.	Możliwość uzupełniania ręcznie wyróżnika w oknie przeglądu produktów.
1473.	Wyświetlanie realizatora dla oddziałów w oknie przeglądu produktów.

1474.	Wybór danych do eksportu - z podziałem na: <ul style="list-style-type: none"> <li>• deklaracje POZ,</li> <li>• zbiorczy POZ,</li> <li>• kolejki oczekujących,</li> <li>• faktury zakupowe,</li> <li>• rozliczenia,</li> <li>• świadczenia.</li> </ul>
1475.	Opcja eksportu danych z możliwością zastosowania filtra dla błędnych rekordów.
1476.	Możliwość generowania danych do eksportu według: <ul style="list-style-type: none"> <li>• umowy,</li> <li>• produktu,</li> <li>• wyróżnika,</li> <li>• zakresu dat.</li> </ul>
1477.	Możliwość importu umów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz aneksów.
1478.	Generowanie sprawozdań takich jak: ZD3, MZ-11, CZP, MZ-13, MZ-15, MZ-19, MZ-29, MZ-29A, MZ-55.
1479.	Możliwość wygenerowania eksportu karty statystycznej za miesiąc, kwartał, półrocze lub rok w zależności od wskazanego filtra.
1480.	Możliwość zakładania sprawozdań oraz tworzenia rachunków wysyłanych do NFZ.
1481.	Na fakturach i rachunkach do NFZ możliwość wprowadzenia daty usługi. Wprowadzana data musi być zgodna z miesiącem i rokiem wystawianego rachunku. W przypadku gdy pole nie jest uzupełnione, wydruk zostaje uzupełniony o ostatni dzień miesiąca.
1482.	Przy zakładaniu na ekranie sprawozdań nowego sprawozdania możliwość wskazania umowy z listy, określenia daty i rodzaju sprawozdania.
1483.	Dla sprawozdania możliwość wyświetlenia okna zakresem świadczeń zawartych w danej umowie z możliwością zobaczenia wszystkich zakończonych i zamkniętych przez lekarzy świadczeń.
1484.	Możliwość przypisywania rachunków /faktura, korekta/ do danego sprawozdania.
1485.	Jeżeli po wymianie danych z NFZ istnieje w systemie szablon faktury, który można już założyć do danego sprawozdania, wówczas numer umowy tego sprawozdania będzie w systemie zaznaczony kolorem.
1486.	Możliwość wyeksportowania faktury do zewnętrznego pliku i przeniesienia do strony udostępnionej przez NFZ do obsługi rachunków.
1487.	Możliwość wydruku faktury, jeżeli w danym województwie wymagana jest ona w formie pisemnej.
1488.	Generowanie sprawozdań dotyczących świadczeń udzielonych pacjentom POZ spoza gminy.
1489.	Możliwość generowania sprawozdań z rozliczenia umowy na dwa sposoby: <ul style="list-style-type: none"> <li>• generowane są tylko sprawozdania, które zawierają jakieś pozycje,</li> <li>• generowane są również puste sprawozdania.</li> </ul>
1490.	Możliwość filtrowania sprawozdań według umowy, roku i miesiąca.
1491.	Tworzenie statystyki dotyczącej wykonań umów z wybranego zakresu dat z możliwością zarządzania sposobu wyświetlania danych w statystyce: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filtr słów do wyszukiwania w sprawozdaniu frazy wpisanej przez użytkownika (zastosowanie filtru powoduje ograniczenie listy wyników tylko do rekordów zawierających wpisaną frazę),</li> <li>• Grupowanie danych w sprawozdaniu wg kilku kolumn poprzez wskazanie kolumn techniką drag&amp;drop (możliwe jest określenie kolejności grupowania po poszczególnych kolumnach: która kolumna będzie użyta do grupowania jako pierwsza, która jako druga itd.)</li> <li>• Podgląd i wydruk statystyki,</li> <li>• Opcje zaznaczania, kopiowania i eksportu danych ze sprawozdania,</li> <li>• Wybieranie wskazanych rekordów / wszystkich rekordów,</li> <li>• Kopiowanie do schowka danych wg ich zaznaczenia,</li> <li>• Eksport statystyki do pliku CSV,</li> <li>• Formatowanie czcionki statystyki (możliwość wyboru kroju czcionki i jej rozmiaru z odpowiednią natychmiastową zmianą na podglądzie i wydruku statystyki).</li> </ul>
1492.	Możliwość wysyłki wygenerowanych wydruków drogą mailową - funkcjonalność do wykorzystania wykorzystana np. w przypadku generowania sprawozdań przekazywanych do określonych instytucji (np. MZ-55) za pomocą modułu statystycznego.
1493.	Przeliczanie wszystkich kolejek.
1494.	Przeliczanie wybranej kolejki i wysłanie jej do NFZ.
1495.	Możliwość ograniczenia wysyłki danych do konkretnej umowy i produktu.

1496.	Możliwość wybrania wyróżnika, roku i miesiąca za jaki mają być wysłane dane.
1497.	Możliwość zmiany przez osobę uprawnioną statusu produktów, np. już raz wysłanych.
1498.	Możliwość zmiany wersji wysyłania danych do NFZ (dotyczy przesyłania „paczek” z poprzednich lat, gdy obowiązywała inna wersja).
1499.	Możliwość importu kodów terytorialnych.
1500.	Walidacja kolejek.
1501.	Informacja o błędach w kolejce.
1502.	Podgląd listy pacjentów oczekujących w kolejce.
1503.	Wyszukiwanie pacjenta po numerze PESEL.
1504.	W module NFZ na ekranie statusu produktów oraz na ekranie sprawozdań możliwość wyszukiwania pacjenta po identyfikatorze pozycji rozliczeniowej.
1505.	Filtrowanie rekordów pacjentów z błędem w kolejce.
1506.	Możliwość nadania kodu skreślenia dla wybranego pacjenta lub dla wszystkich rekordów.
1507.	Filtrowanie rekordów z uwzględnieniem 3-miesięcznego okresu oczekiwania w kolejce.
1508.	Przygotowywanie faktur zakupowych z możliwością podglądu wykorzystania substancji czynnej.
1509.	System umożliwia podgląd informacji o błędzie przesłanej z NFZ.
1510.	Możliwość eksportowania do pliku CSV lub HTML danych o świadczeniach.
1511.	Możliwość konfiguracji rozliczeń z wieloma oddziałami NFZ.
1512.	Możliwości definiowania konta bankowego na umowę.
1513.	Na oknie faktur zakupowych, umożliwiającym wybór faktury pierwotnej, istnieje pole wyszukiwania umożliwiające przeszukanie listy po numerze „Lp.” oraz po numerze faktury.
1514.	Możliwość rozliczania TISS tylko dla zamkniętych hospitalizacji.
1515.	Możliwość ustawienia konfiguracyjnego sposobu rozliczania TISS - przeliczanie TISS tylko dla pacjentów wypisanych. Możliwość wybrania z listy tych pacjentów, dla których można przeliczyć TISS w wybranym zakresie czasu (funkcja umożliwia wybranie dowolnej liczby pacjentów z tej listy).
1516.	Na ekranie prezentującym pozycje sprawozdania oraz przegląd produktów możliwość użycia filtra ukrywającego pozycje zerowe. Po zaznaczeniu znacznika „bez zerowych” są wyświetlane wyłącznie produkty o ilości większej niż 0.
1517.	cda
1518.	W przypadku wystąpienia więcej niż jednego współczynnika korygującego w świadczeniach szpitalnych z Grupera są one dodawane.
1519.	Na ekranie z pozycjami sprawozdania oraz przeglądu produktów system posiada filtr umożliwiający ukrycie pozycji zerowych. Po użyciu filtra wyświetlone są wyłącznie produkty o ilości większej niż 0.
1520.	Rozróżnianie umów - czy są podstawową, czy też należą do innego świadczeniodawcy rozliczającego się w jednym systemie.
1521.	Możliwość przypisania umowy do kolejnej jednostki świadczącej usługi.
1522.	Możliwość zaimportowania pozycji z wybranej grupy do umowy. W oknie definicji umowy/programu/polisy możliwość wskazania odpowiedniej grupy z listy.
1523.	W poradniach o kodach resortowych 1458 oraz 1244 blokada możliwości automatycznej wysyłki AP-KOLCE. Kontrola poprawności wysyłki pod kątem wymagania wprowadzenia procedury 60002.
1524.	W ramach wysyłki korekt do faktur zakupowych wysyłane są tylko faktury pierwotne. Jeśli do faktur zostały podpisane korekty, wysyłane zostają wartości z najnowszych korekt. W przypadku wyboru pozycji z faktury na produkcie, pokazane zostaną tylko faktury pierwotne, a walidacje na dostępną ilość robione są na podstawie najnowszej korekty podpisanej do danej faktury pierwotnej.
1525.	W wyniku wyszukiwania faktury zakupowej pojawiają się również wszystkie korekty do wyszukanej faktury.
1526.	W celu usprawnienia wprowadzania korekty podczas jej wprowadzania automatycznie przypisują się pozycje z faktury pierwotnej lub z najnowszej korekty. Numer pozycji na korekcie jest taki sam, jak na fakturze pierwotnej.
1527.	Możliwość eksportu faktur i ich korekt związanych z rozliczeniami z NFZ do systemu Sage Symfonia.
1528.	Na oknie wyświetlającym pozycje sprawozdania funkcja pozwalająca na usunięcie wybranych (zaznaczonych) pozycji ze sprawozdania.
1529.	Na ekranie z listą pozycji sprawozdania możliwość wyświetlenia informacji o stanowisku pacjenta oraz rodzaju badania (3), które zostały wprowadzone w oknie rejestracji pacjenta (informacje przydatne dla sprawozdań z umów z Medycyny Pracy).

1530.	Obsługa współczynnika korygującego, obsługiwane przez kod specjalnego rozliczenia K02. Na ekranie przeglądu produktów przy poprawianiu produktu system pyta o dwa współczynniki wykorzystywane przy warunku skrócenia kolejki: K01 i K02.
1531.	Możliwość oznaczenia dokumentów rozliczeniowych jako objęte mechanizmem podzielnej płatności (split payment). Podczas generowania dokumentów które powinny zostać objęte podzielną płatnością, użytkownik zaznacza opcję „podzielna płatność”. Odpowiedni znacznik jest umieszczany na dokumentach faktury komercyjnej, korekty faktury komercyjnej, faktury rozliczeniowej zaliczki.
1532.	W przypadku zmiany wyróżnika, program sprawdza również kod produktu na danym wyróżniku oraz jego cenę. Jeśli przynajmniej jedna z tych danych będzie różna, system odpowiednio zaktualizuje kod/cenę produktu. Wybrany kod jest aktualizowany tylko w przypadku gdy wizyta jest w jednostce o kodzie technicznym odpowiednim do znalezionej produktu.
1533.	System umożliwia wygenerowanie wybranego rachunku, a następnie wysłanie go mailem na portal świadczeniodawcy (pobierane są takie same dane jak w konfiguracji formatu otwartego).
1534.	System posiada parametr konfiguracyjny pozwalający określić sposób numeracji dokumentów NFZ. W zależności od wartości parametru numeracja brana będzie z daty sprawozdania lub daty wystawienia.
1535.	Możliwość usunięcia dokumentu finansowego. Nie ma możliwości usunięcia dokumentu które nie jest ostatnim w danym typie zgodnie z konfiguracją numeracji dokumentu, jest zatwierdzony lub został zafiskalizowany. Dla dokumentu nie spełniającego wymagań, system wyświetli odpowiedni komunikat informacyjny.
1536.	Możliwość pobrania danych kontrahenta z GUS (integracja z GUS).
1537.	Możliwość wczytywania słownika kodów dodatkowego uprawnienia ze strony NFZ
1538.	Podczas edycji harmonogramu możliwość uzupełnienie daty ostatniej oceny (używana w komunikatach LIO CZ oraz AP-KOLCE). Przy tworzeniu nagłówka harmonogramów za kolejny miesiąc data oceny będzie skopiowana z wpisu w poprzednim miesiącu.
1539.	Możliwość wygenerowania rozliczenia JPK (Jednolity Plik Kontrolny) w systemie medycznym - możliwe jest przygotowanie i wysyłka wygenerowanego dokumentu.
1540.	Opcja automatycznego przeliczania rachunku do ustawionych limitów
1541.	Funkcjonalność ustawienia faktury NFZ do limitu z umowy - możliwość uzupełnienia do maksymalnej ilości wynikającej z limitu na umowie.
1542.	Podpowiadanie wolnego terminu w kolejkach na podstawie przeliczonej kolejki, na podstawie kalendarzy NFZ lub na podstawie pierwszorazowych grup kalendarzy NFZ. Dla podpowiadania terminu na podstawie przeliczonej kolejki nastąpi wyznaczenie podpowiedzi terminu na podstawie wizyt (maksymalna data z wizyt nie zakończonych dla danego harmonogramu).
1543.	W systemie istnieje możliwość wygenerowania wykazu faktur za okres z rozbiem na grupy materiałowe.
1544.	Na liście historii chorób i ich statusów możliwość filtrowania informacji m.in. po datach przyjęcia i wypisu, trybie przyjęcia i wypisu, jednostce, rozpoznaniu głównym i współistniejących, umowie, produkcie kontraktowym, punkcie jednostkowym, statusie (aktualne/archiwalne), przyczynie skreślenia, personelu przypisanym do pacjenta.
1545.	Obsługa bazy pacjentów poradni, zakładu, pracowni.
1546.	Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów (min. nazwisko, PESEL, ID Wewnętrzny).
1547.	Możliwość automatycznego numerowania pacjentów w Księdze Głównej.
1548.	Przegląd danych archiwalnych pacjenta danych z poszczególnych pobytów szpitalnych, wizyt w zakładach diagnostycznych, wyników badań i wizyt w poradniach.
1549.	Potwierdzenia wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności danych.
1550.	Możliwość wygenerowania / wydruku Karty Statystycznej.
1551.	Możliwość wygenerowania / wydruku zaświadczenia o pobycie w szpitalu.
1552.	Możliwość wygenerowania / wydruku Karty Zakażenia Szpitalnego.
1553.	Możliwość wygenerowania / wydruku Księgi Głównej.
1554.	Możliwość wygenerowania / wydruku skorowidza alfabetycznego do Księgi Głównej.
1555.	Obsługa Księgi Oczekujących (kolejki oczekujących).
1556.	Obsługa Księgi Poradni.
1557.	Obsługa Księgi Pracowni Diagnostycznej.
1558.	Obsługa Księgi Zabiegowej.
1559.	Obsługa Księgi Odmów.
1560.	Elektroniczna komunikacja z NFZ.

1561.	Możliwość potwierdzenia przez lekarza zakończenia wizyty lekarskiej wraz ze sprawdzeniem kompletności danych dotyczących pacjenta i wykonanych świadczeń.
1562.	Czas oczekiwania (planowany i rzeczywisty) na poszczególne świadczenia w szpitalu (dane z list oczekujących).
1563.	Na korekcie dokumentu rozliczeniowego możliwość zaznaczenia znacznika umożliwiającego wyzerowanie ilości wszystkich pozycji dokumentu. Znacznik będzie aktywny wyłącznie w przypadku korekt, które nie zostały zatwierdzone przez jakiegokolwiek użytkownika. Podczas wykonania korekty zwrotu opłaty za niewykonanie usługi system wyświetli komunikat z prośbą o potwierdzenie. W przypadku potwierdzenia nastąpi wyzerowanie ilości wszystkich pozycji dokumentu korekty.
1564.	Możliwość włączenia/wyłączenia sumowania wydań w zbiorczym zestawieniu przychodów i rozchodów, umożliwiający określenie sposobu generowania statystyki. Domyślnie system winien być ustawiony tak, by w części wykazu wydań pojawiał się dokładny podział na dane dokumenty wydania.
1565.	Możliwość ręcznego wprowadzenia kodu EAN na pozycji faktury zakupowej, gdy pozycja nie jest wprowadzona na podstawie słownika NFZ.
1566.	Możliwość oznaczenia wymagalności podania lekarza kierującego podczas rejestracji pacjenta na wizytę. Wówczas przy próbie rejestracji na wizytę jeśli została wskazana umowa z wymagalnością podania lekarza kierującego, system wymagać będzie podania lekarza kierującego. Jeśli nie został on wprowadzony, zostanie wyświetlony komunikat uniemożliwiający zapisanie wizyty i wykonanie rejestracji.
1567.	Możliwość dodania statystyki w formie zapytania SQL lub import pliku z zapytaniem.
1568.	Na ekranach realizacji zamówienia na dokumentację EDM informacja o tym czy dany dokument został podpisany elektronicznie (z wyświetleniem jego statusu podpisu).
<b>1569.</b>	<b>Komercja i rozliczenia komercyjne</b>
1570.	Prowadzenie cenników usług komercyjnych udzielanych w poradniach, na oddziałach i na bloku operacyjnym/porodowym, z uwzględnieniem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• czasu obowiązywania cen,</li> <li>• miejsca udzielania świadczenia,</li> <li>• lekarza udzielającego świadczenia,</li> <li>• akcji (zniżek) promocyjnych.</li> </ul>
1571.	Podczas dodawania promocji w tym samym zakresie czasu dla tych samych usług system wyświetla komunikat informujący o konieczności modyfikacji promocji oraz pozwala na zapis wprowadzanej pozycji. System nie pozwoli zapisać promocji w przypadku, gdy istnieje promocja w podobnym zakresie czasu z aktywną opcją „dla wszystkich pozycji cennika”.
1572.	Obsługa płatności przed lub po udzieleniu świadczenia.
1573.	Wystawianie paragonów lub faktur. Faktura dla pacjenta zawiera wszystkie pozycje kosztowe, które złożyły się na sumę wyceny (leki, badania, zabiegi, usługi).
1574.	Obsługa zaliczek.
1575.	Pozycje kosztowe w ramach wizyty prywatnej mogą zostać dodane lub zmienione na oknie rejestracji wizyty lub okna opisu przebiegu wizyty.
1576.	Możliwość wykluczenia wskazanej usługi z rozliczenia.
1577.	Umożliwienie (ewidencja) płatności za pomocą gotówki, karty płatniczej, bonów Sodexho, bonów upominkowych.
1578.	Umożliwienie (ewidencja) płatności poprzez przedpłatę realizowaną na 14 dni tygodnie przed zabiegiem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• z rozliczeniem końcowym po zakończeniu pobytu szpitalnego,</li> <li>• z uiszczeniem pozostałej kwoty bezpośrednio przed zabiegiem oraz wystawieniem po pobycie szpitalnym korekty w razie konieczności wykonania usług innych niż wcześniej zaplanowane).</li> </ul>
1579.	Obsługa umów z towarzystwami ubezpieczeniowymi lub innymi firmami o podobnym charakterze.
1580.	Ewidencja parametrów umów (czas obowiązywania, lista usług, cennik).
1581.	Skojarzenie pozycji cennika ubezpieczeniowego z pozycjami cennika komercyjnego - lekarz realizujący świadczenie wybiera rodzaj usługi z cennika firmy zewnętrznej, na fakturze widnieją tylko te pozycje cennika, które dana firma akceptuje.
1582.	Obsługa pakietów abonamentowych (możliwość wykonania określonej liczby danego świadczenia w ciągu określonego czasu).
1583.	Obsługa ubezpieczeń częściowych i kosztów dzielonych z uwzględnieniem przypadków: <ul style="list-style-type: none"> <li>• firma płaci część ceny wg swojego cennika, pozostałą część płaci pacjent,</li> <li>• pacjent ma określoną zniżkę od ceny komercyjnej, płacąc % ceny komercyjnej. Jeśli kwota, którą</li> </ul>



	zapłacił, pokrywa cenę z cennika firmy ubezpieczeniowej, to firma ta nie dopłaca; jeśli ta kwota jest niższa od ceny z cennika firmy, to firma dopłaca różnicę.
1584.	Obsługa pakietów abonentowych przysługujących kilku osobom (dzieciom, współmałżonkom).
1585.	Możliwość określenia rabatów dla świadczeń zrealizowanych ponad wyznaczone progi.
1586.	Możliwość rabatowania od jednej faktury lub od sumy wszystkich faktur dla danej firmy.
1587.	Możliwość określenia dla każdej pozycji cennika w ramach umowy limitu wykonywania świadczeń.
1588.	Podczas rozliczenia możliwość kopiowania cen z ograniczenia lokalizacji. Jeżeli w cenniku ogólnym została wprowadzona modyfikacja cen, możliwe jest kopiowanie cen ze zaktualizowanej pozycji cennika.
1589.	Obsługa stosowania indywidualnych cen (reklamacje, osoby VIP) poprzez możliwość modyfikacji standardowej kwoty.
1590.	Możliwość oznaczenia sposobu działania w razie przekroczenia limitu (blokada wykonywania kolejnych usług / rozliczanie po stawkach z cennika umowy głównej).
1591.	Możliwość przypisania do rekordu pacjenta numeru jego karty abonentowej, wydanej przez firmę zewnętrzną.
1592.	Oznaczenie wizyty pacjenta jako realizowanej w ramach danego abonamentu i cennika.
1593.	Oznaczenie faktu zweryfikowania prawa pacjenta do abonamentu w towarzystwie ubezpieczeniowym.
1594.	Prezentacja w Rejestracji kwot za realizację usług do tych, jakie wynikają z odpowiedniej umowy i które pacjent musi pokryć.
1595.	Rozliczenie z ubezpieczycielami umów w zależności od rodzaju zawartej umowy, z możliwością rozbicia rozliczenia dla każdej z lokalizacji osobno lub zbiorczo dla wszystkich placówek.
1596.	Tworzenie zestawienia wykonanych usług w ramach danej umowy (informacje o pacjentach oraz usługach wykonanych na ich rzecz w danym okresie czasowym dla firmy, z którą zawarta jest umowa).
1597.	Blokowanie możliwości zmian tych elementów wizyty pacjenta, które wpływają na rozliczenie i wystawione dokumenty finansowe (po wygenerowaniu zestawienia rozliczeniowego tylko użytkownik o specjalnych uprawnieniach posiada prawo wprowadzania dokumentów korygujących).
1598.	Uwzględnienie w rozliczeniach informacji o rabatach należnych po przekroczeniu określonej kwoty za świadczenia miesięczne (progi rabatowe).
1599.	Możliwość szybkiego filtrowania tych umów, dla których w danym miesiącu nie zostało wykonane rozliczenie i wystawiona faktura.
1600.	Możliwość pokrywania kilku pozycji medycznych (np. zabieg i związana z nim doba pobytowa) jedną pozycją kosztową - pozycje medyczne rejestrowane są pod jedną pozycją kosztową.
1601.	Obsługa pakietów usług Szpitala (abonamentów długookresowych, pakietów do jednorazowego wykorzystania), opisanych przez: <ul style="list-style-type: none"> <li>• usługi wykonywane w ramach pakietu,</li> <li>• limity usług wykonywane w ramach pakietu,</li> <li>• okres obowiązywania,</li> <li>• koszt wykonania usługi realizowanej w limicie,</li> <li>• koszt wykonania usługi poza limitem,</li> <li>• dodatkowe osoby objęte pakietem (np. współmałżonek, dziecko).</li> </ul>
1602.	Obsługa wielu pakietów usług wykupionych przez jednego pacjenta.
1603.	Obsługa płatności za wykupiony pakiet (płatność za pakiet jednorazowa lub w ratach wg określonego harmonogramu spłaty).
1604.	Kontrola dokonania płatności za pakiet w terminie (brak płatności uniemożliwia zarejestrowanie pacjenta na wizytę, po dokonaniu opłaty blokada jest likwidowana).
1605.	Obsługa akcji profilaktycznych.
1606.	Obsługa rozliczeń z podwykonawcami usług. Pacjent otrzymuje skierowanie do konkretnej placówki i tam realizuje zleconą konsultację lub zabieg.
1607.	Prowadzenie rozliczeń lekarzy za zrealizowanie usługi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wg liczby wykonanych usług,</li> <li>• wg czasu pracy (np. lekarze dyżurujący),</li> <li>• jako procent od ceny usługi,</li> <li>• w przypadku operacji NFZ - jako procent wartości punktowej operacji po odjęciu wszystkich kosztów bezpośrednich.</li> </ul>
1608.	Przypisanie każdemu lekarzowi określonego portfolio usług - w trakcie rejestracji pacjenta możliwe jest wybranie tylko tych usług, które dany lekarz realizuje.

1609.	Obsługa komercyjnego wynajmu sal operacyjnych wraz z personelem, pakietem sprzętu, leków i materiałów medycznych.
1610.	Ewidencja umów z lekarzami/firmami o wynajem sali z określonym wyposażeniem i na określony przedział czasowy.
1611.	Prowadzenie terminarza rezerwacji sal operacyjnych wraz z zapisem zakresu usług zdefiniowanych w umowie oraz pakietem startowym zaplanowanym w ramach usługi.
1612.	Możliwość odczytywania w trakcie operacji kodów kreskowych zużywanych materiałów z klasyfikowaniem przez system, czy dany materiał stanowi koszt dodatkowy, czy znajduje się w pakiecie zaplanowanym do operacji.
1613.	Możliwość wystawienia lekarzowi wynajmującemu indywidualnej faktury, w której pozycjami rozliczeniowymi są usługi, które zawarte są w umowie z lekarzem oraz wszystkie dodatkowe materiały wykorzystane w trakcie zabiegu i opieki pooperacyjnej.
1614.	Możliwość ustalenia ostatecznej listy pozycji rozliczeniowych przed wystawieniem faktury.
1615.	Obsługa pakietów materiałowych, które pod jedną pozycję rozliczeniową pozwalają dodać wszystkie wybrane z listy zużytych środków elementy - cena takiego pakietu materiałowego stanowi sumę cen pojedynczych elementów, które zostały przyporządkowane do danej pozycji, a taka pozycja „przykrywa” pozycje, które zostały pod nią podporządkowane.
1616.	Kontrola przekroczenia kosztu zabiegu ponad cenę końcową, ustaloną limitem w umowie.
1617.	System pozwala zapisać raport kasowy z ujemnym saldem, informując o tym przed dokonaniem zapisu stosownym komunikatem.
1618.	Możliwość wydruku raportu kasowego nie posiadającego dokumentów dla pojedynczego wydruku bądź listy raportów kasowych dla każdego dostępnego typu formy płatności (gotówka, bankowe oraz pozostałe). Dla raportów bez pozycji będzie wydrukowana jedna pozycja z opisem „Brak dokumentów”. Dodatkowo pojawiają się kwoty z przeniesienia oraz wartość salda, jeśli wcześniej występowały dokumenty zawierające pozycje dla danej formy płatności i loginu (opcjonalnie).
1619.	Możliwość wyświetlenia dokumentów do których wystawiony jest już inny dokument. W przypadku, gdy dokument nie jest skorygowany do zera, system wyświetli komunikat o konieczności przeprowadzenia korekty.
1620.	Możliwość przypisania firmy dla płatnika wskazanego w umowie. Po dopisaniu firm do umów ze wybranym płatnikiem na oknach rejestracji istnieje możliwość wybrania firm określonych w ramach umowy.
1621.	Na oknie dokumentu rozliczeniowego możliwość dołączenia skanu oryginału faktury w postaci pliku PDF. Użytkownik ma możliwość wprowadzenia wyłącznie jednego pliku PDF poprzez okno eksploratora, w którym należy wskazać odpowiedni plik lub przez zeskanowanie oryginału danej faktury.
1622.	Na ekranie edycji umowy komercyjnej (umowy/programu/polisy) możliwość wybrania domyślnego płatnika oraz odbiorcy – zostanie wyświetlone okno z księgą adresową, w którym możliwe jest wskazanie odpowiedniego kontrahenta z listy lub utworzenie nowego kontrahenta. Wprowadzone dane zostaną automatycznie skopiowane do okna dokumentu rozliczeniowego oraz na wydruk dokumentu rozliczeniowego (np. w przypadku uczniów szkół, którzy przechodzą badania sanitarno-epidemiologiczne finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest wojewoda).
1623.	Definicja umowy/programu/polisy dla umów dostępnych dla wszystkich usług pozwala na określenie, czy płatność jest po stronie pacjenta. Dla takiej umowy wszystkie pozycje z wprowadzonego cennika, po wprowadzeniu do danej wizyty, zostaną automatycznie przepisane jako płatne po stronie pacjenta.
1624.	Na oknie definicji umowy/programu/polisy możliwość wskazania grup użytkowników, którzy będą mieli dostęp do danej umowy. Na oknie rozliczania umów dostępne będą wyłącznie sprawozdania z umów, które są dostępne do grupy, do której należy zalogowany użytkownik.
1625.	Możliwość kopiowania pozycji rozliczeniowych z kopiowanych wizyt komercyjnych. Po potwierdzeniu kopiowania wizyty system wyświetli komunikat z zapytaniem, czy skopiować także pozycje rozliczeniowe. Jeśli jest to usługa złożona, system wyświetli komunikat z pytaniem o to, jak dodać daną pozycję (jako złożoną czy jako jedną pozycję grupową).
1626.	Możliwość prezentacji w Rejestracji wszystkich pozycji rozliczeniowych wchodzących w skład procesu medycyny pracy (z danego procesu orzeczniczego).
1627.	Przy rozliczaniu umów możliwość wyświetlenia listu usług, które nie zostały jeszcze rozliczone, niezależnie od umowy.
1628.	Możliwość wprowadzania umowy zawartej z: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zakładem pracy (medycyna pracy),</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• firmą ubezpieczeniową,</li> <li>• inną placówką medyczną.</li> </ul>
1629.	Możliwość definiowania towarów i usług wchodzących w zakres umowy.
1630.	Możliwość oznaczenia usług na które pacjent zostaje zarejestrowany.
1631.	Możliwość określenia zasad współpłaty pacjentów za wykonane usługi w zależności od zawartej umowy.
1632.	Możliwość rozliczenia wykonanych usług zgodnie z zasadami wprowadzonymi w umowach.
1633.	Możliwość określenia zasad współpracy z lekarzami świadczonych usług (wartość, procent ceny).
1634.	Możliwość rozliczania lekarzy z wykonanych usług.
1635.	Możliwość definiowania cenników usług dostępnych dla wszystkich pacjentów.
1636.	Możliwość rozliczenia zrealizowanych usług cennikowych.
1637.	Możliwość zdefiniowania dokumentów finansowych różnych typów.
1638.	Możliwość wystawienia dokumentu finansowego na podstawie wykonanej usługi cennikowej.
1639.	Możliwość zaznaczenia większej ilości usług podczas obsługi klienta.
1640.	Możliwość współpracy z drukarkami fiskalnymi.
<b>1641.</b>	<b>eWUŚ</b>
1642.	Możliwość weryfikacji prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w modułach/funkcjonalnościach: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rejestracja i call center,</li> <li>• terminarz,</li> <li>• ewidencja pacjentów,</li> <li>• ruch chorych,</li> <li>• Księga Główna.</li> </ul>
1643.	Dostęp do historii weryfikacji uprawnień pacjenta.
1644.	Możliwość wprowadzenia informacji o przedstawieniu przez pacjenta dokumentu uprawniającego do skorzystania z usług w ramach NFZ lub złożeniu przez pacjenta oświadczenia.
1645.	Możliwość cyklicznego automatycznego sprawdzania uprawnień pacjentów.
1646.	Możliwość zmiany hasła dostępu użytkownika do systemu eWUŚ.
1647.	Podczas logowania do systemu opcjonalnie pojawia się komunikat o wygaśnięciu hasła do eWUŚ.
1648.	Sprawdzanie statusu ubezpieczenia eWUŚ na tego świadczeniodawcę, do którego jest przypisana historia choroby (przy obsłudze wielu świadczeniodawców). Aby funkcjonalność działała poprawnie w systemie powinien istnieć odpowiedni użytkownik. Dla sprawdzenia cyklicznego na pacjenta eWUŚ sprawdzany jest na wszystkich dostępnych świadczeniodawców.
1649.	Możliwość konfiguracji konta eWUŚ na konto indywidualnej praktyki lekarskiej
<b>1650.</b>	<b>e-Zwolnienia</b>
1651.	Przy wystawianiu eZLA w okresie wstecznym w przypadku zwolnienia wstecznego uwzględniającego pobyt szpitalny system w momencie elektronicznej zwolnienia wyświetli komunikat o braku obsługi takiego przypadku.
1652.	Dla zwolnień typu KRUS, I.KR, I.ZA możliwość wystawiania zwolnień na pracodawcę bez wysyłania danych do pracodawcy. Po zaznaczeniu znacznika „nie wysyłaj danych o pracodawcy” brak konieczności uzupełniania pól wymaganych, a po kliknięciu na przycisk zapisujący dane w sekcji „zatrudnienie” na pozycji opisującej pracodawcę zostanie dodana informacja: „brak danych o pracodawcy”.
1653.	Możliwość wystawiania elektronicznych zwolnień lekarskich dla pacjenta i/lub jego opiekuna oraz wysyłania tych zwolnień do ZUS. Funkcjonalność wystawiania zwolnień dostępna jest z poziomu okna opisu przebiegu wizyty.
1654.	Obsługa trybu alternatywnego - wyświetlenie listy pobranych druków eZLA z poziomu trybu alternatywnego. W przypadku, gdy lista nie została pobrana lub lista dostępnych numerów została wyczerpana, istnieje możliwość pobrania kolejnych wolnych druków. Każdy pobrany numer zwolnienia z ZUS zostanie opatrzonej statusem „wydrukowany” jako pobrany z ZUS, nie drukowany fizycznie.
1655.	Możliwość unieważnienia każdego druku z możliwością wskazania kodu przyczyny unieważnienia (anulowanie, kradzież, zniszczenie, zaginięcie).
1656.	Możliwość wygenerowania wydruku zwolnienia z danymi pacjenta i lekarza oraz wydruku zawierającego tylko dane lekarza (funkcjonalności wykorzystywana np. w przypadku wizyt domowych).
1657.	Prezentowanie danych pobranych z rejestrów ZUS oraz wprowadzonych przez użytkowników systemu: listy pracodawców, listy miejsc przebywania pacjenta, listy osób spokrewnionych.

1658.	Podczas walidacji zawartości zwolnienia, w trakcie pobierania danych z ZUS lub podczas procesu elektronicznej system sprawdzi poprawność danych pomiędzy systemami HIS i ZUS. W przypadku niezgodności zostanie wyświetlony komunikat (użytkownik posiada możliwość wystawienia zwolnienia mimo niezgodności lub poprawy danych i ponowne zainicjowanie wysyłki zwolnienia).
1659.	Podczas elektronicznej zwolnienia w przypadku występowania różnic w danych system wyświetli komunikat zapytaniem o wystawienie zwolnienia. Podczas walidacji użytkownik ma możliwość sprawdzenia informacji otrzymanych z systemu ZUS.
1660.	Po przeprowadzeniu elektronicznej zwolnienia system generuje dwie pary dokumentów - oryginał i kopię. System daje możliwość unieważnienia druków zwolnienia.
1661.	Możliwość wystawiania zwolnienia do KRUS, zwolnienia z okresem wstecznym, zwolnienia z pobytem szpitalnym, anulowania zwolnienia, anulowania zwolnienia z okresem wstecznym.
1662.	Automatyczne dodawanie zakładu pacy KRUS podczas wyboru ubezpieczyciela KRUS.
1663.	Możliwość wysyłki eZLA na NIP zakładu pracy, numer PESEL lub numer paszportu ( w przypadku cudzoziemców ubezpieczonych w ZUS jako osoba prywatna).
1664.	Wysyłka eZLA na nr paszportu jako dokument identyfikujący - walidowana jest data urodzenia i nr paszportu.
1665.	Brak wymagalności NIP-u przy definicji zakładu pracy - należy podać jeden z identyfikatorów NIP, PESEL lub nr paszportu.
1666.	Walidacje na błędne kody chorobowe i błędne dane świadczeniodawcy (NIP, numer domu, kod pocztowy).
1667.	Możliwość pobrania danych dot. wykonywania działalności z rejestrów ZUS na lekarza.
1668.	Automatyczne zaznaczanie dziecka i wpisanie daty urodzenia dziecka w przypadku wybrania rodzica lub wprowadzeniu numeru PESEL innego niż ten, na które wystawiane jest zwolnienie.
1669.	Domyślny znacznik "chodzić" na eZLA.
1670.	Możliwość ustawienia w konfiguracji domyślnej ilości dni na eZLA - system uzupełni liczbę dni na oknie zwolnienia lekarskiego o wartość wprowadzoną w parametrze.
<b>1671.</b>	<b>e-Skierowania</b>
1672.	System umożliwia wysyłkę skierowań do szpitala, do specjalisty oraz na badania drogą elektroniczną (jednostka musi posiadać wprowadzone dane zgodne z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą).
1673.	System umożliwia wystawienie e-skierowania z okna służącego do opisu przebiegu wizyty.
1674.	Dla prawidłowego działania funkcjonalności usługa wymaga posiadania zestawu certyfikatów - certyfikat typu TLS, certyfikat typu WSS oraz certyfikat podpisu elektronicznego –np. ZUS PUE.
1675.	Usługa jest dostępna dla wskazanego użytkownika o nadanym odpowiednim uprawnieniu w systemie.
1676.	W momencie aktywacji podpisów elektronicznych na serwerze pliki certyfikatów są przechowywane na serwerze, a skierowania są podpisywane bezpośrednio na serwerze z zachowaniem 30 minutowej sesji. W wersji serwerowej podczas pierwszej generacji zostanie rozpoczęta sesja, a użytkownik po podaniu jednorazowo PIN w ciągu 30 minut nie będzie musiał wprowadzać PIN-u ponownie.
1677.	W przypadku konfiguracji podpisów elektronicznych na stanowisku lokalnym sesja wystawiania skierowań jest sesją jednorazową (na pacjenta). Przyjęcie nowego pacjenta i wystawienie mu zestawu eSkierowań, skutkuje koniecznością podania ponownie PIN.
1678.	Użytkownik posiada możliwość wyboru sposobu podpisu – zarówno podpisu z serwera jak i ze stacji lokalnej.
1679.	E-skierowanie do szpitala waliduje wymagalność uzupełnienia co najmniej dwóch pól -"oddział" oraz "rozpoznanie". Rozpoznanie musi zostać wprowadzone ze słownika.
1680.	E-skierowanie do specjalisty waliduje wymagalność uzupełnienia co najmniej dwóch pól -"nazwa poradni" oraz "rozpoznanie". Rozpoznanie musi zostać wprowadzone ze słownika.
1681.	E-skierowanie na badanie waliduje wymagalność uzupełnienia co najmniej dwóch pól -"nazwa poradni" oraz "rozpoznanie". Rozpoznanie musi zostać wprowadzone ze słownika.
1682.	Jeżeli użytkownik posiada nadane dostępy do funkcjonalności e-skierowania, system umożliwia wysyłkę skierowań typu: „do szpitala”, „do specjalisty” oraz na „na badania” drogą elektroniczną.
1683.	System umożliwia wyświetlenie skierowania do edycji lub tylko do podglądu (bez możliwości zapisu) – zarówno dla eSkierowań, jak i skierowań w formie papierowej.
1684.	Istnieje możliwość usunięcia skierowania papierowego oraz eSkierowania, które nie zostało przesłane do P1.
1685.	System wyświetla wspólną listę skierowań i e-skierowań. Dla tej listy dostępny jest filtr umożliwiający sortowania eSkierowań wg ich statusu.

1686.	System w zależności od rodzaju wskazanego skierowania (zwykłe/elektroniczne) wyświetla przycisk pozwalający odpowiednio na wysyłkę skierowania lub jego wydrukowanie.
1687.	System umożliwia skopiowanie skierowania w formie papierowej w papierową, oraz e-skierowania w e-skierowanie.
1688.	Po wskazaniu e-skierowania, które posiada status „wysłane”, system umożliwia podgląd wydruku takiego skierowania.
1689.	System umożliwia wysłanie powiadomienia o wystawionym e-skierowaniu. Dostępna jest również opcja automatycznej wysyłki informacji o e-skierowaniu (jeżeli w danych pacjenta znajdują się odpowiednie dane kontaktowe).
1690.	Podgląd wydruku informacyjnego e-skierowania nie będzie możliwy dla skierowań ze statusem "anulowane" - system wyświetli komunikat o braku możliwości podglądu.
1691.	System umożliwia pobranie skierowania z platformy P1 .
1692.	System umożliwia przypisanie skierowania do wizyty (dane ze skierowania zostaną dopisane do wizyty). Po anulowaniu e-skierowania wprowadzone w opisie wizyty dane ze skierowania zostaną usunięte, a skierowanie będzie możliwe do wykorzystania w innej jednostce.
1693.	W przypadku, gdy zostanie wprowadzony nieprawidłowy PIN lub numer skierowania nie zostanie odnaleziony w P1, gdy skierowanie zostało już wykorzystane lub gdy status skierowania otrzymał status "Anulowany", system wyświetli odpowiedni komunikat błędu.
1694.	System posiada funkcjonalność odmowy przyjęcia skierowania -dane ze skierowania nie zostaną dopisane do wizyty, a informacja o powodzie odrzucenia zostanie przesłana do P1.
1695.	System posiada funkcjonalność przesłania informacji o brakach w danych skierowania. Po wprowadzeniu opisu odmowy dane ze skierowania nie zostaną dopisane do wizyty, a informacja o powodzie odrzucenia zostanie przesłana do P1, a do jednostki wystawiającej zostanie przekazana informacja z portalu P1.
1696.	Przy wczytywaniu e-skierowania wystawionego w trybie pilnym na transformacie podglądu tego skierowania wyświetla się informacja, że jest to skierowanie z priorytetem pilne.
1697.	W przypadku wystawienia e-skierowania dla wizyty NFZ, jeśli dla danego kodu technicznego jest więcej niż jedna umowa, system przy generowaniu skierowania będzie wyświetlał okno z wyborem umowy, która ma się pojawić na e-skierowaniu. Po wskazaniu umowy, umowa będzie wprowadzana w e-skierowaniu.
<b>1698.</b>	<b>Żywnienie/dietetyka</b>
1699.	Możliwość zlecenia diet dla poszczególnych pacjentów.
1700.	Możliwość wydruku zlecenia diety.
1701.	Ewidencja planowanego zaprowiantowania pacjentów.
1702.	Obsługa planu żywienia z adnotacją o podaniu posiłku.
1703.	Możliwość utworzenia własnych słowników żywienia.
1704.	Możliwość czasowego wstrzymania diety z podaniem daty, godziny oraz powodu wstrzymania.
1705.	Możliwość wygenerowania zbiorczego zestawienia wystawionych zleceń na żywienie z użyciem filtrów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oddział/pacjent,</li> <li>• Zlecający,</li> <li>• Status,</li> <li>• Data zlecenia od-do.</li> </ul>
1706.	Eksport zestawień do plików CSV i XML.
<b>1707.</b>	<b>Zakażenia szpitalne</b>
1708.	Możliwość rejestrowania informacji o zakażeniach szpitalnych: <ul style="list-style-type: none"> <li>• podstawowe dane wykrytego zakażenia,</li> <li>• okoliczność zakażenia,</li> <li>• forma zakażenia,</li> <li>• sposób leczenia.</li> </ul>
1709.	Możliwość stworzenia i wydruku karty zakażenia szpitalnego.
1710.	Powiązanie zakażeń z pobytem lub zabiegiem.
1711.	Moduł ewidencji zakażeń pozwala na wyszukiwanie według : <ul style="list-style-type: none"> <li>• danych pacjenta (nazwiska, numeru PESEL lub numeru księgi zarejestrowanej osoby),</li> <li>• Roku księgi,</li> <li>• Formy zakażenia,</li> <li>• Sposobu leczenia,</li> <li>• Zabiegu w zakresie,</li> <li>• Oddziału.</li> </ul>

1712.	<p>Moduł ewidencji zakażeń pozwala na wyselekcjonowanie pacjentów według kryterium stanu zdrowia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wszyscy,</li> <li>• Wyleczeni,</li> <li>• Niewyleczeni,</li> <li>• Nie zakażenie,</li> <li>• Zgon,</li> <li>• Zalecenie do ambulatorium.</li> </ul>
1713.	Prowadzenie słownika czynników ryzyka z możliwością dodania czynnika innego, niż słownikowe.
1714.	Możliwość wyboru listy czynników alarmowych zgodnych z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.
1715.	Możliwość dodania informacji o kolonizacji drobnoustrojem alarmowym bez zakażenia oraz oznaczenia miejsca wymazu.
1716.	Możliwość dodania karty zakażenia szpitalnego z poziomu historii choroby oraz z poziomu bloku operacyjnego.
1717.	Możliwość przez administratora systemu ograniczenia dostępu do modułu zakażeń szpitalnych wskazanej grupie użytkowników.
<b>1718.</b>	<b>Zdarzenia niepożądane</b>
1719.	<p>Możliwość wprowadzania do rejestru :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kart niezgodności (KN)</li> <li>• Kart zdarzeń niepożądanych (KZ)</li> <li>• Kart działań korygujących (KDK).</li> </ul>
1720.	Możliwość powiadamiania uprawnionych użytkowników o wprowadzonych kartach i ich statusach.
1721.	<p>Okno Rejestru prezentuje następujące informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• numer dokumentu,</li> <li>• rodzaj dokumentu,</li> <li>• identyfikator i nazwę jednostki, w której doszło do zdarzenia,</li> <li>• data wystąpienia zdarzenia,</li> <li>• opis niezgodności,</li> <li>• data zgłoszenia zdarzenia,</li> <li>• status: działania korygujące/lub zapobiegawcze wymagane/niewymagane,</li> <li>• opis zastosowanych/zaproponowanych działań naprawczych,</li> <li>• osoba odpowiedzialna za realizację zdarzenia,</li> <li>• planowany termin realizacji zdarzenia (z sygnalizacją przekroczenie tego terminu),</li> <li>• rzeczywisty termin realizacji zdarzenia (z sygnalizacją przekroczenie tego terminu),</li> <li>• data zatwierdzenia dokumentu przez Zgłaszającego,</li> <li>• data zatwierdzenia dokumentu przez Kierownika Komórki Organizacyjnej,</li> <li>• data zatwierdzenia dokumentu przez Pełnomocnika ds. Jakości.</li> </ul>
1722.	<p>Możliwość nadawania poziomów uprawnień w dostępie do Rejestru zgodnie ze schematem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brak,</li> <li>• Zgłaszający (możliwość tworzenia i edycji do momentu zatwierdzenia dokumentów KZ i KN),</li> <li>• Kierownik Komórki Organizacyjnej (możliwość tworzenia i edycji do momentu zatwierdzenia KZ, KN, KDK. Kierownik, na liście zdarzeń widzi tylko zatwierdzone zgłoszenia z jednostki organizacyjnej, którą zarządza),</li> <li>• Pełnomocnik ds. Jakości Zgłaszający (możliwość tworzenia i edycji dokumentów KZ, KN, KDK (pełnomocnik uprawnień widzi wszystkie zgłoszenia zatwierdzone przez kierowników).</li> </ul>
1723.	<p>Wyświetlanie dodatkowych informacji z kart zdarzeń niepożądanych w wysyłanych powiadomieniach. W karcie zdarzenia niepożądanego zostaną wysłane są takie informacje jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nr dokumentu,</li> <li>- pełna nazwa typu dokumentu,</li> <li>- data zdarzenia,</li> <li>- data zgłoszenia,</li> <li>- pesel, imię i nazwisko pacjenta,</li> <li>- miejsce wystąpienia,</li> <li>- rodzaj zdarzenia,</li> <li>- opis zdarzenia,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opis zastosowanych działań naprawczych,</li> <li>- daty, godziny i loginy osób zgłaszających i zatwierdzających.</li> </ul>
1724.	<p>Wyświetlanie dodatkowych informacji z kart zdarzeń niepożądanych w wysyłanych powiadomieniach. W karcie niezgodności wysłane są takie informacje jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nr dokumentu</li> <li>- pełna nazwa typu dokumentu,</li> <li>- data zdarzenia,</li> <li>- data zgłoszenia,</li> <li>- miejsce wystąpienia,</li> <li>- opis stwierdzonej niezgodności,</li> <li>- daty, godziny i loginy osób zgłaszających i zatwierdzających.</li> </ul>
1725.	<p>Wyświetlanie dodatkowych informacji z kart zdarzeń niepożądanych w wysyłanych powiadomieniach. W karcie działań korygujących/zapobiegawczych są wysłane takie informacje jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nr dokumentu,</li> <li>- pełna nazwa typu dokumentu,</li> <li>- data zdarzenia,</li> <li>- data zgłoszenia,</li> <li>- pesel, imię i nazwisko pacjenta,</li> <li>- miejsce wystąpienia,</li> <li>- opis stwierdzonej niezgodności,</li> <li>- ustalona przyczyna niezgodności,</li> <li>- daty, godziny i loginy osób zgłaszających i zatwierdzających.</li> </ul>
<b>1726.</b>	<b>Rejestry</b>
1727.	Możliwość dodania dowolnych rejestrów (słowników) w celu ewidencji przebiegu zdarzeń, np. rejestr odleżyn.
1728.	Możliwość nadania odpowiedniego statusu dla wybranego zdarzenia.
1729.	Powiązanie badania z rejestrem.
1730.	Zlecenie badania warunkuje automatyczne utworzenie rejestru.
1731.	<p>Dla rejestru możliwość wskazania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nazwy określającej jaki rejestr ma być prowadzony,</li> <li>• statusów, jakie mogą występować w obrębie danego rejestru ,</li> <li>• zdarzeń, które będą przypisywane do danego badania/rekordu w module szpitalnym.</li> </ul>
1732.	Statusy zdefiniowane dla każdego rejestru mogą być wykorzystywane jako filtry.
1733.	W przypadku nadawania numeru rejestru po raz pierwszy otwierane jest okno pozwalające na wprowadzenie początkowego numeru rejestru.
<b>1734.</b>	<b>Sterylizatornia</b>
1735.	Tworzenie pakietów do sterylizacji.
1736.	Identyfikacja materiałów sterylnych.
1737.	Obsługa sterylizatorni w powiązaniu z oddziałami.
<b>1738.</b>	<b>Patomorfologia</b>
1739.	System posiada moduł obsługi patomorfologii, pozwalający na rejestrację zleceń zewnętrznych (papierowych) na badania patomorfologiczne przez technika patomorfologii i wewnętrznych (elektronicznych) od lekarza oddziałowego, wewnętrznych (elektronicznych) od lekarza patomorfologa (zlecenia są tworzone podczas opisu badania, kiedy występuje potrzeba zrobienia dodatkowych preparatów z barwieniem).
1740.	System umożliwia usuwanie zleceń na badania patomorfologiczne przez technika patomorfologii (zlecenia zewnętrzne). System umożliwia edycję lub usuwanie zleceń lekarza (zlecenia wewnętrzne).
1741.	System pozwala na ewidencjonowanie skierowań na badania patomorfologiczne z możliwością obsługi wielu badań i wycinków na jednym skierowaniu.
1742.	System pozwala na identyfikowanie skierowania na badanie za pomocą kodów kreskowych.
1743.	System umożliwia dołączanie do zaewidencjonowanego skierowania radiogramów lub wyników innych badań obrazowych oraz opisów badań obrazowych lub endoskopowych.
1744.	System umożliwia ewidencję wycinków w kasetkach oraz robionych z nich preparatów. System nadaje automatycznie identyfikator kasetki (numer przypisany do kasetki, wygenerowany na podstawie skonfigurowanego wzorca) oraz numery preparatów (numer kasetki plus numer kolejny preparatu w ramach kasetki). Uwaga: dla badań cytologicznych możliwe jest utworzenie tylko preparatów (szkiełek).

1745.	System umożliwia oznaczenie kolorem, że cały materiał został wykorzystany do badania.
1746.	System umożliwia oznaczenie kolorem, że dany bloczek jest w trakcie odwapniania.
1747.	System umożliwia użycie kodów kreskowych do identyfikacji wycinków.
1748.	System umożliwia edycję i usuwanie zleceń na badania patomorfologiczne przez lekarza lub technika patomorfologii.
1749.	System umożliwia opisanie typu badania: histopatologia, cytologia, cytologia ginekologiczna, molekularne, autopsje.
1750.	System umożliwia opisanie materiału użytego do badania z określeniem następujących informacji: narząd (wybór z listy), opis wskazanego narządu, identyfikator kasetki, opis kasetki, opis makroskopowy, informacje o dodaniu barwienia.
1751.	System pozwala na dołączenie do wyniku badania dokumentacji fotograficznej materiałów (pliki graficzne).
1752.	System umożliwia powiązanie zlecenia z danymi pacjenta, a w przypadku zleceń zewnętrznych dla pacjentów dotąd nie wprowadzonych do systemu - założenie rekordu danych osobowych takiego pacjenta zgodnie ze sposobem postępowania przewidzianym w systemie HIS.
1753.	Dla każdego zlecenia system zapisuje informacje: jednostka zlecająca (wewnętrzna/zewnętrzna), lekarz zlecający (wewnętrzny/zewnętrzny), data i godzina pobrania materiału, sposób utrwalenia materiału (wybór ze słownika), rodzaj materiału (wycinek zmiany / resekcja zmiany / cyto redukcja), odniesienie do linku SNOMED CT.
1754.	Dla każdego zlecenia system zapisuje informacje: znacznik wykonania radioterapii (z datą wykonania), chemioterapii (z datą wykonania), antybiotykoterapii, hormonoterapii.
1755.	Dla każdego zlecenia system zapisuje informacje: opis wcześniejszych badań patomorfologicznych, opis przebytego leczenia.
1756.	Dla każdego wyniku system umożliwia osobno wprowadzanie opisu makroskopowego i mikroskopowego wraz z danymi osób opisujących, danych osoby konsultującej  (konsultant wewnętrzny/zewnętrzny), znacznik "rozpoznanie krytyczne".
1757.	System pokazuje lekarzowi patomorfologowi listę badań z przekroczeniem terminu realizacji. System pozwala na filtrowanie listy wg typu badania (histopatologia, cytologia, cytologia ginekologiczna itd.) i wg nazwiska lekarza.
1758.	System pozwala na drukowanie wyniku wskazanego badania. System umożliwia pokazanie podglądu wydruku z możliwością podpisu elektronicznego dla EDM. Dla dokumentu, który nie jest zatwierdzony, wszystkie wydruki posiadają „znak wodny” z tekstem „Wynik wstępny”.
1759.	Do wydruku wyniku badania system dołącza w formie tabeli informacje o tym jaki narząd, bloczek, preparat był w opracowaniu oraz jaka była jego wycena.
1760.	System umożliwia wylosowanie zestawu badań do Kontroli Jakości.
1761.	System umożliwia lekarzowi patomorfologowi wyświetlenie lista badań Kontroli Jakości, a następnie sprawdzenie i zatwierdzenie wybranego badania. W razie stwierdzenia rozbieżności użytkownik ma możliwość zaznaczenia znacznika istnienia tej rozbieżności i wprowadzenia w polu opisowym szczegółowego raportu rozbieżności.
1762.	System pozwala użytkownikowi z uprawnieniami kierownika Patomorfologii cofać zatwierdzenia badań.
1763.	Obsługa badań śródoperacyjnych/doraźnych (skrawki mrożeniowe) z Bloku Operacyjnego.
1764.	System umożliwia rozliczanie badań patomorfologicznych. Sposób rozliczania danego badania ma być konfigurowalny odpowiednio do charakteru umowy. Rozliczanie może odbywać się w oparciu o bloczki (z rozróżnieniem: zwykły/barwiony) lub o grupę cenową.
1765.	Dla rozliczania "wg bloczków" system automatycznie zlicza wszystkie wartości powiązane z dodanymi do badań bloczkami z rozbiem na zwykłe i barwione.
1766.	Dla rozliczania "wg grup cenowych" system automatycznie dla każdego narządu wstawia grupę zgodną z rodzajem badania (histochemiczne, cytologiczne, itd.).
1767.	Dla obu wersji rozliczeń istnieje możliwość wybrania określonej usługi/grupy dla narządu lub bloczka (z zastrzeżeniem, że tylko bloczki barwione można dodatkowo oznaczyć inną ceną).
1768.	System umożliwia lekarzowi wyceniającemu dane badanie podgląd wszystkich danych związanych z typem wizyty, ubezpieczycielem, płatnikiem, itd.
1769.	Jeżeli badanie dotyczyło zlecenia z oddziału dla pacjenta NFZ-owego, system po potwierdzeniu dopisania grupy cenowej pozwala wskazać pozycję z listy grup cenowych (utworzonej na podstawie słownika łączącego: nazwę grupy cenowej z produktem jednostkowym i ICD9). Wybranie pozycji z listy przenosi do rozliczenia nazwę słownikową grupy i cenę z umowy za produkt kontraktowy.



1770.	System umożliwia ewidencjonowanie wypożyczeń bloczków parafinowych, preparatów histopatologicznych i preparatów cytologicznych. Rejestr wypożyczeń zawiera następujące informacje: - dane pacjenta, numery bloczka lub preparatu, - nazwę podmiotu, któremu udostępniono bloczek lub preparat, - udostępnienia bloczka lub preparatu; - datę zwrotu po wykorzystaniu bloczka lub preparatu.
1771.	System umożliwia wygenerowanie raportów z rozliczenia kontrahentów/oddziałów - dla każdego z oddziałów lub kontrahentów, ograniczone przedziałem czasowym i/lub słowem kluczowym wykazy: - Wszystkich badań z uwzględnieniem daty przyjęcia, daty diagnozy, czasu badania (liczba dni od przyjęcia do odpowiedzi) i ceny badania rodzajów badań (z uwzględnieniem barwień histochemicznych i immunohistochemicznych oraz ceny badań). - Rodzajów badań wg grup cenowych. - Pacjentów. - Bloczków. - preparatów.
1772.	System umożliwia wygenerowania raportów z rozliczenia zakładu - ograniczone przedziałem czasowym i/lub słowem kluczowym wykazy: - wszystkich badań z uwzględnieniem daty przyjęcia, daty diagnozy, czasu badania (liczba dni od przyjęcia do odpowiedzi) i ceny badania. - wszystkich badań z uwzględnieniem daty przyjęcia, daty diagnozy, czasu badania (liczba dni od przyjęcia do odpowiedzi) i ceny badania z podziałem na lekarzy odpowiedzialnych za badanie. - wszystkich badań z uwzględnieniem daty przyjęcia, daty diagnozy, czasu badania (liczba dni od przyjęcia do odpowiedzi) i ceny badania z podziałem na lekarzy wykonujących badanie makroskopowe. - wszystkich badań z uwzględnieniem daty przyjęcia, daty diagnozy, czasu badania (liczba dni od przyjęcia do odpowiedzi) i ceny badania z podziałem na techników wykonujących badania. - rodzajów badań (z uwzględnieniem barwień histochemicznych i immunohistochemicznych oraz ceny badań) z możliwością podziału na lekarzy i techników którzy wykonali badania. - rodzajów badań wg grup cenowych z możliwością podziału na lekarzy i techników którzy wykonali badania pacjentów, - z podziałem na lekarzy - bloczków z podziałem na lekarzy i techników - preparatów z podziałem na lekarzy i techników.
<b>1773.</b>	<b>e-Usługi / e-Portal – wymagania ogólne</b>
1774.	W systemie istnieje możliwość zdefiniowania czterech typów kont: • Pacjenta - standardowe konto pacjenta, pełen dostęp do danych personalnych, możliwość planowania wizyt oraz wglądu w wizyty archiwalne. Użytkownik może również przeglądać wyniki swoich badań diagnostycznych oraz pobierać dokumenty udostępnione mu do pobrania. • Pacjenta udostępnione - umożliwia dostęp do historii choroby pacjenta dla lekarza konsultującego z innej jednostki służby zdrowia. Ten typ konta ogranicza dostęp do danych personalnych pacjenta, nie ma również możliwości rejestracji na wizyty. Użytkownik ma wgląd do listy zaplanowanych wizyt oraz szczegółów wizyt archiwalnych. Możliwy jest podgląd wyników badań oraz dokumentów udostępnionych do pobrania. • Kontrahent - specjalne konto zakładane dla firm, do których kierowane są zlecenia zewnętrzne. Użytkownik korzystający z takiego konta ma tylko dostęp do listy zleceń, których jest adresatem. • Administrator - konto posiadające uprawnienia administracyjne, umożliwia zarządzanie kontami innych użytkowników za pomocą interfejsu WWW. Za pomocą modułu administracyjnego Użytkownik może wykonywać wszystkie operacje z wyjątkiem zmiany typu założonych wcześniej kont.
1775.	Możliwość zakładania historii choroby w wyniku wystawienia recepty na podstawie zamówienia wykonanego z poziomu platformy www. W przypadku wybrania opcji założenia historii choroby w wyniku wystawienia recepty w wybranym gabinecie zostanie utworzona archiwalna historia choroby na aktualną datę i godzinę o czasie trwania 5 minut z typem wizyty określonym jako „wizyta po receptę” i wybranym wcześniej kodem chorobowym.
1776.	Możliwość włączenia/wyłączenia modyfikacji danych adresowych użytkownika z poziomu e-portalu. Po modyfikacji i zapisaniu danych przez pacjenta z poziomu e-portalu, system może automatycznie je zmodyfikować w kartotece pacjenta systemu HIS. W przypadku, gdy opcja będzie włączona, po modyfikacji przez pacjenta danych adresowych i/lub telefonu w oknie rejestracji oraz ewidencji danych

	osobowych pojawi się przycisk umożliwiający przejście do kartoteki pacjenta i zatwierdzenie nowych danych.
1777.	Funkcjonalność umożliwiającą udostępnianie wskazanych dokumentów danego partnera. System pozwala na przypisanie partnera do pacjenta i udostępnianie partnerowi dostępu do danego dokumentu pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• automatycznie – po wygenerowaniu dokumentu, zostanie on umieszczony w repozytorium dokumentacji medycznej i automatycznie zostanie powiązany z partnerem lub partnerami wskazanymi w danych pacjenta;</li> <li>• jako funkcja wywołana na żądanie użytkownika. Po wygenerowaniu dostępu bądź zapisaniu informacji o dokumencie, dany dokument będzie widoczny na koncie www dla danego partnera.</li> </ul> W przypadku, gdy dokument został załączony bezpośrednio przez jednego z pracowników partnera z poziomu platformy www, zostanie on automatycznie powiązany z danym partnerem, a jako uwaga do powiązania zostanie wprowadzona informacja wskazująca, że dokument został załączony przez pracownika jednostki partnerskiej.
1778.	Powiadamianie SMS o zdarzeniach na platformie - możliwość zdefiniowania treści dla wiadomości SMS dla powiadomień definiowanych w ustawieniach e-platformy
1779.	Dostęp do modułu e-platformy jest możliwy ze strony WWW, zarówno z sieci Internet jak i sieci wewnętrznej placówki (Intranet), także z poziomu stacji roboczych.
1780.	Moduł e-platformy udostępnia pacjentom formularz rejestracyjny umożliwiający samodzielne założenie konta dostępowego do e-usług.
1781.	Konto pacjenta może być założone przez uprawniony personel placówki na wniosek pacjenta.
1782.	W przypadku nie podania hasła do konta WWW, zostaje ono automatycznie wygenerowane przez system w momencie zapisu danych o nowym koncie. Na adres e-mail właściciela konta zostaje przesłana wiadomość, zawierająca w zależności od konfiguracji hasło podane w sposób jawny lub link aktywacyjny.
1783.	Możliwość zeskanowania wniosku, który został wydrukowany oraz podpisany osobiście przez pacjenta.
1784.	W procesie rejestracji do modułu e-platformy, w formularzu rejestracyjnym, pacjent jest zobligowany do wprowadzenia następujących informacji: <ul style="list-style-type: none"> <li>• danych niezbędnych do założenia wpisu w rejestrze pacjentów, tj.: nazwisko, imię, PESEL, adres,</li> <li>• adresu e-mail i numeru telefonu komórkowego dla celów wysyłania powiadomień.</li> </ul>
1785.	Formularz rejestracyjny pacjenta ma wbudowany mechanizm walidacji, jako ochronę przed robotami (szkodliwym oprogramowaniem).
1786.	Dostęp do e-usług jest chroniony hasłem i dostępny poprzez szyfrowane połączenie (https) tylko dla kont użytkowników zarejestrowanych w e-platformie.
1787.	Formularz rejestracyjny waliduje poprawność numeru PESEL.
1788.	Formularz rejestracyjny waliduje poprawność adresu e-mail.
1789.	Podczas zakładania konta pacjenta, wprowadzone dane są walidowane przez System z rejestrem pacjentów jednostki znajdującym się w bazie danych Systemu, tj.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• jeżeli dane pacjenta znajdują się już w rejestrze pacjentów, to konto w module e-platforma jest z tą osobą automatycznie powiązane - tzn. dane takiej osoby nie są dopisywane do rejestru.</li> <li>• jeżeli dane pacjenta, nie znajdują się w rejestrze, to osoba taka jest automatycznie dopisana do rejestru pacjentów, a konto w e-platformie automatycznie jest powiązane z tą osobą.</li> </ul>
1790.	Moduł realizuje proces aktywacji konta pacjenta w następujący sposób: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacjent rejestruje się do e-platformy poprzez formularz rejestracyjny.</li> <li>• Po wypełnieniu i wysłaniu formularza rejestracyjnego System zwrotnie wysła pacjentowi na podany w procesie rejestracji e-mail potwierdzenie założenia konta wraz z linkiem aktywacyjnym.</li> <li>• Wybranie (kliknięcie) przez pacjenta linka aktywacyjnego w e-mailu przenosi pacjenta do okienka udostępnianego przez moduł e-platformy, w którym (w celu aktywacji konta) będzie zobligowany do podania i potwierdzenia hasła.</li> <li>• Zapisanie hasła powoduje aktywację konta dostępowego do e-usług w e-platformie.</li> </ul> Po wykonaniu powyższych kroków pacjent ma możliwość korzystania z e-usług Systemu.
1791.	System w procesie rejestracji pacjenta wymusza podanie hasła o właściwej składni - wymaganej przepisami prawa dotyczącymi systemów informatycznych przetwarzających dane osobowe, w tym dane medyczne.
1792.	Pacjent rejestrujący się do e-platformy jest informowany przez System z ilu i jakich znaków musi być złożone hasło logowania do e-usług (hasło aktywacyjne).
1793.	System udostępnia Administratorowi Systemu, funkcjonalność definiowania okresu ważności hasła dostępowego do e-usług Systemu. Użycie funkcjonalności wymusza na użytkownikach modułu e-

	platformy dokonania zmiany hasła po upływie okresu jego ważności. Przy pierwszym logowaniu do e-usługi po okresie ważności hasła, System musi wymusić na użytkowniku dokonanie zmiany hasła.
1794.	Moduł umożliwia pacjentowi, użytkownikowi e-platformy założenie dodatkowego konta dostępowego do e-usług - do wyłącznie do swoich danych w celu ich udostępnienia osobie trzeciej. Konto takie jest tworzone na określony okres czasu, tj. na okres czasu wskazany przez właściciela danych oraz jest związane tylko i wyłącznie z kontem pacjenta wnioskującego. Dla założenia konta System wymusza na osobie podanie daty ważności konta, a po upływie czasu aktywności konto jest automatycznie wyłączone.
1795.	Moduł umożliwia założenie przez Administratora Systemu lub uprawnioną przez Zamawiającego osobę konta w module e-platformy dla osoby personelu medycznego Zamawiającego, np. dla lekarza.
1796.	Konto dla osoby personelu medycznego w module e-platformy może zostać założone wyłącznie dla osoby posiadającej aktywne konto w module obsługi pacjenta i obiegu dokumentacji medycznej.
1797.	Przy zakładaniu konta dla osoby należącej do personelu medycznego System wymusza podanie adresu e-mail tej osoby (pracownika).
1798.	Logowanie osoby personelu medycznego do modułu e-platformy odbywa się z wykorzystaniem parametrów logowania (loginu i hasła) - tych samych, którymi osoba posługuje się logując się do modułu obsługi pacjenta i obiegu dokumentacji medycznej.
1799.	Moduł umożliwia założenie przez Administratora Systemu lub uprawnioną przez Zamawiającego osobę konta w module e-platformy dla osoby reprezentującej placówkę współpracującą. Takie konto może zostać założone wyłącznie dla partnera zaewidencjonowanego w Systemie jako podmiot medyczny.
1800.	Przy zakładaniu konta dla osoby partnera moduł wymusza podanie następujących danych: <ul style="list-style-type: none"> <li>• jednostkę (partnera) - wartość słownikowa,</li> <li>• nazwę użytkownika i hasło,</li> <li>• adres e-mail.</li> </ul>
1801.	Moduł wymusza zmianę hasła przy pierwszym logowaniu do modułu e-platformy osoby reprezentującej partnera Zamawiającego.
1802.	System umożliwia Administratorowi Systemu wykonanie dezaktywacji dowolnego konta utworzonego w module e-platforma.
1803.	Administrator ma możliwość aktywowania konta nieaktywnego.
1804.	System posiada funkcjonalność zmiany/resetowania hasła dostępu do modułu e-platformy przez użytkownika.
1805.	Możliwość generowania karty informacyjnej podczas zakończenia wizyty z poziomu e-platformy z konta pracownika. W przypadku, gdy w systemie istnieje konfiguracja podpisu elektronicznego, wygenerowany dokument pojawi się na oknie z listą dokumentów do podpisu.
<b>1806.</b>	<b>e-Rejestracja</b>
1807.	Możliwość przeglądania zarejestrowanych wizyt dla konta typu "lekarz" poprzez przeglądarkę internetową lub na urządzeniu mobilnym. Dostępność usługi e-Rejestracji jest możliwa z poziomu stacji roboczych i urządzeń mobilnych, w tym tabletek.
1808.	Usługa umożliwia świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia zgodnie z wymaganiami art. 23a ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135, z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniobiorców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z dnia 7 lipca 2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 1404).
1809.	Usługa jest dostępna z poziomu strony internetowej Zamawiającego, po zalogowaniu się pacjenta indywidualnym profilem do modułu e-platformy. Usługa udostępniona jest zarówno w sieci Internet jak i w wewnętrznej każdej placówce Zamawiającego.
1810.	Wykorzystując mechanizmy integracji pomiędzy systemem HIS a systemem e-platformy, informacje nt. wolnych terminów, w których możliwe jest świadczenie usług, są dostępne w module e-Rejestracji.
1811.	Wymagany sposób działania: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacjent nie posiadający konta w e-platformie ma możliwość sprawdzenia dostępności usług w placówce.</li> <li>• W celu rezerwacji terminu realizacji usługi, Pacjent musi stworzyć swoje indywidualne konto w e-platformie. Konta dla kontrahentów tworzone będą przez uprawniony personel placówki.</li> <li>• Po zalogowaniu do e-platformy pacjent wskaże, w spisie dostępnych gabinetów, ten gabinet, do którego zamierza się udać.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Po wybraniu poradni specjalistycznej pacjentowi zostanie zaprezentowany aktualny grafik pracy, pokazujący godziny pracy lekarzy przyjmujących w wybranym gabinecie.</li> <li>• Pacjentowi zostaną przedstawione tylko rzeczywiste wolne terminy uwzględniające rezerwacje w systemie z innych kanałów (rejestracja, telefon, kiosk internetowy, itp.).</li> <li>• Zarezerwowany termin zostanie zaprezentowany pacjentowi na liście wykonanych przezeń rezerwacji. Z poziomu tej listy pacjent będzie mógł anulować wykonaną rezerwację lub zmienić jej termin, klikając na odpowiednie przyciski z odnośnymi funkcjami.</li> <li>• Do zarezerwowanej w ten sposób wizyty pacjent będzie mógł, drogą elektroniczną, dołączyć posiadane dokumenty medyczne (usługa e-Dokumentacja) i ankiety (usługa e-Ankieta) za pomocą osobnych funkcjonalności.</li> <li>• Informacja nt. rezerwacji terminu automatycznie przesyłana jest do systemu HIS lub w przypadku rezerwacji e-usługi udostępnianej z e-platformy do odpowiedniego pracownika medycznego Przychodni, jeśli jest to wymagane.</li> <li>• Po poprawnie zakończonym procesie rezerwacji pacjent otrzyma wiadomość SMS z potwierdzeniem tego faktu.</li> </ul>
1812.	Usługa po zalogowaniu się pacjenta do modułu e-platformy, zapewnia wyszukiwanie i wybór poradni/specjalizacji i/lub lekarza, do której / którego na wizytę chce się umówić pacjent.
1813.	Usługa umożliwia zdalną rejestrację na wizyty lekarskie oraz możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących przez pacjenta. Pacjent ma dostęp do listy zarezerwowanych oraz zrealizowanych wizyt wraz z ich terminem i statusem.
1814.	Usługa umożliwia zdalną rejestrację na badanie diagnostyczne. Użytkownik może określić sposób płatności, lokalizację, jednostkę oraz wskazać, czy pacjent posiada pilne skierowanie. Jeśli skierowanie określone będzie jako pilne, wizyta w laboratorium lub pracowni diagnostycznej również zostanie oznaczona jako pilna.
1815.	Możliwość tworzenie konta samodzielnie przez pacjenta.
1816.	Możliwość zakładania kont pacjenta z poziomu systemu HIS.
1817.	Możliwość samodzielnej rejestracji pacjentów poprzez portal.
1818.	Możliwość zmiany hasła użytkownika poprzez portal.
1819.	Możliwość ograniczenia e-Rejestracji tylko wybranych poradni.
1820.	Możliwość wyszukiwania automatycznego wolnych terminów wizyt (wg poradni, sposobu refundacji, lekarza lub usługi medycznej) na podstawie grafików przyjęć, tj. w zgodzie z harmonogramem pracy personelu z uwzględnieniem typu wizyty (pierwszorazowa, kontynuacja leczenia, wizyta po receptę).
1821.	Rejestracja wizyty do poradni poprzez portal.
1822.	Możliwość odwołania wizyty poprzez portal.
1823.	Możliwość zmiany terminu wizyty poprzez portal.
1824.	Możliwość przeglądania informacji o planowanych badaniach i usługach.
1825.	Możliwość przeglądania wizyt archiwalnych.
1826.	Możliwość przeglądania informacji o logowaniu (dostępna dla administratora).
1827.	Możliwość określenia wizyty jako „po receptę”.
1828.	Usługa jest dostępna ze stacji roboczych, laptopów, tabletów i smartfonów.
1829.	Usługa po dokonaniu wyboru poradni/specjalizacji i/lub lekarza prezentuje wolne terminy wizyt oraz zapewnia możliwość wybrania przez pacjenta dogodnego dla siebie terminu spośród dostępnych, w którym chce skorzystać z wizyty oraz możliwość dokonania rezerwacji terminu. Informacja o dokonanej rezerwacji terminu wizyty oraz dane pacjenta muszą być dostępne w module obsługi pacjenta i obiegu dokumentacji medycznej.
1830.	Usługa umożliwia wprowadzenie informacji ze skierowania w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kodu chorobowego (ICD10),</li> <li>• jednostki kierującej (REGON, VII i VIII część kodu resortowego),</li> <li>• lekarza kierującego (nr prawa wykonywania zawodu),</li> <li>• daty skierowania.</li> </ul>
1831.	Terminarz dostępnych wizyt w poszczególnych poradniach/specjalizacjach i/lub lekarzy na e-platformie musi wskazywać wolne terminy zgodnie z aktualnym stanem ewidencjonowanym w module obsługi pacjenta i obiegu dokumentacji medycznej.
1832.	Usługa musi na bieżąco (online) weryfikować dostępność wolnych terminów.

1833.	Dokonując rezerwacji terminu wizyty usługa Systemu umożliwia pacjentowi wprowadzenie uwag do wizyty (np. powód wizyty). Wprowadzone uwagi muszą być dostępne w odpowiednich funkcjach systemu w module obsługi pacjenta i obiegu dokumentacji medycznej.
1834.	Usługa wyróżnia (daje możliwość wyboru) typu wizyty, tj. NFZ lub rozliczanej przez innych płatników.
1835.	W ramach usługi istnieje możliwość rejestracji pacjenta do Poradni Medycyny Pracy wraz z możliwością wyboru czynników szkodliwych lub uciążliwych znajdujących się na skierowaniu.
1836.	W ramach usługi istnieje możliwość uzupełnienia danych ze skierowania podczas rejestracji na badania profilaktyczne Medycyny Pracy w szczególności: nazwa firmy, NIP oraz REGON pracodawcy.
1837.	System posiada możliwość automatycznego planowania badań powiązanych z wybranymi przez pacjenta czynnikami szkodliwymi podczas rejestracji do Poradni Medycyny Pracy.
1838.	Usługa udostępnia możliwość wyszukania pierwszego wolnego terminu do danej poradni/specjalizacji lub lekarza.
1839.	Pacjent ma możliwość wglądu do listy swoich zaplanowanych wizyt zarówno tych zarezerwowanych online jak również zaplanowanych w module obsługi pacjenta i obiegu dokumentacji medycznej - wizyty umówione poprzez personel rejestracji placówki.
1840.	Pacjent ma możliwość zmiany online terminu zaplanowanej wcześniej wizyty poprzez wskazanie nowego terminu spośród dostępnych, a informacja o dokonanej zmianie terminu przez Pacjenta jest dostępna w module obsługi pacjenta i obiegu dokumentacji medycznej.
1841.	Usługa automatycznie wysyła do pacjenta potwierdzenie zmiany terminu wizyty na adres e-mail i/lub SMS.
1842.	Usługa umożliwia pacjentowi dokonanie odwołania zaplanowanej wizyty, a informacja o odwołaniu wizyty jest dostępna w module obsługi pacjenta i obiegu dokumentacji medycznej.
1843.	System prowadzi dziennik logowań użytkowników do usługi e-Rejestracji.
1844.	System umożliwia bieżące śledzenie terminów rezerwowanych wizyt przez uprawnionego pracownika Zamawiającego.
1845.	System udostępnia terminarz dokonanych rejestracji, zmian terminu i odwołania wizyty na e-platformie dla każdej placówki indywidualnie.
1846.	System ma możliwość odbioru zwrotnej wiadomości SMS od pacjentów z informacją o rezygnacji z wizyty np. treść wiadomości NIE. Odebrana wiadomość jest automatycznie analizowana przez System w celu weryfikacji którą wizytę należy odwołać. Jeśli w najbliższych dniach (np. 2 dni) pacjent ma kilka wizyt (lub numer telefonu jest przypisany do kilku pacjentów), System powiadomi o tym użytkownika celem podjęcia decyzji, którą z wizyt należy anulować.
1847.	Dla wybranej grupy pacjentów możliwość zablokowania rezerwacji terminu wizyt przez platformę WWW. Mechanizm blokady funkcjonuje zarówno w przypadku standardowej rezerwacji wizyty jak i w przypadku rezerwacji w procesie bez zalogowanego użytkownika.
1848.	W zależności od konfiguracji usługa może pozwalać pacjentowi na przeglądanie wolnych terminów oraz na rozpoczęcie procedury rejestracji przed zalogowaniem się do portalu. W takim przypadku pacjent po wyborze terminu zostanie przeniesiony na stronę umożliwiającą zalogowanie lub założenie konta. Do czasu zalogowania się wybrany termin jest tymczasowo zarezerwowany na określony czas (np. 15 minut).
1849.	Podczas e-Rejestracji na liście rozwijanej będą dla pacjenta dostępne wyłącznie języki, dla których przynajmniej jeden z lekarzy pracujących w jednostkach obsługiwanych przez platformę WWW ma wskazany jako język, w którym się posługuje. Prócz wskazania innych opcji wizyty takich jak sposób płatności, czy typ świadczenia (jeśli są wymagane), na liście zostaną wyświetlone wyłącznie jednostki, które posiadają pracownika posługującego się tym językiem, a następnie wyłącznie terminy wizyt dla pracowników posługujących się wskazanym językiem.
1850.	Usługa udostępnia terminarz w układzie dziennym, tygodniowym lub miesięcznym w procesie rejestracji wizyty lub badania z poziomu e-platformy. Użytkownik ma możliwość wyświetlenia wolnych terminów dla dzisiejszego dnia, wskazania wyświetlanego widoku oraz przechodzenia pomiędzy kolejnymi dniami/tygodniami/miesiącami w zależności od wybranego widoku.
1851.	Możliwość wstępnej rejestracji na badania laboratoryjne z poziomu platformy www. Badanie zlecone za pomocą platformy www zawierać będzie informację, że rejestracja nastąpiła przez portal
1852.	Pracownik partnera ma możliwość wykonania rejestracji na wizytę lub badanie z poziomu platformy www. Dla wyświetlonego pacjenta możliwość edytowania jego danych osobowych lub przejrzanie planowanych wizyt/badań w jednostce. Na liście zostaną wyświetlone wszystkie wizyty i badania, które zostały zarejestrowane z poziomu któregośkolwiek z użytkowników partnerów z danej grupy jednostek.

1853.	W przypadku rejestracji na badania diagnostyczne automatycznie są widoczne terminy pochodzące z dnia, w którym system znalazł wolny termin dla przeprowadzenia wskazanego badania/usługi.
1854.	Możliwość włączenia obsługi e-skierowań z poziomu e-platformy - zaimplementowana możliwość samodzielnego pobierania skierowań elektronicznych przez pacjentów oraz pracowników partnerów w procesie rejestracji na wizytę/badanie diagnostyczne prowadzonym z poziomu e-platformy.
1855.	Użytkownik ma możliwość określenia, ile dni przed terminem wizyty/badania będzie wysyłane żądanie potwierdzenia wizyty/badania.
1856.	System posiada parametr umożliwiający odwołanie wizyty (w tym e-porady) lub badania, które nie zostało opłacone, a posiada minimum jedną usługę wymagającą płatności. Program niezależnie od rodzaju umowy sprawdza w pierwszej kolejności ustawioną płatność dla danej pozycji umowy. W przypadku, gdy płatność ta określona jest jako „jak w umowie”, sprawdzana będzie płatność zgodna z płatnością wprowadzoną w umowie. Jeśli po zadanych czasie od zarejestrowania wizyty/badania zostanie znaleziona przynajmniej jedna usługa wymagająca zapłaty online, a nie została wykonana płatność, nastąpi odwołanie wizyty/badania, a na adres mailowy pacjenta (o ile wyraził zgodę na przysyłanie wiadomości mailowych) zostanie wysłana odpowiednia informacja o odwołaniu.
<b>1857.</b>	<b>E-Powiadomienia</b>
1858.	Usługa e-Powiadomienia udostępnia funkcjonalności informowania pacjenta lub pracownika medycznego o zbliżającym się terminie realizacji usługi zarejestrowanej w Systemie.
1859.	Użytkownik korzystający z usługi e-Powiadomienia, powiadamiany będzie przy pomocy wiadomości poczty elektronicznej i/lub wiadomości SMS o zbliżających się terminach związanych z prowadzonym leczeniem w danej placówce. Działanie usługi spełnia obowiązek wynikający wprost z art. 23a ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135, z późn. zm.). Zgodnie z którym Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20, jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Usługa posiada funkcjonalność określoną Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczenioborców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z dnia 7 lipca 2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 1404).
1860.	Usługa udostępnia funkcjonalność przekazywania pacjentom informacji przypominającej o planowanej wizycie, zmianie jej terminu lub jej odwołaniu za pomocą wybranego medium komunikacyjnego (SMS, mail, dwoma sposobami równocześnie) w zależności od preferencji użytkownika (parametr w profilu użytkownika).
1861.	Powiadomienia są generowane automatycznie przez poszczególne e-usługi. Dodatkowo uprawniony użytkownik może wysyłać powiadomienia do osoby lub grup osób „na żądanie”.
1862.	Poprzez usługę istnieje możliwość przekazywania pacjentom innych informacji na żądanie uprawnionego pracownika szpitala/przychodni. Adresatami powiadomienia mogą być: wskazany pacjent, grupa pacjentów (wybrana z użyciem filtra daty i godziny oraz/lub jednostki organizacyjnej), wszyscy pacjenci.
1863.	Istnieje możliwość określania przez Administratora Systemu, treści korespondencji e-mail i SMS-owej do pacjentów, którzy mają zarejestrowaną wizytę.
1864.	Możliwość cyklicznego wysyłania wiadomości SMS i e-mail do pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• NFZ,</li> <li>• Abonamentowych,</li> <li>• Prywatnych,</li> <li>• Innych.</li> </ul>
1865.	Obsługa wysyłania powiadomień SMS jednorazowych powyżej 160 znaków - maksymalna długość wiadomości z polskimi znakami to 402 znaki, po przekroczeniu tej wartości treść wiadomości SMS będzie zamieniana na wersję bez polski znaków.
1866.	Możliwość ustawienia zakresu godzinowego wysłania wiadomości SMS.
1867.	Walidacja na wysyłkę powiadomień dla pacjentów którzy zostali oznaczeni jako zmarli/nieaktywni. Mimo wprowadzonych danych kontaktowych w kartotece pacjenta taki pacjent nie jest widoczny w module powiadomień.
1868.	Usługa umożliwia przypomnienie o zaplanowanej wizycie lub badaniach diagnostycznych oraz informacji o potrzebie dostarczenia dokumentów (np. oryginał skierowania). Ponadto usługa e-powiadomienia dedykowana jest do zdarzeń typu: dokonanie rezerwacji terminu wizyty, jej zmianie lub odwołaniu.
1869.	Usługa posiada mechanizmy umożliwiające integrację z centralą VOIP w celu automatycznej identyfikacji pacjenta w obszarze działania Call Center.

1870.	Możliwość ustawienia liczby dni przed wizytą, kiedy pacjent ma otrzymać wiadomość.
1871.	Utworzenie treści automatycznej wiadomości SMS.
1872.	Podgląd listy osób, do których została wysłana wiadomość.
1873.	Możliwość wysyłki wiadomości wg rodzaju płatnika i usługi.
1874.	Możliwość definiowania grup pacjentów lub personelu i wysyłki wiadomości do tych grup pacjentów lub grup personelu.
1875.	Możliwość wyświetlenia informacji o pacjentach posiadających niepełne dane kontaktowe oraz oznaczenie zgód na wysyłanie powiadomień.
1876.	Możliwość utworzenia grupy do wysyłki powiadomień z uwzględnieniem kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zakres daty urodzenia,</li> <li>• Rok urodzenia,</li> <li>• Miejscowość,</li> <li>• Deklaracja POZ.</li> </ul>
1877.	Możliwość konfiguracji wysyłania powiadomień o nowych wynikach badań: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wyłączone - powiadomienia o wynikach badań nie będą rozsyłane,</li> <li>- Włączone, jedna wiadomość na zlecenie – dla zleceń posiadających więcej niż jedna pozycja badania, po nadaniu statusu zatwierdzenia na wyniku badania będzie wysyłane jedno powiadomienie dla pierwszego zatwierdzonego badania,</li> <li>- Włączone – wiele wiadomości na zlecenie – dla zleceń posiadających więcej niż jedna pozycja badania, po nadaniu statusu zatwierdzenia na wyniku badania, będzie wysyłane wiele powiadomień, tj. po otrzymaniu pierwszego powiadomienia w przypadku nadejścia kolejnego zatwierdzonego badania, system analizuje, czy wysłać kolejne powiadomienie.</li> </ul>
1878.	Na oknie tworzenia wiadomości jednorazowych oraz cyklicznych widnieje komunikat o ilości wysyłanych powiadomień.
1879.	Dzielenie wysyłki powiadomień masowych - możliwość konfiguracji ilości wysyłanych powiadomień podczas sesji.
1880.	Możliwość konfiguracji powiadomień email w formacie HTML.
1881.	Po wywołaniu okna z edycją powiadomienia dla wiadomości email istnieje możliwość modyfikacji wizualnej powiadomienia za pomocą dostępnych funkcji oraz poprzez modyfikację kodu HTML.
<b>1882.</b>	<b>e-Dokumentacja</b>
1883.	Usługa e-Dokumentacja dostępna jest dla Pacjentów posiadających konto w e-platformie i udostępniała będzie usługi pozwalające na dostęp Pacjenta do zgromadzonej i udostępnionej przez placówkę dokumentacji medycznej, tj. wysłanie i odbiór dokumentacji indywidualnej w postaci elektronicznej, jako alternatywę postaci papierowej.
1884.	Zakres udostępnianej dokumentacji wynika z konfiguracji usługi. Pacjenci mają możliwość dostępu do własnej dokumentacji, a lekarze Zamawiającego dostęp do dokumentacji tych pacjentów, którzy byli przez nich leczeni w tej placówce. Lekarze współpracujący (z innych podmiotów) mają dostęp do dokumentacji tych pacjentów, do których dostęp został im indywidualnie przyznany przez pacjenta.
1885.	Po zalogowaniu do e-platformy osoba chcąca mieć dostęp do dokumentacji widzi listę tych dokumentów, do których dostęp wynika z powyższych zasad. Pozycje na liście są opisane parametrami, pozwalającymi jednoznacznie określić wizytę (data, gabinet, lekarz) i dokument wystawiony w ramach tej wizyty.
1886.	Po wskazaniu dokumentu na liście użytkownik po kliknięciu na odpowiedni przycisk może wskazany dokument: wyświetlić, wydrukować, pobrać w postaci pliku PDF i zapisać na lokalnym nośniku danych.
1887.	Usługa jest na bieżąco integrowana z Platformą P1 stosownie do zakresu uruchomienia Platformy.
1888.	Usługa jest udostępniona w module e-platformy na stronie WWW Zamawiającego i dostępna zarówno w sieci Internet jak i wewnętrznej każdej placówki Zamawiającego.
1889.	Usługa jest dostępna dla pacjentów oraz uprawnionych pracowników medycznych Zamawiającego posiadających konta w e-platformie po zalogowaniu do e-platformy.
1890.	Usługa, w pełnym zakresie, jest możliwa do uruchomienia dla pacjentów na kiosku internetowym w placówce Zamawiającego.
1891.	Dostępność usługi jest możliwa z poziomu stacji roboczych i urządzeń mobilnych, w tym tabletów.
1892.	Poprzez usługę istnieje dostęp dla pacjenta lub lekarza placówki współpracującej do dokumentacji zgromadzonej w placówkach Zamawiającego i przechowywanej w Systemie, tj.: zapisów historii choroby, zaleceń lekarskich, orzeczeń, opisów wyników badań, opisów dawkowania leków, historii wizyt, informacji o schorzeniach przewlekłych itp.

1893.	<p>Poprzez usługę istnieje możliwość wysłania i odbioru dokumentacji indywidualnej w postaci elektronicznej, jako alternatywy postaci papierowej, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informacja dla lekarza kierującego/POZ,</li> <li>• orzeczenie, opinia,</li> <li>• wyniki badań diagnostycznych,</li> <li>• dokumenty dostarczane do przychodni,</li> <li>• deklaracja wyboru - deklaracja wyboru - Podstawowa Opieka Zdrowotna,</li> <li>• oświadczenie o upoważnieniu innej osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia,</li> <li>• skierowanie (do czasu uruchomienia platformy P1),</li> <li>• dokumenty własne pacjenta.</li> </ul>
1894.	Usługa umożliwia pacjentowi przeszukanie historii wizyt we wskazanym ośrodku i wyświetlenie informacji medycznych udostępnionych przez ten ośrodek w ramach wskazanej wizyty.
1895.	Usługa umożliwia opatrzenie udostępnianych dokumentów bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym kwalifikowanym certyfikatem.
1896.	Usługa umożliwia przekazanie przez pacjenta dostępu do swojej dokumentacji dowolnemu lekarzowi.
1897.	Usługa udostępnia możliwość dołączenia przez pacjenta posiadanej dokumentacji medycznej, oświadczeń i ankiet do wizyty, której termin pacjent uprzednio zarezerwował.
1898.	Usługa e-Dokumentacja umożliwia udostępnienie pacjentowi dokumentów innych niż medyczne (np. instrukcja przygotowania się do badania).
1899.	Usługa umożliwia autoryzowanemu personelowi udostępnianie pacjentowi dokumentacji medycznej z procesu jego leczenia.
1900.	Usługa umożliwia udostępnianie partnerom szpitala dokumentacji medycznej z procesu leczenia pacjenta. Dokumenty elektroniczne będące przedmiotem komunikacji pomiędzy pacjentami a partnerami będą przechowywane na serwerach szpitala.
1901.	Usługa umożliwia pacjentowi dostęp do dokumentacji medycznej z procesu jego wcześniejszego leczenia (np. w innej placówce). Pacjent może zeskanować i przesłać posiadane dokumenty lekarzowi lub załączyć je do zaplanowanej wizyty. Zeskanowane dokumenty mogą być dołączone do EDM.
1902.	Dokumentacja przekazywana jest w postaci plików PFD lub XML.
1903.	Pacjent oprócz możliwości podglądu każdego dokumentu, wydruku lub zapisu na lokalnym zasobie dyskowym może zamieszczać na swoim profilu dodatkowe dokumenty (np. pochodzące z innych jednostek) w celu przekazania i udostępniania lekarzowi prowadzącemu.
1904.	Pacjent ma możliwość filtrowania kategorii dokumentów - np. wyniki badań, skierowania, itp.
1905.	W przypadku potrzeby udostępniania dokumentacji pacjenta partnerom jednostki pacjent może autoryzować dostęp dla osób trzecich terminowo lub bezterminowo.
1906.	Usługa jest w pełni zintegrowana z systemem dystrybucji dokumentów EDM. Każde zdarzenie podglądu, wydruku lub pobrania dokumentu jest odnotowywane w Systemie zgodnie z zasadami ustalonymi dla EDM.
1907.	Możliwość ustawienia na szablonach wydruku domyślnego udostępnienia na e-portalu. Podczas generowania dokumentów w EDM, wygenerowane pliki PDF zostaną domyślnie udostępnione pacjentowi na portalu.
<b>1908.</b>	<b>e-Badanie</b>
1909.	Usługa e-Badanie dostępna jest dla Pacjentów Przychodni, posiadających konta w e-platformie i udostępnia wyniki wykonanych badań diagnostycznych i laboratoryjnych.
1910.	Usługa e-Badanie dostępna jest dla Pacjentów oraz uprawnionych pracowników medycznych placówki, posiadających konta w e-platformie. Pacjent po zalogowaniu się do e-platformy może w module e-Badanie wybrać z listy jeden z udostępnionych mu dokumentów z wynikiem badania.
1911.	Dostęp do usługi e-Badanie jest być możliwy z poziomu e-platformy za pośrednictwem strony WWW Zamawiającego, w sieci Internet oraz w sieci wewnętrznej (intranet). Dostęp do usługi jest możliwy wyłącznie po zalogowaniu się użytkownika do e-platformy - użytkownik musi posiadać konto w e-platformie.
1912.	Dostępność usługi jest możliwa z poziomu stacji roboczych i urządzeń mobilnych, w tym tabletów.
1913.	Poprzez usługę istnieje dostęp dla pacjenta do wyników badań diagnostycznych i laboratoryjnych zgromadzonych w placówkach Zamawiającego i przechowywanych w Systemie.
1914.	Usługa umożliwia pacjentowi przeszukanie historii wizyt we wskazanym ośrodku i wyświetlenie informacji o wynikach badań wykonanych w związku z wybraną wizytą, udostępnionych przez ten ośrodek w ramach wskazanej wizyty.



1915.	Usługa umożliwia wyświetlenie przez pacjenta wyników badań, pobranie ich w postaci pliku co najmniej PDF (z możliwością zapisu na lokalnym nośniku danych) oraz ich wydrukowanie.
1916.	Usługa umożliwia opatrzenie udostępnianych wyników badań bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym kwalifikowanym certyfikatem.
<b>1917.</b>	<b>e-Ankieta</b>
1918.	Usługa udostępniona jest w module e-platformy za pośrednictwem Portalu Informacyjnego Placówki.
1919.	Dostęp do usługi jest możliwy zarówno z sieci Internet jak i Intranet (sieć wewnętrzna Zamawiającego).
1920.	E-Ankieta jest dostępna dla Pacjentów posiadających konto w e-platformie i umożliwia pacjentom wypełnienie i wysłanie ankiet elektronicznych - zarówno związanych z procesem leczenia (np. elementy wywiadu) jak i innych (np. ankieta zadowolenia z jakości udzielonych świadczeń).
1921.	Usługa w pełnym zakresie jest dla pacjentów możliwa do uruchomienia z poziomu stacji roboczych i urządzeń mobilnych, w tym tabletów, a także na kiosku internetowym w placówce Zamawiającego.
1922.	Ankieta jest dostępna dla pacjentów i/lub parterów szpitala, posiadających konto w e-platformie, po zalogowaniu przy pomocy parametrów dostępowych.
1923.	Użytkownik po zalogowaniu się za pomocą indywidualnego profilu i uruchomieniu usługi e-Ankieta widzi listę ankiet możliwych do wypełnienia oraz ankiet wypełnionych dotychczas przez niego.
1924.	Wskazanie na liście ankiet jednej z już wcześniej wypełnionych i kliknięcie na odpowiedni przycisk umożliwia wyświetlenie (bez prawa modyfikacji), wydruk lub zapisanie do pliku PDF wskazanej ankiety.
1925.	Użytkownik może wskazać ankietę z listy - po wskazaniu zostanie wyświetlony formularz powiązany z wybraną ankietą.
1926.	Formularze ankiet są definiowane przez administratora Systemu.
1927.	Możliwe jest używanie w ankietach elementów typu radio button, checkbox, lista, lista rozwijalna.
1928.	Reguły obligatoryjności i walidacji poprawności wprowadzanych danych stanowią element definicji formularza ankiety.
1929.	Administrator Systemu ma możliwość określenia, czy dana ankieta będzie dotyczyć pacjenta ogólnie, czy też będzie powiązana z konkretnym miejscem wykonania usługi (z dokładnością do poradni i/lub lekarza).
1930.	Administrator Systemu ma możliwość określenia, czy dana ankieta ma być dostępna jako element dokumentacji medycznej.
1931.	Po wypełnieniu formularza System prosi o potwierdzenie poprawności wprowadzonych informacji. Po otrzymaniu potwierdzenia System zapisuje ankietę w bazie danych.
1932.	Pacjent ma możliwość wydrukowania ankiety oraz wysłania jej do szpitala, w celu udostępnienia personelowi medycznemu lub partnerom.
1933.	Dane zebrane w usłudze e-ankiety są dostępne dla personelu medycznego i partnerów Zamawiającego.
1934.	Funkcjonalność zmiany statusu ankiety cyklicznej zweryfikowanej na status początkowy w przypadku jakiegokolwiek jej modyfikacji przez pacjenta. Jeżeli ankieta jest zweryfikowana, to w przypadku modyfikacji bądź dodania kolejnej serii danych przez pacjenta system zmieni status ankiety na status początkowy, określony w konfiguracji ankiety. Zmiana statusu ankiety dostępna jest wyłącznie dla ankiet cyklicznych (monitorujących).
<b>1935.</b>	<b>Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM) z Repozytorium Dokumentacji Medycznej (RDM)</b>
1936.	Funkcjonalność automatycznego zapisywania generowanych dokumentów w wersji elektronicznej oraz zapamiętywania wszelkich zmian dokonywanych na tych dokumentach wraz kolejnym wydrukiem (wersjonowanie).
1937.	Zapis wszystkich wydruków w formacie PDF w odpowiedniej wersji wraz z informacją o metadanych (tj. data i godzina powstania wersji, dane pacjenta, kiedy nastąpił wydruk, kto go wykonał oraz z jakiego powodu dokonano kolejnego wydruku).
1938.	Możliwość przechowywania skanów lub filmów.
1939.	Możliwość podglądu każdej z wersji wydruku i sprawdzenia poprzednich i kolejnych wersji dokumentu pod kątem zawartości.
1940.	Dla każdego dokumentu papierowego lub elektronicznego możliwość określenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Powiązania z pacjentem,</li> <li>• Miejsca wytworzenia,</li> <li>• Typu dokumentu,</li> <li>• Okresu i miejsca przechowywania,</li> <li>• Rodzaju medium,</li> <li>• Oryginał/kopia.</li> </ul>
1941.	Funkcjonalność pozwala na podpisywanie każdego dokumentu PDF podpisem elektronicznym.

1942.	Na ekranie startowym aplikacji wyświetlana jest informacja o liczbie dokumentów wymagających podpisu. Po wywołaniu funkcji prezentującej użytkownikowi listę dokumentów do podpisania (które są powiązane z rolą do podpisu zalogowanego użytkownika) system prezentuje informację o tym, ile osób dokonało podpisu każdego dokumentu. Użytkownik ma możliwość wyszukiwania dokumentów po oddziale/poradni, pacjencie lub po opisie oraz możliwość podglądu wybranego dokumentu, jego podpisania lub odmowy podpisania (z podaniem przyczyny).
1943.	Możliwe jest podpisanie/odmowa podpisania zbiorczo grupy dokumentów.
1944.	Walidacja powiązania loginu zalogowanego do systemu użytkownika ze słownikiem personelu - użytkownikowi nie powiązanemu z personelem nie będzie udostępniana lista dokumentów wymagających podpisu.
1945.	Funkcjonalność poglądu dokumentów niepodpisanych (dostępna dla użytkowników z prawami administratora) - na liście są wyświetlone dokumenty, które wymagają podpisu lub mają wprowadzoną odmowę podpisu. Użytkownik ma możliwość sortowania zawartości okna wg filtrów: „wszystkie”, „niepodpisane”, „odmowa podpisu” wraz z opcją „tylko najnowsza wersja”.
1946.	Dla wskazanego dokumentu możliwość wyświetlenia informacji o pacjencie, dla którego został wygenerowany dokument, miejscu wytworzenia dokumentu, rodzaju dokumentu, informacji o tym, czy dokument został dodany w formie elektronicznej, dacie wytworzenia dokumentu, statusie podpisania.
1947.	Dla wskazanego dokumentu możliwość wyświetlenia informacji o operacjach wykonanych dotychczas na tym dokumencie.
1948.	Możliwość przeglądania wszystkich wersji wskazanego dokumentu.
1949.	Możliwość przypisania ról w module EDM dla pracownika. Poprzez role można definiować listę osób, których podpis elektroniczny jest wymagany na danym dokumencie, oraz kolejność składania tych podpisów. Role mogą mieć zastosowanie ogólne lub oddziałowe z możliwością wskazania zastępstwa (dla roli ogólnej można wybrać dowolnego pracownika istniejącego w systemie, dla roli typu „oddział” wybór z listy podjednostek dostępnych we wskazanej jednostce).
1950.	Możliwość przypisania ról EDM do wydruków: dla włączonej opcji generacji dokumentacji w formie elektronicznej użytkownik nie będzie posiadał możliwości wyboru opcji fizycznego wydruku dokumentacji, natomiast przy wyłączonej opcji generowania dokumentacji medycznej użytkownik ma możliwość wskazania domyślnej drukarki, opcji wyboru drukarki, wskazania ilości wydruku kopii oraz generowania okna podglądu wydruku.
1951.	Możliwość zdefiniowania słowników dokumentów medycznych.
1952.	Automatyczny druk dokumentu PDF podczas wydruków: karty informacyjnej, wypisu (z przypisaniem wydruku do historii choroby).
1953.	Możliwość wymuszenia na użytkowniku każdorazowo podawania przyczyny zmiany lub ponownego wydruku wersji dokumentu.
1954.	Adnotacja o osobie wypożyczającej wydającą dokumentację medyczne.
1955.	Możliwość ewidencjonowania pozycji archiwum papierowego.
1956.	Możliwość ewidencjonowania zdarzeń na pozycjach archiwum.
1957.	Możliwość wydrukowania potwierdzenia wykonanej operacji na pozycji archiwum (potwierdzenie wypożyczenia, potwierdzenie przeniesienia itd.).
1958.	Możliwość drukowania potwierdzeń zbiorczych.
1959.	Możliwość nadania statusu dokumentacji medycznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wypożyczenie,</li> <li>• Zwrot,</li> <li>• Zniszczenie,</li> <li>• Zagubienie,</li> <li>• Odnalezienie,</li> <li>• Utworzenie kopii,</li> <li>• Planowe zniszczenie,</li> <li>• Odmowa udostępnienia,</li> <li>• Przeniesienie do Archiwum.</li> </ul>
1960.	Możliwość wyszukiwania dokumentacji z użyciem filtrów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nazwisko pacjenta,</li> <li>• PESEL pacjenta,</li> <li>• Data i miejsce wytworzenia dokumentu,</li> <li>• Okres i miejsce przechowywania,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data przyjęcia do archiwum,</li> <li>• Status dokumentacji,</li> <li>• Typ i rodzaj dokumentu,</li> <li>• Termin zwrotu (przekroczony/nieprzekroczony),</li> <li>• Identyfikator pacjenta, jednostki organizacyjnej, twórcy dokumentu,</li> <li>• Nazwisko i/lub nr prawa wykonywania zawodu osoby dokonującej wpisu,</li> <li>• Kod i/lub nazwa usługi,</li> <li>• Kod chorobowy ICD10.</li> </ul>
1961.	<p>System ma możliwość zarządzania obiegiem elektronicznej dokumentacji medycznej w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• definiowania ról do użytkowników (np. lekarz, ordynator, pielęgniarka, anestezjolog) z podziałem na komórki organizacyjne lub w ramach całego podmiotu,</li> <li>• definiowania wymagalności podpisywania elektronicznych dokumentów przez określone role użytkowników (wymagane role oraz kolejność podpisywania/akceptowania dokumentu),</li> <li>• system prezentuje użytkownikowi listę dokumentów które muszą być przez niego elektronicznie podpisane/zatwierdzone,</li> <li>• system daje możliwość wprowadzenia odmowy podpisania dokumentu przez użytkownika z adnotacją o przyczynach odmowy,</li> <li>• system kontroluje, czy wszystkie wymagane role/użytkownicy podpisali się na danym dokumencie,</li> <li>• system ma możliwość kontroli wersjonowania dokumentu.</li> </ul>
1962.	Informacja o lekarzu prowadzącym oraz operatorze na oknach z listami dokumentów do podpisu.
1963.	Jeżeli dokument został opatrzony podpisem elektronicznym, system może wyświetlić komunikat z informacją o użytkowniku podpisującym oraz czasie wykonania podpisu.
1964.	W przypadku dokumentów wielostronicowych system wyświetla informację o tym, na której stronie z ilu stron dokumentu ogółem znajduje się użytkownik.
1965.	Dla każdego szablonu dokumentu system umożliwia ustawienie parametru „wyłączenia z EDM” – dokument nie zostanie odłożony do archiwum dokumentacji, zostanie od razu przesłany do wydruku na drukarkę.
1966.	Na oknie zamówienia w księdze archiwum EDM możliwość wygenerowania spisu treści dla dodanych dokumentów. Spis treści zostanie wygenerowany po wskazaniu dokumentów.
1967.	Możliwość zbiorczego wydruku dokumentów wprowadzonych w zamówieniu na wypożyczenie. System wygeneruje kolejno wszystkie wydruki wskazane w zamówieniu. Jeżeli brak dokumentu w lokalizacji, która została wskazana jako miejsce składowania dokumentacji EDM, system wyświetli komunikat o braku pliku.
1968.	Możliwość czasowej dezaktywacji roli użytkownika oraz wskazania zastępstwa (dla roli ogólnej można wybrać dowolnego pracownika w systemie, dla roli oddziałowej - do wyboru z podjednostek dostępnych we wskazanej jednostce).
1969.	Przy każdej pozycji wersji dokumentu jest wyświetlona informacja o tym, czy dokument został podpisany, czy też nastąpiła odmowa podpisu. Wyświetlany jest również login użytkownika generującego dokument, a w przypadku odmowy podpisu - informacja o loginie użytkownika, który wprowadził odmowę podpisu.
1970.	Możliwość pobrania dokumentacji elektronicznej w celu jej udostępnienia pacjentowi.
1971.	Na oknie z listą dokumentów do podpisu wyświetlanie zawartości okna od „najnowszych dokumentów” oraz filtrowanie po dacie wytworzenia: „wszystkie”, „dzisiaj”, „wczoraj”, „przedwczoraj”, „wcześniejsze”.
1972.	Możliwość dołączenia pliku XML z szablonu P1 podczas ręcznego dodawania plików do EDM.
1973.	Możliwość dodawania przez pacjenta dokumentów nie związanych z historią choroby.
1974.	<p>Funkcjonalność umożliwiającą udostępnianie wskazanych dokumentów danego partnera. System pozwala na przypisanie partnera do pacjenta i udostępnianie partnerowi dostępu do danego dokumentu pacjenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• automatycznie – po wygenerowaniu dokumentu, zostanie od umieszczony w repozytorium dokumentacji medycznej i automatycznie zostanie powiązany z partnerem lub partnerami wskazanymi w danych pacjenta;</li> <li>• jako funkcja wywołana na żądanie użytkownika. Po wygenerowaniu dostępu bądź zapisaniu informacji o dokumencie, dany dokument będzie widoczny na koncie www dla danego partnera.</li> </ul> <p>W przypadku, gdy dokument został załączony bezpośrednio przez jednego z pracowników partnera z poziomu platformy www, zostanie on automatycznie powiązany z danym partnerem, a jako uwaga do powiązania zostanie wprowadzona informacja wskazująca, że dokument został załączony przez pracownika jednostki partnerskiej.</p>
1975.	Filtr dający możliwość wyświetlenia wszystkich dokumentów lub takich, które zostały lub nie zostały podpisane, dokumentów widocznych z poziomu www, dokumentów powiązanych/niepowiązanych z partnerem oraz dokumentów, które zostały udostępnione wprowadzonemu partnerowi.

1976.	Podczas każdorazowego dodawania pliku przez pacjenta/lekarza/pracownika partnera system sprawdza czy potrafi zapisać plik w repozytorium EDM. Jeśli jest z tym problem to użytkownik dostaje odpowiedni komunikat, a żadne zmiany w bazie danych nie są wykonywane.
1977.	Na adresy mailowe wszystkich użytkowników będących administratorami wysłana jest informacja o występujących problemach z zapisem dokumentu do repozytorium EDM.
1978.	Informacja o występującym incydencie zostanie dodana jako wpis w logach dostępnych dla kont administratorów. Każdy wpis zawiera informacje o dacie i godzinie występowania opisanego problemu oraz użytkowników i adresie IP, dla którego wystąpił dany incydent.
1979.	Jeśli podczas pobierania dokumentu system nie znajdzie wskazanego dokumentu lub, gdy występuje problem z dostępem do zasobu EDM, zostanie wyświetlona poniższa informacja, a użytkownik nie będzie miał możliwości pobrania tego dokumentu.
1980.	Dokumenty które nie mogły zostać wygenerowane z powodu problemów z dostępem do zasobów, nie są odkładane jako dokumenty do podpisu. W przypadku e-Recept i e-Skierowań mechanizm ten nie jest stosowany ponieważ komunikacja z CSIOZ jest nadrzędna (pomimo braku dostępu do zasobów EDM dokumenty te będą wygenerowane i przesłane do CSIOZ, a pacjent otrzyma PIN).
1981.	W systemie przed wydrukiem dokumentu uruchamiana jest funkcjonalność sprawdzająca, czy w repozytorium EDM znajduje się już co najmniej jedna wersja drukowanego dokumentu. Jeśli taka wersja istnieje to wyświetlany jest monit z pytaniem, czy otworzyć podgląd ostatniej wersji z repozytorium EDM lub czy wygenerować nową wersję dokumentu.
1982.	Na oknie podglądu dokumentów EDM możliwość ograniczenia uprawnień do funkcjonalności względem grup użytkowników. Możliwe jest ograniczenie dostępu do drukowania dla wybranych grup użytkowników.
1983.	

#### 4. Wymagania dla oprogramowania administracyjnego

	<b>Finanse-Księgowość</b>
1984.	Prezentacja dokumentów zlikwidowanych z ich wyróżnieniem kolorystycznym.
1985.	Użytkownik ma możliwość wprowadzenia nowej operacji z poziomu dowodu kasowego.
1986.	Podczas wprowadzania dekretu jednostronnego tylko po stronie WN lub tylko po stronie MA system wprowadzi dane tylko po stronie uzupełnionego konta, a konto przeciwstawne zostanie uzupełnione automatycznie.
1987.	Prowadzenie ksiąg odbywa się zgodnie z art. 9 ustawy o rachunkowości, to jest w języku polskim i w walucie polskiej.
1988.	System pozwala na prowadzenie ksiąg w układzie kont księgi głównej, kont ksiąg pomocniczych oraz ewidencji pozabilansowej (konta pozabilansowe).
1989.	System umożliwia dokonywanie zapisów księgowych zgodnie z art. 23 ustawy o rachunkowości, w tym pozwala na dokonywanie zapisów księgowych zawierających: określenie rodzaju i numeru identyfikacyjnego dowodu księgowego stanowiącego podstawę zapisu oraz jego datę, kwotę dokumentu, treść operacji, termin płatności, datę dokonania operacji gospodarczej (datę księgowania), datę zapisu (datę wprowadzenia do ksiąg), oznaczenie stron kont oraz kont których operacja dotyczy.
1990.	Możliwość wprowadzenia zapisów o następującej długości znaków: a) identyfikator dokumentu (tj. np. numer faktury/rachunku/umowy) – 20 znaków i mniej, b) treść operacji – 500 znaków i mniej, c) daty – w układzie dzień/miesiąc/rok (00/00/0000)
1991.	W zakresie prowadzenia ksiąg rachunkowych system jest zgodny z ustawą o rachunkowości w tym art. 13 ust. i ust. 5, zgodnie z którymi: a) ust. 4 "księgi rachunkowe mają być trwale oznaczone nazwą (pełną lub skróconą) jednostki, której dotyczą (każda księga wiązana, każda luźna karta kontowa, także jeżeli mają one postać wydruku komputerowego lub zestawienia wyświetlanego na ekranie monitora komputera), nazwą danego rodzaju księgi rachunkowej oraz nazwą programu przetwarzania; wyraźnie oznaczone co do roku obrotowego, okresu sprawozdawczego i daty sporządzenia." a) ust. 5 "Przy prowadzeniu ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera należy zapewnić automatyczną kontrolę ciągłości zapisów, przenoszenia obrotów lub sald. Wydruki komputerowe ksiąg rachunkowych powinny składać się z automatycznie numerowanych stron, z oznaczeniem pierwszej i ostatniej, oraz być sumowane na kolejnych stronach w sposób ciągły w roku obrotowym".
1992.	Możliwość prowadzenia dzienników zgodnie z art. 14 ustawy o rachunkowości, to jest: a) Dziennik powinien umożliwić uzgodnienie jego obrotów z obrotami zestawienia obrotów i sald kont księgi głównej, b) Zapisy w dzienniku muszą być kolejno numerowane, a sumy zapisów (obroty) liczone w sposób ciągły. Sposób dokonywania zapisów w dzienniku powinien umożliwić ich jednoznaczne powiązanie ze sprawdzonymi i zatwierdzonymi dowodami księgowymi. c) Zapis księgowy powinien posiadać automatycznie nadany numer pozycji, pod którą został wprowadzony do dziennika, a także dane pozwalające na ustalenie osoby odpowiedzialnej za treść zapisu.
1993.	Możliwość wygenerowania wydruku przyjętego planu kont
1994.	Możliwość wydruk katalogów systemowych.
1995.	Możliwość tworzenia automatów wzorców księgujących m.in. zamykanie kont wynikowych (automatyczne przeniesienie na wynik finansowy) , zamykanie kręgów kosztów.
1996.	Możliwość automatycznego wielokrotnego wygenerowania bilansu otwarcia zapisów na kontach bilansowych poprzedniego roku.
1997.	Możliwość księgowania BO oraz korekty BO w trybie odrębnego dokumentu.
1998.	Możliwość pracy jednocześnie w dwóch otwartych latach bilansowych.
1999.	Możliwość generowania raportów w układzie dzienników księgowania .
2000.	Możliwość generowania raportów w układzie co najmniej wydruku dokumentów księgowych w trybie jednoczesnego wyboru zakresu „od – do” wg dat, kwot , kont wg: a) dokumentów b) sumy obrotów kont c) wykazu dokumentów d) kartoteki kont.

2001.	Możliwość generowania raportów w układzie co najmniej: kartotek kont – w trybie jednoczesnego wyboru zakresu „od – do” wg konta, daty, kwoty, symbolu dowodu, identyfikatora.
2002.	Możliwość generowania raportów w układzie co najmniej: wydruk zestawienia obrotów i sald w trybie jednoczesnego wyboru: konta z zakresu „od – do”, rodzaju kont , okresu
2003.	Możliwość ręcznego i automatycznego tworzenia segmentów kont analitycznych, w tym możliwość tworzenia segmentów kont analitycznych w układzie podpinanych katalogów np. jednostki, ośrodków powstawania kosztów, pracowników.
2004.	Możliwość określenie rodzaju konta , powiązanie go z walutą
2005.	System umożliwia wygenerowanie i wydruk raportu z wybranego dekretu konta oraz zestawienie obrotów i sald.
2006.	Możliwość przechowywania danych kontrahenta w odpowiadającej mu kartotece. Dane te muszą zawierać: nazwę pełną kontrahenta, nazwę skróconą, adres siedziby, adres do korespondencji, NIP, REGON, PESEL, KRS, wiele numerów rachunków bankowych.
2007.	Identyfikacja Kontrahenta będącego jednocześnie dostawcą i odbiorcą poprzez jedną i tę samą kartotekę.
2008.	Przy zakładaniu kartotek kontrahentów System żąda określenia „rodzaju kontrahenta” wg otwartego słownika tworzonego przez Zamawiającego (np. osoba fizyczna, działalność gospodarcza, spółka kapitałowa, spółka osobowa) i w zależności od rodzaju kontrahenta żądać podania wymaganego minimum danych (np. NIP dla osoby prawnej).
2009.	Możliwość wyboru kartoteki (znalezienie kontrahenta) przynajmniej po następujących kryteriach: nazwa kontrahenta, NIP, nazwa miejscowości, nazwa ulicy, numer NIP oraz po dowolnej frazie występującej w wymienionych kryteriach, wyróżnikach.
2010.	Możliwość definiowania dowolnej ilości rodzajów dokumentów.
2011.	Możliwość przygotowania, edytowania i wydrukowania dokumentu PK „polecenie księgowania” na podstawie wyboru (odznaczenia).
2012.	Możliwość wprowadzenia kilku dat płatności do jednego księgowanego dokumentu (np. faktury zakupu) z podziałem na rachunki bankowe kontrahenta z uwzględnieniem planowych terminów spłat w wiekowaniu należności i zobowiązań (harmonogram).
2013.	Możliwość powiązania dokumentu z rachunkiem bankowym dostawcy o ile posiada więcej niż jeden (możliwość wykorzystania tej informacji przy generowaniu poleceń przelewów).
2014.	Możliwość wyszukiwania dokumentów w Systemie wg danych księgowych zawartych w Systemie pozwalając określić zakres od-do dla np. daty faktury, daty zapłaty, kwoty netto, kwoty brutto.
2015.	Możliwość generowania zestawień/raportów w układzie zapisów na danym koncie (wydruku kartotek) ze wskazaniem podziału na stanowiące i niestanowiące kosztów uzyskania przychodów.
2016.	System posiada mechanizm bufora księgowania. Trzystopniowe zatwierdzanie i księgowanie dokumentów, to jest: a) I etap – wprowadzanie dokumentów do ksiąg i ich zatwierdzenie. Na tym etapie ma być możliwa poprawa i usunięcie poszczególnych dokumentów jak również zapisów. Na podstawie dokumentów zatwierdzonych przy I etapie ma być również możliwe wstępne wygenerowanie zapisów i obrotów na kontach na podstawie których możliwe będzie wykonanie dowolnych zestawień księgowych bazujących na obrotach i zapisach na kontach (zestawienie obrotów i sald, zapisy na koncie, bilans, rachunek wyników, inne) b) II etap – blokada zatwierdzanych w I etapie dokumentów przez osoby posiadające odpowiednie uprawnienia. Dokumenty takie nie mogą być zmieniane. Istnieje możliwość wycofania blokady przez użytkownika posiadającego takie uprawnienia. c) III etap – zaksięgowanie dokumentów zatwierdzonych. Po tych czynnościach brak możliwości modyfikacji i zmian w dokumentach. System ma mieć mechanizm kontroli poprawności dokumentów.
2017.	Możliwość kontroli kompletności i poprawności dekretu wprowadzonych dokumentów zgodnie z zasadą podwójnego zapisu. Brak możliwości zatwierdzenia księgowania dokumentu w sytuacji braku zgodności stron debet/kredyt.
2018.	Możliwość dla kont rozrachunkowych ustalania sald dwustronnych to jest salda strony debet i kredyt, możliwość automatycznego przeksięgowania nadpłat na dokumenty niezbilansowane.
2019.	Możliwość wycofywania rozrachunków niezależnie czy wycofanie dotyczyć będzie dokumentów zarejestrowanych czy zatwierdzonych .
2020.	Możliwość kopiowania (duplikowania) , stornowania całych zapisów księgowych ze wskazaniem okresu do jakiego ma zostać skopiowany / wystornowany .
2021.	Możliwość kopii/storna dekretu dwustronnego w ramach dokumentu.

2022.	Możliwość automatycznego przeksięgowania obrotów (zapisów) wybranych kont na inne konto z wygenerowaniem dokumentu PK.
2023.	Możliwość generowania zestawienia obrotów i sald w trybie wyboru wieloparametrowego obejmującym co najmniej parametry z zakresów danych: zakres kont (od nr do nr), okres.
2024.	Możliwość generowania zestawień w układzie zobowiązań i należności dla kont zespołu „2” w układzie kont analitycznych i syntetycznych w układzie: przeterminowanych, nieprzeterminowanych, ogółem z uwzględnieniem struktury wiekowej, to jest przyjętego przedziału czasowego w podziale na minimum 6 zakresów (np. 0-7 dni, 8-30, 31-60, 61-90, 91-180, 181-360).
2025.	Możliwość generowania wiekowej struktury należności i zobowiązań w układzie wyboru wieloparametrowego z jednoczesnym określeniem zakresu dla: a) numerów kont (zakresu kont), b) określenia czy dotyczy należności czy zobowiązań, c) daty płatności od – do, d) należności / zobowiązań liczonych na dzień, e) przedziały (minimum 6), f) trybu uporządkowania (np. wg dokumentów, dat), g) określenia daty dowodu od – do, h) określenia daty dokumentu od – do.
2026.	Możliwość generowania zestawień z kont dla poszczególnych kont rozrachunkowych w układzie zobowiązań / należności generowanych wg stanu „na dzień” w układzie: wymagalnych, niewymagalnych, razem.
2027.	Możliwość wygenerowania zestawienia z kont, w tym kartoteki konta mają zawierać co najmniej następujące dane: a) konto od-do, b) data od-do, c) kwota od-do, d) symbol dowodu od-do, e) identyfikator od-do.
2028.	Możliwość automatycznego generowania potwierdzenia salda dla kont rozrachunkowych w trybie pojedynczego konta, zakresu kont (od-do) , kontrahenta , grupy kontrahentów.
2029.	Możliwość potwierdzenia sald, które ma zawierać typowy (np.: numery faktur, daty wystawienia, wpływu) dla potwierdzeń zakres danych, w tym co najmniej: informacje adresowe o wierzycielu i dłużniku, wykaz dokumentów będących przedmiotem potwierdzenia z wymaganym zakresem danych.
2030.	Możliwość edytowania treści potwierdzenia sald i umieszczania własnej treści potwierdzenia.
2031.	Możliwość automatycznego przeksięgowania dokumentów, tj. zaksięgowanych faktur, na inne konto rozrachunkowe.
2032.	Możliwość automatycznego przygotowania dokumentu PK na podstawie wybranych dokumentów tj. zaksięgowanych faktur.
2033.	Możliwość rejestracji not księgowych dotyczących spłaty należności.
2034.	Możliwość wybrania różnego typu wezwań do zapłaty o różnej treści.
2035.	Możliwość modyfikowania treści szablonów lub poszczególnych dokumentów z punktu powyżej przed ich ostatecznym zapisaniem w Systemie.
2036.	Możliwość umieszczenia znaku graficznego na szablonie wezwań.
2037.	Możliwość wygenerowanie automatycznie wezwania dla wybranego dłużnika/wybranych dłużników. Ma zawierać czytelne informacje o wierzycielu i dłużniku (nazwa, adres do korespondencji, nr ewidencyjny, nr konta), informacje odnośnie dokumentów będących podstawą do wezwania (w tym: numer, data dokumentu, termin płatności, liczba dni spóźnienia, odsetki naliczone do dnia wezwania (jeżeli wymagane dla danego kontrahenta).
2038.	Możliwość wystawiania not odsetkowych dla odsetek kalkulowanych wg „zasad ogólnych”, zgodnie z ustawą o terminach zapłaty w transakcjach handlowych oraz odsetek umownych, wg oprocentowania umownego.
2039.	Możliwość wyliczania na bieżąco w sposób automatyczny wartości odsetek symulowanych z podziałem na odsetki od transakcji rozliczonych (zapłaconych) i nierozliczonych (przeterminowanych niezapłaconych) z możliwością prezentacji w zestawieniach należności.
2040.	Możliwość wygenerowania noty odsetkowej sprawdzającej dokument otrzymany od wierzyciela na podstawie ręcznie wybranych (odznaczonych w Systemie) dokumentów. Możliwość wygenerowania tej

	noty w trybie odsetek kalkulowanych wg „zasad ogólnych” i zgodnie z ustawą o terminach zapłaty w transakcjach handlowych.
2041.	System umożliwia wygenerowanie kompensaty dla kontrahenta pojedynczego lub grupy kontrahentów z możliwością wyboru dokumentów po stronie należności i zobowiązań
2042.	System umożliwia wygenerowanie kompensaty trójstronnej pomiędzy dwoma kontrahentami
2043.	System posiada kalkulator do ręcznego wyliczenia wartości odsetek od podanej kwoty na podany dzień wg „zasad ogólnych” i zgodnie z ustawą o terminach zapłaty w transakcjach handlowych.
2044.	Możliwość prowadzenia kilku kas (okienek kasowych) np. głównej, ZFŚS, z pełną obsługą tworzenia dokumentów KP i KW (tworzenie, wydruk) oraz wykonywanie osobnych raportów kasowych dla każdego rodzaju kasy.
2045.	Możliwość automatycznego tworzenia raportu kasowego.
2046.	Możliwość tworzenia dokumentów KP i KW, automatycznego rozliczania z dokumentami zobowiązań i należności (przeprowadzanie rozrachunku), automatycznego tworzenia zapisów księgowych na zadanych kontach.
2047.	Możliwość wygenerowania dokumentu KW na potrzeby dokonania wypłaty z listy płac.
2048.	Możliwość wprowadzenia dokładnego opisu (treści) dokumentu KP i KW oraz treści w poszczególnych pozycjach raportu kasowego.
2049.	Możliwość automatycznej generacji księgowania i tworzenia dokumentu PK na podstawie przypisanych kont.
2050.	Mieć zaimplementowany automat generujący polecenia przelewów na potrzeby bankowości elektronicznej na podstawie zestawienia zobowiązań płatnych do danego dnia.
2051.	Możliwość grupowania przelewów w paczki a następnie utworzenia pliku do systemu bankowości elektronicznej.
2052.	Możliwość automatycznego generowania przelewów do kontrahentów na podstawie wprowadzonych dokumentów zakupu z możliwością podziału na wiele terminów płatności.
2053.	Możliwość wyboru z listy wygenerowanych przelewów, przelewów, które zostaną wyemitowane do programów bankowości elektronicznej obsługujących Zamawiającego.
2054.	Możliwość wskazania, z którego rachunku bankowego będzie realizowany dany przelew.
2055.	Możliwość ewidencji dokumentów z wyciągów bankowych w walucie zgodnej z umieszczoną na wyciągu.
2056.	Możliwość obsługi wielu rachunków bankowych z możliwością przypisania kontrahentów do rachunku, z którego dokonywana jest płatność i uwzględnienie ich podczas generacji paczek przelewów.
2057.	Możliwość pełnej prezentacji rozliczeń dokonanych na danej pozycji wyciągu bankowego w trakcie jego edycji i przeglądania.
2058.	Możliwość dopisania do każdej pozycji wyciągu bankowego konta księgowego wraz ze specyfikacją .
2059.	możliwość wydruku pojedynczych przelewów w formie papierowej – papier z nadrukiem lub czysty papier .
2060.	Możliwość symulowanego rozliczenia kosztów bez księgowania (liczenie kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. oraz Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu kosztów u świadczeniodawcy) oraz rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców.
2061.	Możliwość tworzenia różnych typów kluczy podziałowych : a) na podstawie kluczy prostych b) na podstawie procentowego podziału c) na podstawie obrotów d) na podstawie analityk kosztów w odniesieniu do OPK e) na podstawie katalogu powiązań f) na podstawie wartości statystycznych z innych modułów systemu w tym apteka szpitalna, kadry/ płace.
2062.	W przypadku klucza podziału z apteki i magazynu powinna istnieć możliwość pobrania ilości pozycji dokumentów rozchodowych dla wybranych magazynów i typów dokumentów magazynowych.
2063.	Wymienione klucze podziału mogą być użyte do rozkierowania faktur kosztowych na ośrodki kosztów i kalkulacji kosztów dla określenia kosztów bezpośrednich i pośrednich.
2064.	Możliwość użycia w kluczu podziału wartości z wybranego, wcześniejszego etapu przeliczeń kosztów.
2065.	Możliwość użycia w kluczu podziału sumy wartości narastająco z wybranego, wcześniejszego etapu przeliczeń kosztów.



2066.	Możliwość użycia w kluczu podziału kosztów słownika ICD procedur medycznych stosowanego w części medycznej systemu.
2067.	Możliwość użycia w kluczu podziału kosztów słownika JGP stosowanego w części medycznej systemu.
2068.	Możliwość tworzenia wieloetapowych rozliczeń / procesów z użyciem różnych typów kluczy.
2069.	Możliwość określenia stanowisk / ośrodków powstawania kosztów.
2070.	Możliwość określenia dowolnych obiektów / grup kosztów (poradnie, pracownie, zakłady, oddziały, pododdziały) .
2071.	Możliwość określenia dowolnych grup rodzajów kosztów.
2072.	Możliwość przenoszenia kosztów i tworzenia wieloetapowych rozliczeń z użyciem różnych typów kluczy.
2073.	Możliwość tworzenia kalkulacji kosztowych opartych na etapach rozdziału kosztu – tworzenie zestawienie obrotów i sald.
2074.	Możliwość zatwierdzenia zmian i dokonania księgowania
2075.	Możliwość wygenerowania raportu z kosztów bezpośrednich w rozbiciu na koszty rodzajowe.
2076.	Możliwość bieżącej i okresowej informacji o poziomie kosztów bezpośrednich, pośrednich, zarządu, kosztów własnych sprzedaży dla danego OPK, kilku wskazanych OPK, dla danej grupy OPK.
2077.	Możliwość wygenerowania zestawienia klasyfikacji kosztów w dowolnym układzie z rozbiciem na konta, ośrodki kosztów, rodzaje , obiekty w układzie miesięcznym i narastająco w roku.
2078.	Możliwość tworzenia planu kosztów i przychodów na dowolny rok w rozbiciu na miesiące dla poszczególnych ośrodków powstawania kosztów (OPK).
2079.	Możliwość prezentowania miesięcznego wykonania kosztów i przychodów dla poszczególnych OPK
2080.	Możliwość wyboru faktur z określonym terminem płatności i wystawienie dla wybranych faktur przelewów bankowych.
2081.	Możliwość uzupełniania wyciągów bankowych informacją o kontrahencie na podstawie konta bankowego znajdującego się na wyciągu bankowym.
2082.	Możliwość pobierania kursów walut ze strony NBP.
2083.	Możliwość rejestracji faktur zgodnie z wymogami JPK.
2084.	Opcja sumująca dane, która pozwala na lepszą weryfikację danych zawartych w pliku JPK.
2085.	Przy rozliczeniach międzyokresowych system podczas tworzenia harmonogramu rozliczenia w sytuacji, kiedy kwota nie jest możliwa do podzielenia na równe raty, automatycznie rozbija raty procentowo lub przypisuje wartości groszowe do ostatniej raty, w zależności od wskazania użytkownika. Wprowadzenie przez użytkownika pierwszego okresu rozliczeniowego oraz sumy ilości rat, spowoduje że system rozliczy wskazaną ogólną kwotę na równe raty. Jeśli użytkownik po wskazaniu okresu oraz ilości rat zmodyfikuje wartość raty ręcznie, system automatycznie doliczy brakującą kwotę do ostatniej raty.
2086.	W oknie wydruku specyfikacji zapisów księgowych faktur opcja, który pozwala na podanie zakresu dat/okresów w jakich zostały zaksięgowane dokumenty.
2087.	Możliwość skonfigurowania sposobu prezentacji faktur na wydrukach. W zależności od parametru możliwe jest wygenerowanie zestawienia, w którym - system bierze pod uwagę przy generowaniu wydruku jedynie termin zapłaty faktury, pomijając jednocześnie jej formę - system generując zestawienie uwzględnia zarówno termin jak i formę zapłaty faktury.
2088.	Na zestawieniu obrotów i sald możliwość rozbudowania o podsumowanie wydruku obejmującego cały rok.
2089.	Prezentacja dokumentów zlikwidowanych poprzez ich wyróżnienie kolorystyczne.
2090.	Użytkownik ma możliwość wprowadzenia nowej operacji z poziomu dowodu kasowego.
2091.	Dla ułatwienia analizy poszczególnych dokumentów dokumenty zlikwidowane są wyróżnione za pomocą koloru.
2092.	Użytkownik ma możliwość wprowadzenia nowej operacji z poziomu dowodu kasowego.
2093.	Podczas generowania Jednorodnych Plików Kontrolnych system umożliwia raportowanie faktur wystawianych przez zagranicznych odbiorców (uwzględnianie nie tylko polskich numerów NIP).
2094.	Sposób uzupełniania dekretów jednostronnych: jeśli zostanie wprowadzone konto po jednej stronie WN lub MA, system wprowadzi dane tylko po stronie uzupełnionego konta, a konto przeciwstawne zostanie uzupełnione automatycznie. Podczas edycji wyświetlone zostaną dane uzupełnione przez system oraz w polu 'Strona zapisu- WN i MA' tylko strona zapisu.

2095.	System zawiera moduł umożliwiający dokonywanie rozliczeń kontrahentów (rozrachunki z kontrahentem). Aby rozliczyć dokumenty użytkownik winien wybrać żądane dokumenty do powiązania. System wyświetli kwoty do rozliczenia zarówno po stronie Wn jak i Ma oraz kwotę do rozliczenia. Po zaakceptowaniu kwot dokumenty zostaną powiązane. Wykonane rozliczenie może być wycofane.
2096.	W formatkach dla faktur wystawionych w walucie krajowej oraz obcej zarówno zakupowych jak i sprzedażowych istnieje znacznik "MPP" (Metoda Podzielonej Płatności), umożliwiający zastosowanie tej metody. Analogiczny mechanizm istnieje dla przelewów Split Payment oraz dla VAT-7.
2097.	Moduł FK automatycznie zaciąga faktury sprzedażowe wystawione w systemie HIS z zaznaczoną opcją podzielonej płatności.
2098.	Możliwość sprawdzania czy konto kontrahenta widnieje w tzw. Białej Księdze, czyli bazie z dostępną listą podatników VAT wraz z numerami ich kont bankowych. Użytkownik podczas wystawiania przelewów w zmodyfikowanej formacie ma udostępnioną opcję 'Weryfikacja', która sprawdza konta bankowe kontrahenta.
2099.	Użytkownik ma możliwość zmiany banku kontrahenta w trakcie dokonywania przelewu. W tym celu należy wybrać opcję 'Zmień bank'. Zostanie wyświetlone okno z dostępnymi rachunkami bankowymi kontrahenta. Jeśli kontrahent ma więcej niż jedno konto istnieje możliwość dokonania zmiany konta na jakie zostanie dokonany przelew.
2100.	Użytkownik ma możliwość dodania nowego konta bankowego dla wybranego kontrahenta, edycji już wprowadzonych kont oraz usunięcia wybranego konta.
2101.	Funkcja pozwalająca na ponowne otwarcie wcześniej zamkniętego okresu o jeden miesiąc za każdym razem. System zmieni status poprzedniego, zamkniętego okresu na otwarty. Użytkownik może wówczas dokonać zmian w zamkniętym okresie.
2102.	Opcja "Korekty ujemne" w funkcji przelewów, umożliwiająca wybranie korekty ujemnej do przelewu. Po zaznaczeniu opcji na formacie przelewów zostaną wyświetlone korekty ujemne z możliwością ich wskazania do przelewu.
2103.	Możliwość jednoczesnego wprowadzania i pobierania dokumentów do rejestru.
2104.	Użytkownik po zaznaczeniu odpowiednich pozycji do rozliczenia ma możliwość zmiany okresu ich rozliczenia. Domyślnie system podpowiada bieżący okres rozliczeniowy, lecz jednocześnie system umożliwia operatorowi na modyfikację miesiąca rozliczenia wybranych pozycji. Opcja widoczna jest dopiero po zaznaczeniu przynajmniej jednej pozycji do rozliczenia oraz tylko dla sald dwustronnych.
2105.	Katalog JPK- Użytkownik w Katalogu Grup Cenowych ma do dyspozycji formatkę uzupełnioną danymi z oprogramowania medycznego: - indeks towaru/usługi - nazwa indeksu towaru lub usługi - grupę towaru/usługi - nazwa grupy. Formatka pozwala na wyszukiwanie towaru lub usługi z podziałem na: - Indeks towar/usługa- wyszukiwanie po indeksie lub nazwie - Grupa towar/usługa- wyszukiwanie po grupie lub nazwie - Grupa cenowa - rozwijane menu, w którym użytkownik może wyselekcjonować pozycje według wybranej grupy, wybrać opcje wszystkie grupy lub wyświetlić pozycje bez przypisanej grupy cenowej.
2106.	Katalog JPK - użytkownik w Katalogu Struktur Ewidencji ma do dyspozycji formatkę, która pozwala na wyszukiwanie danych z podziałem na: * Strukturę ewidencji - wszystkie lub wybrane (menu rozwijane) * Kontrahenta – opcja z menu rozwijanym w ramach którego istnieje możliwość wyszukiwania po: - numerze kontrahenta - nazwie kontrahenta - rodzaju kontrahenta - grupie kontrahentów * Rejestr/Algorytm - wyszukiwanie albo według numeru rejestru albo według wybranego algorytmu
2107.	Możliwość pobierania danych kontrahenta na podstawie NIP i REGON z bazy GUS.
2108.	System weryfikuje kontrahenta jako zarejestrowanego płatnika VAT (biała lista) w momencie rejestracji w systemie faktury kontrahenta i generacji przelewu.
2109.	Istnieje możliwość przeglądania i drukowania raportu z historii weryfikacji kontrahenta jako zarejestrowanego płatnika VAT.
2110.	Możliwość definiowania dla każdego rodzaju dokumentu czy księgowania na tych samych kontach mają być sumowane w ramach dokumentu.

2111.	Możliwość definiowania dla każdego rejestru dokumentów czy księgowania na tych samych kontach maja być sumowane w ramach dokumentu.
2112.	System powinien mieć możliwość definicji sposobu numerowania raportów kasowych i dokumentów kasowych w parametrach systemu.
2113.	System powinien mieć możliwość generowania dokumentów księgowych dla sprzedaży bezgotówkowej prowadzonej w części medycznej.
2114.	Jeżeli sprzedaż np. paragonowa odbywa się w części medycznej raporty kasowe w części administracyjnej powinny generować się samoczynnie na podstawie sprzedaży prowadzonej w części białej.
2115.	W module FK powinna istnieć możliwość prowadzenia kas niezwiązanych ze sprzedażą medyczną.
2116.	W systemie powinna istnieć możliwość definiowania typowych operacji kasowych z podpowiedzią dekretacji.
2117.	Z poziomu raportu kasowego powinna istnieć możliwość podglądu wszystkich rozrachunków z możliwością ich filtrowania np. na okresy księgowe, okresy podatkowe, należności, zobowiązania, dokumenty rozliczone lub nierozliczone jednocześnie.
2118.	System obsługuje import wyciągów w formie elektroniczne. Potrafi na podstawie pobranego z systemu bankowego pliku wygenerować w systemie wyciąg bankowy.
2119.	Dla każdego rachunku bankowego klienta można zdefiniować obsługę wymaganego przez bank formatu pliku.
2120.	W systemie powinna istnieć możliwość definiowania typowych operacji bankowych z podpowiedzią dekretacji w momencie importu pliku wyciągu bankowego np. opłaty bankowe powinny być rozksięgowane automatycznie na odpowiednie konta księgowe.
2121.	System na podstawie rachunku bankowego z którego został wykonany przelew potrafi zidentyfikować kontrahenta lub pracownika i umożliwić wygenerowanie dekretu księgowego dla niego.
2122.	System automatycznie rozlicza rozrachunki jeżeli na wyciągu jest przelew zlecony z systemu.
2123.	W systemie powinna istnieć możliwość prezentacji rozrachunków z uwzględnieniem przygotowanych przelewów lub bez nich przed zaksięgowaniem wyciągu bankowego z przelewem.
2124.	W systemie powinna istnieć możliwość definiowania dowolnej ilości etapów rozliczeń kosztów na potrzeby kalkulacji kosztów.
2125.	W systemie powinna istnieć możliwość definicji dowolnej ilości kalkulacji alternatywnych w danym miesiącu ze wskazaniem kalkulacji domyślnej w danym miesiącu.
2126.	W systemie musi istnieć możliwość wygenerowania dokumentu przeksięgowania na konta kosztu własnego sprzedaży (zwykle 711, 712 ...) słownikowane siłownikiem ośrodków kosztów na podstawie przeliczonej kalkulacji.
2127.	W dokumencie przeksięgowania na koszt własny sprzedaży powinny istnieć dekrety przeksięgowania kosztów pomiędzy ośrodkami kosztów z poszczególnych etapów kalkulacji oraz księgowania na konta kosztu własnego sprzedaży.
2128.	W systemie powinna istnieć możliwość przeglądania zestawienia obrotów i sald (obrotówka) z uwzględnieniem dokumentu przeksięgowania kosztów z kalkulacji lub bez niego.
2129.	W systemie powinna istnieć możliwość generowania typowych raportów (bilans, rachunek zysków i strat i inne) z uwzględnieniem dokumentu przeksięgowania kosztów z kalkulacji lub bez niego.
2130.	Możliwość analizy kosztów ośrodków kosztów z dokładnością do kosztów rodzajowych dla kosztów bezpośrednich i pośrednich z poszczególnych etapów kalkulacji dla wybranych miesięcy
2131.	Możliwość analizy rozpyły kosztów ośrodków kosztów dla kosztów bezpośrednich i pośrednich z poszczególnych etapów kalkulacji dla wybranych miesięcy.
2132.	Możliwość analizy narzutu kosztów ośrodków kosztów dla kosztów bezpośrednich i pośrednich z poszczególnych etapów kalkulacji dla wybranych miesięcy.
2133.	Możliwość wydruku zestawień dla kosztów bezpośrednich i pośrednich oraz narzutu i rozpyły kosztów ośrodków kosztów dla wybranych okresów sprawozdawczych.
2134.	Możliwość obsługi rachunków walutowych z obsługą różnic kursowych.
2135.	Możliwość ustawienia na dowolnym rejestrze dokumentów podpowiedzi informacji potrzebnych do wygenerowania pliku JPK tj. - typu dokumentu (RO, FP, WEW), - stawki VAT - osobnego schematu księgowania.
2136.	Możliwość przygotowania przez system miesięcznych lub kwartalnych deklaracji JPK_VAT i korekt deklaracji JPK_VAT na podstawie dokumentów sprzedaży i zakupu wprowadzonych do systemu

2137.	Możliwość wysłania z poziomu systemu deklaracji i korekty deklaracji JPK_VAT wraz z możliwością sprawdzania statusu wysłania.
2138.	Możliwość wydrukowania z systemu deklaracji i korekty deklaracji JPK_VAT w formie dokumentu.
2139.	Możliwość zapisu w formacie XML z systemu deklaracji i korekty deklaracji JPK_VAT w celu wysłania za pomocą systemu zewnętrznego.
2140.	Możliwość zapisu pozycji deklaracji i korekty deklaracji JPK_VAT do plików w formatach tekstowych, arkuszy kalkulacyjnych, pdf, edytorów tekstu.
2141.	Możliwość przygotowywania na żądanie urzędu skarbowego deklaracji JPK: - JPK_MAG, - JPK_WB, - JPK_FK, - JPK_KR.
2142.	W systemie powinna istnieć możliwość generowania typowych raportów (bilans, rachunek zysków i strat i inne) z możliwości zapisu do pliku w formacie arkusza kalkulacyjnego.
2143.	System powinien mieć możliwość generowania zestawień z danych zawartych w części administracyjnej i szpitalnej na podstawie zdefiniowanych zapytań SQL do bazy danych.
2144.	Dla zestawień wygenerowanych na podstawie zapytań bazodanowych powinna istnieć możliwość samodzielnego agregowania danych przez użytkownika wg bieżących potrzeb oraz wydrukowania na drukarce lub zapisania w formie pliku w wybranej lokalizacji.
2145.	System powinien umożliwić samodzielne definiowanie przez użytkownika raportów w formacie arkusza kalkulacyjnego zawierającego dane systemu w zakresie: a) zapisów elementarnych, b) obrotów i sald kont księgowych, c) danych kosztowych, d) należności i zobowiązań przeterminowanych, e) algorytmów własnych opartych na zapytaniach SQL do bazy danych.
2146.	Zdefiniowane raporty powinny umożliwić wybrania okresu dla którego są wykonywane z uwzględnieniem: a) dokumentów niezaksięgowanych, b) dokumentów rozliczenia kosztów, c) dokumentów zamknięcia roku.
2147.	W systemie powinna istnieć możliwość generowania dokumentów księgowych na podstawie dokumentów ewidencjonowanych w pozostałych modułach system w części szpitalnej i administracyjnej: a) apteka i apteczki szpitalne, b) magazyny niemedyczne, c) kadry-płace, d) moduł środki trwałe, e) moduł rozliczeń komercyjnych, f) sprzedaży paragonowej, g) moduł rozliczeń NFZ.
2148.	Generowanie dokumentów księgowych na podstawie ewidencji w pozostałych modułach powinno odbywać się za pomocą wcześniej przygotowanych schematów księgowych z możliwością korekty wygenerowanych księgowi.
2149.	Przygotowane schematy powinny umożliwić generowanie kilku wariantów księgowi w ramach danego schematu w zależności od ustawionych parametrów.
2150.	Warianty schematów księgowi powinny uwzględniać formę płatności: a) gotówka, b) karta kredytowa, c) przelew, d) gotówka pracownicza, e) rozliczenie zaliczki pracownika, f) faktura wewnętrzna, g) przedpłata.

2151.	Warianty schematów księgowania powinny uwzględniać : a) rodzaj dokumentu magazynowego, b) koszt rodzajowy, c) typ dokumentu rozchodu – rozchód na pacjenta, rozchód na oddział, dowolny rozchód.
2152.	Warianty schematów księgowania powinny uwzględniać rodzaj kontrahenta: a) firma, b) osoba fizyczna, c) kontrahent zbiorczy, d) kontrahent wewnętrzny, e) pacjent, f) urząd.
2153.	Warianty schematów księgowania powinny uwzględniać : a) grupę kontrahentów, b) grupę kontrahentów dla sprawozdań RBN/RBZ.
2154.	W systemie powinna istnieć możliwość kopiowania schematów księgowania w celu definiowania nowych schematów.
2155.	Na potrzeby generowania dokumentów księgowych na podstawie dokumentów pozostałych modułów systemów powinna istnieć możliwość przypisania: - ośrodka kosztów, - księgowego konta przychodowego, - konta kosztu rodzajowego, - obiektu przychodowego.
2156.	Na potrzeby generowania dokumentów księgowych na podstawie dokumentów pozostałych modułów systemów powinna istnieć możliwość przypisania wyżej wymienionych cech do: - pozycji słownika materiałów magazynowych (apteka i magazyn niemedyyczny), - pozycji usług medycznych, - pozycji umów NFZ, - typów dokumentów w części medycznej.
<b>2157.</b>	<b>Kadry</b>
2158.	Możliwość wyboru zakresu danych w ramach raportów ekranowych oraz wydruku tych raportów.
2159.	Możliwość ustawiania uprawnień na poziomie funkcji jak również na poziomie obiektów (rejstry, typy dokumentów, zestawienia, grupy kartotek) poprzez mechanizm użytkowników, haseł oraz uprawnień w systemie.
2160.	Możliwość przypisania do pracownika terminów obowiązywania: • umowy, • badań lekarskich, • ważności szkolenia BHP, • ważności innych szkoleń i uprawnień zawodowych. Alertowanie zdarzeń dotyczących kończących się terminów.
2161.	Możliwość rozróżniania (tryb nieaktywny) pracowników, którzy zakończyli pracę na wszystkich swoich umowach.
2162.	Możliwość zapewnienia identyfikacji pracowników, którzy są zatrudnieni jednocześnie na umowę o pracę i umowę cywilnoprawną, jako jednej kartoteki.
2163.	Możliwość wyboru kartoteki po podstawowych kryteriach np. kategoria pracownika, numer identyfikacyjny, nazwisko oraz po dowolnej frazie występującej we wskazanych kryteriach i wyróżnikach.
2164.	Możliwość wygenerowania wskazanego dokumentu (np. świadectwa pracy) dla wielu pracowników jednocześnie (wybór z listy).
2165.	Możliwość nadawania numeru kartoteki - numeru identyfikacyjnego pracownika.
2166.	Możliwość rejestrowania danych osobowych pracownika (nazwisko, imiona, nazwisko rodowe, imiona rodziców, data i miejsce urodzenia, obywatelstwo, dane dokumentu tożsamości, PESEL, NIP, REGON, płeć, nr akt osobowych, informacja o niekaralności pracownika).
2167.	Możliwość rejestrowania kilku adresów pracownika ze wskazaniem typu adresu (adres zameldowania, zamieszkania, do korespondencji).
2168.	Możliwość wpisania kilku sposobów kontaktu z pracownikiem ze wskazaniem ich typu np. adres e-mail, telefon kontaktowy.

2169.	Możliwość rozróżnienia w programie struktury kosztowej (OPK) od struktury organizacyjnej.
2170.	Możliwość wygenerowania hierarchicznej (drzewiastej) struktury firmy (zależności między jednostkami organizacyjnymi).
2171.	Możliwość stworzenia otwartego słownika szkół ukończonych przez pracowników lub odbytych kursów i szkoleń tj. z możliwością dodawania i edycji pozycji. Pozycja słownikowa powinna zawierać: nazwa szkoły/uczelni, pole tekstowe dla dowolnego opisu
2172.	Możliwość prowadzenia ewidencji historii wykształcenia pracownika. Dane o ukończonej szkole (nazwa szkoły, data ukończenia, tryb ukończenia, wykształcenie, zakres, kierunek/specjalność, zawód wyuczony, pełny i skrótowy tytuł naukowy. Określenie ilości lat nauki pokrywających się ze stażem.
2173.	Możliwość prowadzenia ewidencji członków rodzin pracownika (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania). Uprawnienia członków rodzin do ubezpieczenia zdrowotnego, stopień niepełnosprawności, czy na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego, czy wspólne gospodarstwo domowe z ubezpieczonym. Dane o członkach rodzin wykorzystywane są między innymi do generacji ZCNA.
2174.	Możliwość przygotowania i wydruku różnych typów dokumentów w szczególności: a) umów określonych w przepisach prawa pracy i kodeksu cywilnego (wartości słownikowe np. umowa na okres próbny, czas określony, nie określony, umowa na zastępstwo, umowa zlecenie, umowa o dzieło). b) zmian w umowach (porozumienia, aneksy, wypowiedzenia zmieniające), c) rozwiązań umów, d) zaświadczeń o zatrudnieniu w tym druków wymaganych przez ZUS, e) świadectw pracy.
2175.	Możliwość wydruku świadectwa pracy wg wzoru określonego przepisami prawa z wykorzystaniem danych zawartych w systemie: okres zatrudnienia, wymiar, dane osobowe, kolejno zajmowane stanowiska wraz z okresem ich zajmowania, sposób rozwiązania umowy, wykorzystanie urlopów wypoczynkowych, zwolnienia lekarskie z okresu zatrudnienia (okresy trwania i liczba dni), informacje dodatkowe np. zajęcia komornicze.
2176.	Możliwość zawierania umów cywilnoprawnych z pracownikami zatrudnionymi na podstawie umowy o pracę.
2177.	Możliwość wprowadzania aneksu, angażu, zmiany warunków zatrudnienia (porozumienia stron) - śledzenie historii zmian parametrów umowy (data zmiany, nowe miejsce wykonywanej pracy, stanowisko, kategoria zaszerogowania, wymiar czasu pracy, wynagrodzenie, dodatki do umowy w szczególności: za specjalizację, za posiadany tytuł naukowy).
2178.	Możliwość zawierania nowej umowy (przedłużenie) z wykorzystaniem danych już zarejestrowanych w Systemie (kopia umowy).
2179.	Możliwość określenia czy dla danej umowy uwzględniać wybrane typy staży tj. rodzajów zatrudnienia na potrzeby liczenia dodatków za wysługę lat pracy i nagród jubileuszowych.
2180.	Możliwość automatycznego przeliczania stażu pracy na podstawie wprowadzonej historii zatrudnienia.
2181.	Możliwość liczenia stażu zgodnie z odrębnymi regulacjami prawnymi i wewnętrznymi na potrzeby wysługi lat pracy i nagród jubileuszowych.
2182.	Możliwość przeliczania okresów zatrudnienia pracownika do ustalenia prawa do świadczeń emerytalnych.
2183.	Możliwość ewidencji historii zatrudnienia w poprzednich zakładach pracy, czas trwania poprzedniej umowy, sposób rozwiązania, stanowisko, nazwa firmy, wykorzystane absencje wykazane w ostatnim świadectwie pracy, wybór rodzajów stażu uwzględnianych przy obliczaniu składników.
2184.	Możliwość określenia miejsca wykonywanej pracy (wg słownika struktury organizacyjnej).
2185.	Możliwość powiązania danego elementu struktury organizacyjnej z danym OPK.
2186.	Możliwość ewidencji badań lekarskich pracownika. Określenie typu badań (wstępne, okresowe, kontrolne), daty badania i ważności badań
2187.	Możliwość wydrukowania skierowania na badania lekarskie z wykorzystaniem danych zawartych w Systemie.
2188.	Możliwość ewidencji szkoleń BHP pracownika. Określenia typu szkoleń (w szczególności wstępne, stanowiskowe), daty szkolenia
2189.	Możliwość prowadzenia ewidencji praw wykonywania zawodu pracowników (numer prawa, data nadania i ważności).

2190.	Możliwość nadawania uprawnień urlopowych pracownikom (w przypadku umów zawieranych na okres próbny, czas określony - proporcjonalnie do okresu zatrudnienia) wraz z jednoczesną kontrolą ilości wykorzystanego przez pracownika urlopu w danym roku.
2191.	Możliwość kontroli liczby wykorzystanych dni urlopu na żądanie oraz kontroli zaległych urlopów.
2192.	Możliwość przydziału dodatkowych dni urlopowych dla pracownika: urlop wypoczynkowy wyrównawczy, urlopy szkoleniowe, urlopy związane ze stopniem niepełnosprawności.
2193.	Możliwość udzielania urlopów i ich rozliczanie w dniach lub w systemie godzinowym (w zależności od pracownika bądź grupy pracowników, systemu ich pracy oraz wymiaru zatrudnienia).
2194.	Możliwość ewidencji wszystkich rodzajów urlopów i zwolnień pracownika.
2195.	Możliwość automatycznej kontroli limitów urlopowych oraz chorobowych (wraz z kontrolą wieku pracowników).
2196.	Możliwość nadawania uprawnień związanych z rodzicielstwem, z jednoczesną kontrolą ich wykorzystania.
2197.	Możliwość pełnej ewidencji absencji pracownika.
2198.	Możliwość podglądu pełnych absencji również tych na przełomie roku.
2199.	Możliwość określenia szczególnych warunków pracy na wybranym stanowisku (kod ZUS i składka).
2200.	Możliwość tworzenia wykazu stanowisk oraz wykazu pracowników objętych składkami na FEP.
2201.	Możliwość określenia przynależności pracownika do US (dane wykorzystywane podczas generowania deklaracji podatkowych) oraz NFZ. Dane do US i NFZ wybierane ze słownika.
2202.	Możliwość ewidencji kar, nagród i odznaczeń przyznanych pracownikom (nazwa, data otrzymania, data odwołania terminu).
2203.	Możliwość wygenerowania informacji o rodzaju zatrudnienia (dla zestawień GUS)
2204.	Możliwość określenia prawa do emerytury lub renty oraz stopnia niepełnosprawności (własności słownikowe) oraz przypisywany indywidualnie nr świadczenia wraz z datami obowiązywania).
2205.	Możliwość określenia dokładnie nominalnego czasu pracy oraz obowiązujących okresów rozliczeniowych.
2206.	Możliwość planowania i ewidencjonowania czasu pracy dla wszystkich pracowników (niezależnie od obowiązującej pracownika normy dobowej, systemu czasu pracy, czy rozkładu pracy).
2207.	Możliwość wygenerowania wydruku bilansu czasu pracy na podstawie zatwierdzonych grafików zawierającego co najmniej następujące informacje: - czas przepracowany w danym miesiącu, okresie rozliczeniowym (ilość godzin), - absencje (urlopy, zwolnienia lekarskie - wynagrodzenie, zasiłek chorobowy), - urlopy bezpłatne, wychowawcze, zasiłki opiekuńcze, macierzyńskie, rodzicielskie, ojcowski, świadczenia rehabilitacyjne, delegacje, inne nieobecności usprawiedliwione, nieobecności nieusprawiedliwione (czas trwania, ilość godzin), - dyżury medyczne, - godziny nadliczbowe, - godziny świąteczne, - praca w porze nocnej.
2208.	Możliwość definiowania kalendarza firmowego. Dowolne ustawienie dni roboczych, wolnych, świątecznych.
2209.	Możliwość zliczania wprowadzonego czasu pracy. Ewidencja i rozliczanie godzin do wybrania i wybieranych, godzin opłacanych odpowiednimi dodatkami zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2210.	Możliwość wprowadzania grafików przez poszczególnych użytkowników.
2211.	Możliwość określenia wymiaru czasu pracy w systemie godzinowym i minutowym np. 7 godzin 35 minut
2212.	Możliwość proporcjonalnego pomniejszania czasu pracy danego pracownika w przypadku zatrudnienia danego pracownika w niepełnym wymiarze czasu pracy.
2213.	Możliwość dowolnej definicji typów nieobecności. Wybór kodów wg ZUS, określenie limitów dni w roku lub limitów indywidualnych dla pracownika w zadanym okresie roku.
2214.	Możliwość drukowania miesięcznej, okresowej i rocznej ewidencji czasu pracy. Ewidencja godzin do wybrania i wybieranych. Bilansowanie godzin „nadpracowanych” pomiędzy kolejnymi miesiącami rozliczeniowymi.
2215.	Możliwość generowania miesięcznych, i rocznych zestawień obecności dla wybranego pracownika, grupy pracowników lub całej komórki na dany miesiąc lub okres rozliczeniowy. Powinno zawierać faktyczny czas

	pracy, godziny przepracowane w godzinach nadliczbowych, niedziele i święta, nocne, dyżury, nieobecności w pracy (raport).
2216.	Możliwość sporządzania zaświadczeń o zatrudnieniu za wskazany okres z uwzględnieniem różnych umów / tylko wybranej umowy oraz absencji pracownika.
2217.	Możliwość generowania zestawienia sprawdzającego ważność badań lekarskich pracowników. Możliwość generacji zestawienia ważności badań lekarskich wg. komórek organizacyjnych i formy zatrudnienia (raport).
2218.	Możliwość wygenerowania zestawienia o szkoleniach pracowników (rodzaje, terminy).
2219.	Możliwość wygenerowania zestawień o stażach pracowników.
2220.	Możliwość generowania wydruku karty zasiłkowej (zestawienie nieobecności chorobowych pracownika (płatne przez ZUS i pracodawcę).
2221.	Możliwość wygenerowania zestawienia zawierającego informacje o okresach zaliczanych do stażu pracowników.
2222.	Możliwość generowania informacji o przeciętnym zatrudnieniu na wybrany dzień.
2223.	Możliwość zmiany parametrów programu w przypadku zmiany progów lub wskaźników ogólnie obowiązujących np. limity urlopowe.
2224.	Możliwość tworzenia wymaganych raportów do ZUS dla programu Płatnik (ZUA, ZZA, ZCNA, ZWUA, ZIUA, ZSWA, prawidłowe kody ubezpieczeniowe, po ustaniu stosunku pracy, pracowników przebywających w okresie urlopu macierzyńskiego, wychowawczego, bezpłatnego, nieobecność usprawiedliwiona niepłatna).
2225.	Możliwość tworzenia raportów wymaganych przez GUS w szczególności: Z-03, Z-05, Z-06, Z-12.
2226.	Możliwość tworzenia zaświadczeń o przebiegu zatrudnienia z uwzględnieniem każdego okresu pracy w komórkach organizacyjnych pracodawcy.
2227.	Możliwość obsługi pracowników obcokrajowców
2228.	Możliwość wygenerowania Sprawozdań MZ-88 i MZ-89 oraz raportów pomocniczych do tych sprawozdań.
<b>2229.</b>	<b>Płace</b>
2230.	System jest bezpieczny z punktu widzenia naliczania wynagrodzeń, w tym naliczania podatków, składek i innych świadczeń ZUS, wszelkich potrąceń i innych składników wynagrodzeń, a jego bezpieczeństwo przejawia się przede wszystkim w tym, że stosowane algorytmy przetwarzania danych w sposób prawidłowy naliczają: podatki, składki i świadczenia ZUS, prawidłowo dokonują wszelkich sumowań i naliczeń w obszarach wynagrodzeń poszczególnych pracowników/zleceniobiorców, w obszarach sumowań poszczególnych list płac i zbiorówek list płac.
2231.	System jest zgodny z obowiązującymi aktami prawnymi w zakresie naliczania oraz rozliczania podatku od osób fizycznych oraz składek ZUS, oraz otrzyma bieżącą aktualizację programu w razie zmian w przepisach go dotyczących.
2232.	Możliwość gromadzenia danych dotyczących pracownika takich jak: a) przynależność do urzędu skarbowego adresy z możliwością wprowadzenia różnych rodzajów adresów tzn. zamieszkania, do korespondencji, zameldowania, do celów podatkowych b) stopy podatku z możliwością zablokowania wyższego podatku w przypadku wspólnego rozliczania się z małżonkiem (po złożeniu deklaracji) lub samotnej matki c) przysługujących pracownikowi kosztach uzyskania przychodu i ulgach podatkowych d) określenia czy na rozliczeniu rocznym PIT 11 ma być NIP pracownika czy PESEL e) nr konta bankowego pracownika – kontrola prawidłowości numeru wprowadzonego konta (informacyjnie).
2233.	Możliwość gromadzenia zbiorczych informacji o naliczonych podstawach składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne pracownika na podstawie jego stosunków pracy w układzie rocznym.
2234.	Możliwość ręcznego wprowadzenia kwot podstaw emerytalno – rentowych z innych zakładów pracy.
2235.	Możliwość zablokowania naliczania składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w przypadku informacji o przekroczeniu podstawy od ZUS lub pracownika.
2236.	Możliwość automatycznej kontroli rocznego ograniczenia podstaw składek na ubezpieczenie emerytalno – rentowe (np. w przypadku zatrudnienia pracownika na kilku umowach).
2237.	Możliwość automatycznej kontroli progów podatkowych nawet przy kilku umowach dla jednego pracownika.
2238.	Możliwość ręcznego wprowadzenia podstawy do podatku w przypadku przejścia z innego zakładu pracy.



2239.	Możliwość wydruku podstawowych zestawień na podstawie szablonów dostępnych w Systemie: a) list płac, b) karty wynagrodzeń pracownika (za cały rok i za wybrane miesiące), c) karty zasiłkowej pracownika (pełnej i za wybrany okres), d) zestawień list płac z podziałem na komórki organizacyjne i ośrodki kosztów, e) zaświadczeń o zatrudnieniu oraz wynagrodzeniu (z podziałem na brutto i/lub netto) za dowolny okres (np. z 3,5,7,12 miesięcy) z możliwością wykazania potrąceń pracownika typu pożyczka, zajęcie komornicze (zarówno kwota potrącenia jak i stan zadłużenia lub termin zakończenia spłaty); możliwość podziału wynagrodzenia na podstawowe (zasadnicza, wysługa, funkcyjny) i zmienne (np. zmianowość, godziny nadliczbowe, premie).
2240.	Możliwość prowadzenia rejestru dochodów pracownika.
2241.	Możliwość prowadzenia rejestru umów cywilno-prawnych.
2242.	Możliwość rozliczania umów ryczałtowych (zaliczka na podatek wynikająca z przepisów prawa podatkowego).
2243.	Możliwość prowadzenia rejestrów potrąceń typu pożyczki ZFM, PKZP, zajęć komorniczych, pożyczek obcych, oraz możliwość podglądu i wydruku historii spłat
2244.	Możliwość wydruku miesięcznego pożyczek zawierającego: kwotę potrącenia, oraz salda pożyczek i salda wkładów.
2245.	Możliwość wydruku miesięcznych potrąceń składek ubezpieczenia np. PZU (każda grupa oddzielnie).
2246.	Możliwość wpisania okresu choroby dłuższego niż 30 dni i rozpisanie wypłaty na poszczególne miesiące z jednoczesną kontrolą ilości dni wypłaty w miesiącu.
2247.	Możliwość skorygowania (na liście płac i w kartotece zasiłkowej) nieprawidłowo wprowadzonego zwolnienia chorobowego.
2248.	Możliwość podglądu i wydruku podstawy zasiłków z podziałem na miesiące dla danego pracownika.
2249.	Możliwość zmiany parametrów programu w przypadku zmiany progów lub wskaźników ogólnie obowiązujących tj.: progów podatkowych, postawy ograniczenia składek emerytalno-rentowych, ulg podatkowych, procentu składki wypadkowej itp.
2250.	Możliwość kontroli naliczania składki na fundusz pracy zgodnie z wymaganiami ZUS.
2251.	Możliwość podziału wypłat dla jednego pracownika na wiele ośrodków kosztów.
2252.	Możliwość podziału poszczególnych składników wynagrodzenia na różne ośrodki kosztów
2253.	Możliwość procentowego podziału kosztów wynagrodzenia na wiele ośrodków kosztów z możliwością przypisania do różnych rodzajów kosztowych wynagrodzenia: procentowy podział wynagrodzenia w ramach różnych projektów.
2254.	Możliwość wyliczenia średnich urlopowych wg wybranych kryteriów.
2255.	Możliwość tworzenia list płac na poszczególne składniki np. lista nagród jubileuszowych.
2256.	Możliwość określenia dla danej listy płac daty wypłaty oraz okresu księgowania.
2257.	Możliwość korygowania składników wynagrodzenia i potrąceń.
2258.	Możliwość korygowania potrąconych składek na ubezpieczenie społeczne za bieżący rok.
2259.	Możliwość wydruku list dotyczących umów cywilno-prawnych.
2260.	Możliwość stosowania mechanizmu zamykania list płac (blokada zmian) przez uprawnionych użytkowników.
2261.	Możliwość wydruku zestawień zbiorczych list płac z podziałem na komórki i OPK zarówno ze wszystkich list, jak i z dowolnie wybranych list wg określonego kryterium (np. kosztowo, podatkowo).
2262.	Możliwość wydruku zestawień dla wybranego składnika listy (np. dodatków specjalnych, kwoty do przelewu, składki emerytalnej).
2263.	Możliwość tworzenia raportów do ZUS dla programu Płatnik zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2264.	Możliwość eksportu danych dotyczących wynagrodzeń do programu Płatnik na potrzeby przygotowania raportów ZUS zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2265.	Możliwość tworzenia raportu dotyczącego kwoty podatku dochodowego przekazywanego do Urzędu Skarbowego w danym miesiącu.

2266.	Możliwość generowania i wydruku deklaracji PIT-4R, PIT-11, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2267.	Możliwość wygenerowania raportów dla GUS zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2268.	Możliwość generowania przelewów na podstawie obliczonych wynagrodzeń.
2269.	Możliwość drukowania pasków wynagrodzeń dla wszystkich, dla wybranej grupy lub dla jednej osoby.
2270.	Możliwość tworzenia zbiorówek z list oraz trwałego zapisania zbiorówek w niezmiennej np. w formie pliku PDF).
2271.	Możliwość obsługi pracowników obcokrajowców
2272.	Integracja z modułem księgowym dająca możliwość wydzielenia określonych elementów wynagrodzenia z jednej listy płac do różnych okresów księgowych np. rata pożyczki.
<b>2273.</b>	<b>Rejestracja czasu pracy</b>
2274.	Zapewnienie autoryzowanego dostępu użytkowników z możliwością definiowania odpowiednich ról pracowników (nieograniczona liczba) i przypisywania im odpowiednich uprawnień .
2275.	Możliwość podziału pracowników na dowolną ilość oddziałów i komórek organizacyjnych.
2276.	Możliwość definiowania kalendarza, dni świątecznych oraz rozkładu standardowego pięciodniowego tygodnia pracy, godzinowych systemów pracy, dyżurów personelu medycznego.
2277.	Możliwość planowania i rozliczania czasu pracy w dowolnym okresie rozliczeniowym, z możliwością definiowania różnych okresów rozliczeniowych dla różnych grup pracowników nawet w ramach jednej jednostki organizacyjnej.
2278.	Możliwość podziału czasu pracy w danym dniu np. na godziny pracy, godziny dyżurowe, dyżur pod telefonem.
2279.	Możliwość obsługi wszystkich występujących w służbie zdrowia systemów pracy, min. dla: pielęgniarek, lekarzy, administracji, pracowników RTG oraz różne okresy rozliczeniowe.
2280.	Możliwość podglądu sum godzin przepracowanych i nieobecnych z podziałem na typy, wg ustalonych kodów.
2281.	Możliwość dopisania w grafiku wykonanym godzin pracy, z podziałem na godziny nocne i świąteczne (możliwość zarejestrowania wszelkich zmian, typu nieplanowany urlop na żądanie, opieka, choroba, urlop okolicznościowy, zamiana dyżuru, itp.).
2282.	Możliwość wglądu do danych pracownika związanych z czasem pracy.
2283.	Możliwość ewidencjonowania absencji związanych ze szkoleniami pracowników.
2284.	Możliwość generowania grafików czasu pracy dla jednego lub wielu pracowników dla dowolnego okresu.
2285.	Możliwość tworzenia dowolnej ilości wzorców harmonogramów czasu pracy, podpinania ich pracownikom oraz na jego podstawie wypełniania grafików planowanych.
2286.	Możliwość przeglądania, zapisywania wniosków urlopowych z automatyczną aktualizacją zaplanowanego czasu pracy w przygotowanych grafikach.
2287.	Możliwość automatycznego rozliczania czasu pracy na podstawie zatwierdzonych grafików np.: nadgodziny. Aplikacja w sposób automatyczny wylicza nadgodziny, jako ilość godzin przepracowanych ponad zaplanowany limit.
2288.	Możliwość rozliczania nadgodzin poprzez ich odbiór w okresie rozliczeniowym.
2289.	Funkcjonalność zapewnienia obsługę dyżurów lekarskich, rozliczania czasu pracy lekarzy funkcją wprowadzającą automatyczny podział czasu pracy na czas wynikający z etatu oraz dyżur lekarski .
2290.	Funkcjonalność rozliczenia dyżurów lekarskich odliczanych od nominalnego czasu pracy z podziałem na dyżur 50% i dyżur 100% (i ew. innych).
2291.	Możliwość generowania, zapisywania, elektronicznej archiwizacji (w formacie pdf) i drukowania ewidencji czasu pracy w postaci wydruków (Indywidualna Karta Ewidencji Czasu Pracy): a) dla pracowników ujętych w grafikach b) dla pracowników nieujętych w grafikach
2292.	Możliwość wydruku planowanego lub wykonanego grafiku czasu pracy.
2293.	Możliwość wydruku bilansu godzin takich jak godziny przepracowane, dyżury, nocki, święta wynikające z grafiku czasu pracy.
2294.	Możliwość pełnego wglądu w ewidencję czasu pracy pracowników (pielęgniarki, lekarze, administracja) prowadzoną w poszczególnych działach.

2295.	Możliwość rozliczenia godzin pracy dla potrzeb naliczenia wynagrodzeń: automatyczne obliczanie w oparciu o faktyczny czas pracy pracownika liczby przepracowanych, godzin świątecznych, nocnych.
2296.	Zapewnienie autoryzowanego dostępu użytkowników z możliwością definiowania odpowiednich ról pracowników (nieograniczona liczba) i przypisywania im odpowiednich uprawnień
<b>2297.</b>	<b>Magazyn</b>
2298.	Możliwość założenia dowolnej struktury magazynowej z podmagazynami.
2299.	Możliwość utworzenia własnych grup magazynowych (z określoną stawką VAT, czy magazynem) do której może przynależeć dana grupa oraz przypisanie konta kosztowego.
2300.	Możliwość prowadzenia ewidencji dokumentów przychodu i rozchodu.
2301.	Możliwość prowadzenia ewidencji zapotrzebowań od komórki organizacyjnej, osoby, czy innego magazynu.
2302.	Możliwość obrotu towarami w obcej walucie.
2303.	Możliwość ustawienia w opisie towaru granicy cenowej (minimum i maksimum) z ostrzeżeniem o przekroczeniu.
2304.	Możliwość rejestrowania umów z innymi kontrahentami oraz przeprowadzenia przetargu z rozstrzygnięciem najkorzystniejszej umowy.
2305.	Tworzenie zamówień dla braków do hurtowni zgodnie z zamówieniami z komórek organizacyjnych.
2306.	Na liście zamówień do hurtowni system prezentuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>• procentową realizację całego zamówienia,</li> <li>• status zamówienia (niezatwierdzone, w trakcie realizacji, zrealizowane, zamknięte, anulowane),</li> <li>• numery dokumentów zamówień oznaczone kolorami odpowiednio do statusu,</li> <li>• uwagi do dokumentu.</li> </ul> Na liście istnieje możliwość filtrowania zamówień wg statusu.
2307.	Możliwość przeprowadzenia inwentaryzacji.
2308.	Możliwość wykorzystania gotowych zestawień, raportów i analiz statystycznych.
2309.	Funkcjonalność umożliwiająca rozchodowanie materiałów wg zasady FIFO, LIFO lub wybranej serii, zależnie od domyślnego trybu wydawania, ustalonego w konfiguracji danego magazynu.
2310.	Dla dokumentów rozchodu usprawnienie dotyczące wyszukiwania materiału do wydania: po wpisaniu fragmentu nazwy materiału w polu „nazwa” wpisany fragment może pojawić się w polu sortowania wg nazwy - wówczas na oknie stanów magazynowych widoczne są jedynie te pozycje, które zawierają w nazwie wpisany fragment.
2311.	Dla dokumentów rozchodu możliwość wyboru materiału do wydania poprzez dwuklik (na wybranej serii materiału dla trybu wydawania seriami lub na materiale – dla trybu wydawania FIFO lub LIFO).
2312.	Dla dokumentów rozchodu możliwość zaznaczenia kilku serii do wyboru.
2313.	Możliwość wyświetlania jedynie stanów niezerowych na oknie wyboru materiału do wydania na dokumentach rozchodu.
2314.	Możliwość wyboru magazynu na dokumencie rozchodu przez dwuklik.
2315.	Możliwość ustawienia automatycznego uzupełniania stanowiska kosztów na dokumencie rozchodu wewnętrznego (w zależności od parametru konfiguracyjnego jednostka wybrana w polu „komórka organizacyjna” zostanie automatycznie uzupełniona w polu „stanowisko kosztów” i odwrotnie – dane wskazane w polu „stanowisko kosztów” zostaną również wpisane jako „komórka organizacyjna”).
2316.	Na oknie tworzenia korekt przychodów i rozchodów domyślnie widoczne są jedynie pozycje, które mogą być edytowane. W celu wyświetlenia wszystkich pozycji, tzn. przed korektą i po korekcie, należy zaznaczyć checkbox włączający prezentację pozycji oryginalnych.
2317.	Na oknie tworzenia korekt przychodów i rozchodów po zaznaczeniu checkboxu „tylko skorygowane” na ekranie widoczne będą jedynie pozycje, które zostały zmienione.
2318.	Na oknie generowania zestawienia przychodów i rozchodów materiałów według kontrahentów i asortymentu przy wyborze asortymentu pozycje są sortowane alfabetyczne wg nazwy oraz podawana jest informacja ile pozycji zostało zaznaczonych.
2319.	Funkcjonalność inwentaryzacji, która umożliwia wygenerowanie listy towarów i materiałów znajdujących się w wybranym magazynie i podmagazynie w danym dniu. Na bazie wygenerowanego dokumentu inwentaryzacyjnego możliwe jest przeprowadzenie spisu z natury.
2320.	Możliwość wprowadzenia danych osób biorących udział w spisie z natury.

2321.	Możliwość rozliczenia nadwyżek i niedoborów inwentaryzacyjnych. Po zatwierdzeniu inwentaryzacji wygenerowane dokumenty nadwyżki i niedoboru inwentaryzacyjnego widoczne są odpowiednio na liście dokumentów przychodu lub dokumentów rozchodu, które należy zatwierdzić.
2322.	Możliwość wydruku niezatwierdzonego dokumentu przychodu lub rozchodu. Na wydruku dokumentu umieszczana jest informacja, że jest to dokument niezatwierdzony.
2323.	Możliwość wpisania numerów dokumentu zewnętrznego i zamówienia na dokumencie przychodu. W pola te wpisywać można odpowiednio numer faktury lub innego dokumentu zewnętrznego i numer zamówienia, których dokument dotyczy. Wprowadzone informacje widoczne są również na wydruku dokumentu oraz na raporcie - zestawieniu dokumentów.
2324.	Dla dokumentów przychodu i rozchodu możliwość wyboru, czy na wydruku ma być widoczny numer systemowy dokumentu.
2325.	Na oknie rejestru dokumentów przychodu możliwość sortowania wg kolumn „magazyn przyjmujący” i „dostawca”. Dane na oknie można również sortować wg kilku kolumn jednocześnie.
2326.	Na oknie rejestru dokumentów rozchodu możliwość sortowania: wg kolumn „magazyn wydający” i „kontrahent”. Dane na oknie można również sortować wg kilku kolumn jednocześnie.
2327.	Możliwość wygenerowania zestawienia przychodów materiałów według dostawców i asortymentu. Dostępna jest możliwość wyboru kolejności sortowania, a także filtr umożliwiający zawężenie zakresu raportu. Raport można wydrukować lub wysłać do pliku.
2328.	Możliwość wygenerowania zestawienia rozchodów materiałów według kontrahentów i asortymentu. Dostępna jest możliwość wyboru kolejności sortowania, a także filtr umożliwiający zawężenie zakresu raportu. Raport można wydrukować lub wysłać do pliku.
2329.	Możliwość powiązania grupy z magazynem i podmagazynem. Przy wprowadzaniu dokumentu przychodu, po wybraniu magazynu przyjmującego, przy wyborze towaru można wybrać tylko grupy, dla których w konfiguracji wskazany został dany magazyn i / lub podmagazyn, a także grupy, dla których w konfiguracji nie został wskazany żaden magazyn. Nie można wybrać grupy, dla której w konfiguracji ustawiono powiązane z innym magazynem i / lub podmagazynem.
2330.	Na oknie zamówienia widoczna informacja o realizacji procentowej pozycji umowy z uwzględnieniem bieżącego zamówienia. Jeżeli wartość ta jest większa niż 100%, wówczas pole to oznaczone zostaje wyróżnione i przy zapisywaniu zamówienia pojawia się odpowiedni komunikat.
2331.	Możliwość skopiowania zapotrzebowania. Powstałemu w ten sposób dokumentowi nadany zostaje kolejny numer systemowy, zapotrzebowanie to jest edytowalne.
2332.	Możliwość dodania materiału do zapotrzebowania poprzez dwukrotne kliknięcie na nim lewym przyciskiem myszy.
2333.	Możliwość zaznaczenia większej ilości pozycji, które mają zostać dodane do dokumentu zapotrzebowania (wielowybór).
2334.	Na oknie stanów magazynowych możliwość wyszukania na dokumentach pozycji danego materiału wg terminu ważności lub serii. Wyszukiwanie dotyczy serii i terminów ważności wprowadzonych ręcznie na dokumencie przychodu.
2335.	Możliwość anulowania niezatwierdzonych dokumentów przychodu i rozchodu (możliwość nie dotyczy korekt dokumentów). W celu zachowania ciągłości numeracji usunięcie jest możliwe jedynie dla ostatniego niezatwierdzonego dokumentu zgodnie z wybranym rodzajem numeracji (np. w przypadku wybrania rodzaju numeracji odrębnej dla każdego magazynu można usunąć ostatni dokument utworzony dla tego magazynu).
2336.	Możliwość anulowania dokumentów przychodu i rozchodu
2337.	Podczas konfiguracji magazynu możliwość określenia adresu bądź adresów mailowych, na które wysyłana będzie kopia wiadomości e-mail z zamówieniem. Przed wysłaniem maila możliwy jest pogląd pliku PDF z tym zamówieniem.
2338.	Możliwość wydruku, kopiowania i edytowania dowolnej umowy. W skopiowanej umowie dane dotyczące stopnia jej realizacji są wyzerowane.
2339.	Możliwość podglądu listy dokumentów przychodu powiązanych z pozycją umowy (wraz z korektami).
2340.	W konfiguracji można ustawić podmiot, który wskazywany będzie w dokumencie nadwyżki inwentaryzacyjnej.
2341.	Funkcjonalność do sporządzania zapotrzebowań dla danej komórki organizacyjnej (składanie zapotrzebowań, wiązanie zamówień i wydań z zapotrzebowaniami z komórek organizacyjnych).
2342.	W dokumencie przychodu i w dokumencie korekty przychodu możliwość edycji wartości VAT (dla każdej pozycji i dla sumy).

2343.	Na oknie rejestru dokumentów przychodu widoczne są umowy powiązane z każdym dokumentem. Jeżeli dokument powiązany jest z więcej niż dwoma umowami, wówczas prócz umów widoczny jest status wskazujący na to, że umów jest więcej.
2344.	Możliwość powiązania w konfiguracji typu dokumentu z typem dokumentu korekty. Po ustanowieniu powiązania pomiędzy typem dokumentu a typem dokumentu korekty na oknie Rejestr dokumentów przychodu lub Rejestr dokumentów rozchodu dla danego typu dokumentu automatycznie podpowiada się powiązany typ dokumentu korekty.
2345.	Możliwość przygotowania zestawienia stanów i obrotów magazynowych dla danego okresu czasu, wybranego magazynu oraz asortymentu albo grupy materiałów.
2346.	Dla asortymentu z grup o rodzajach "towary" i "materiały" możliwość nadawania indywidualnego identyfikatora pozycji.
2347.	Funkcjonalność okresów obrotowych. Aby praca w module magazynowym była możliwa, konieczne jest wygenerowanie i otwarcie okresów obrotowych co najmniej na bieżący rok i do aktualnego miesiąca włącznie. Po wygenerowaniu i otwarciu okresów dla bieżącego roku, nie jest już możliwe otwarcie okresów obrotowych dla roku poprzedniego. Jeżeli jest taka konieczność, należy najpierw wygenerować i otworzyć okresy obrotowe dla roku poprzedniego, a następnie dla bieżącego. Otwieranie i zamykanie okresów obrotowych wymagane jest chronologicznie, tzn. od najstarszego miesiąca. Tworzenie, edytowanie, zapisywanie, usuwanie, zatwierdzanie, anulowanie dokumentów magazynowych w danym podmagazynie możliwe jest jedynie w otwartych (lub ponownie otwartych) dla tego podmagazynu okresach.
2348.	Po wprowadzeniu, zapisaniu, zatwierdzeniu wszystkich dokumentów można zamknąć okres obrotowy dla danego podmagazynu. Aby można było zamknąć dany okres obrotowy wszystkie starsze wygenerowane dla danego podmagazynu okresy obrotowe muszą mieć status "Zamknięty".
2349.	Na oknie zamykania okresu obrotowego widoczny jest wynik kontroli danego okresu obrotowego w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- niezatwierdzonych dokumentów,</li> <li>- pozycji dokumentów z ceną równą 0,</li> <li>- pozycji dokumentów z różnicą pomiędzy ceną przyjęcia a ceną wydania,</li> <li>- ujemnych stanów magazynowych.</li> </ul>
2350.	Funkcjonalność przesunięć międzymagazynowych. Aby funkcjonalność mogła działać konieczne jest skonfigurowanie odpowiednich typów dokumentów: <ul style="list-style-type: none"> <li>- przesunięcia magazynowego przychodowego,</li> <li>- przesunięcia magazynowego rozchodowego.</li> </ul> Po zdefiniowaniu typów dokumentów przesunięć magazynowych należy nadać dostęp do nich odpowiednim użytkownikom.
2351.	Funkcjonalność tworzenia automatycznych korekt dokumentów rozchodu po utworzeniu i zatwierdzeniu korekty cenowej przychodu. Jeżeli korekta cenowa dokumentu przyjęcia dotyczy serii, która została już (w całości lub częściowo) wydana z magazynu, wówczas - podczas zatwierdzania takiej korekty - utworzone zostają korekty cenowe dotyczące odpowiednich dokumentów rozchodu. Lista utworzonych korekt, wraz z listą dokumentów, do których zostały utworzone widoczna jest na liście wyświetlanej po zatwierdzeniu korekty dokumentu przychodu.
2352.	Automatyczne korekty rozchodu nie są tworzone dla dokumentów przesunięć międzymagazynowych. W takim przypadku pojawia się odpowiedni komunikat, a na kolejnym oknie widoczna jest lista tych dokumentów.
<b>2353.</b>	<b>Środki Trwałe</b>
2354.	Możliwość prowadzenia pełnej ewidencji obiektów inwentarzowych (pełnej ewidencji majątku trwałego) w układzie danych ewidencjonowanych na indywidualnych kartotekach. Kartoteka ma mieć możliwość rejestracji informacji o obiekcie w co najmniej zakresie: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) numeru inwentarzowego</li> <li>b) kodu kreskowego</li> <li>c) nazwy obiektu inwentarzowego</li> <li>d) symbol klasyfikacji GUS</li> <li>e) typ środka trwałego</li> <li>f) sposób naliczania amortyzacji</li> <li>g) współczynnik amortyzacji</li> <li>h) forma własności</li> </ul>

	<p>i) status środka (w użytkowaniu, wyłączony)</p> <p>j) data przyjęcia, data wykreślenia z ewidencji, data przeszacowania</p> <p>k) wartość początkowa, wartość po przeszacowaniu</p> <p>l) umorzenie bilansowe/roczne/miesięczne, aktualna wartość bilansowa</p> <p>m) użytkownik/data przyjęcia przez użytkownika/konto powstawania kosztów</p> <p>n) dostawca / sprzedawca / właściciel</p> <p>o) numer fabryczny obiektu/rok produkcji</p> <p>p) pole tekstowe 1000-1500 znaków do umieszczenia wyczerpujących informacji dodatkowych (opis zdarzeń związanych z obiektem).</p>
2355.	Możliwość rejestracji poszczególnych składników obiektu inwentarzowego (obiektów składowych), np. dla zespołu komputerowego rejestracja jednostki centralnej, monitora, klawiatury.
2356.	Możliwość zdefiniowania dowolnych typów dokumentów określonego rodzaju: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. OT, OW – przyjęcia do użytkowania,</li> <li>b. LT – likwidacji,</li> <li>c. LC – likwidacji częściowej,</li> <li>d. PT – nieodpłatnego przekazania / przejęcia,</li> <li>e. MT – zmiany miejsc użytkowania,</li> <li>f. zmiany osób odpowiedzialnych,</li> <li>g. zmiany wartości i umorzenia.</li> </ul>
2357.	Możliwość automatycznego naliczania amortyzacji dla celów bilansowych i podatkowych (stanowiącej koszty uzyskania i niestanowiącej kosztów uzyskania).
2358.	Możliwość automatycznego wygenerowania druków arkuszy spisu z wraz z wydrukiem listy obiektów inwentarzowych znajdujących się w danym OPK.
2359.	Możliwość w zakresie generowania pustych druków arkuszy spisowych.
2360.	Możliwość wprowadzenia dowolnej ilości rodzajów prowadzonej ewidencji majątku placówki poza środkami trwałymi, wyposażeniem i WNiP np. aparatura medyczna, środki trwałe w budowie z możliwością zdefiniowania osobnych zasad numeracji inwentarzowych.
2361.	Możliwość generowania druku arkusza spisowego w układzie wyboru wieloparametrowego, to jest wybór co najmniej w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. pola spisowego – miejsc użytkowania,</li> <li>b. pozycji inwentarzowych wg KŚT (od-do) lub numeru inwentarzowego (od-do).</li> </ul>
2362.	Możliwość zmiany stawki amortyzacji bilansowej i podatkowej z zachowaniem historii zmian.
2363.	Możliwość naliczania odpisów amortyzacyjnych wyznaczonych dowolnymi metodami: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) odpis jednorazowy,</li> <li>b) amortyzacja liniowa,</li> <li>c) amortyzacja degresywna,</li> <li>d) amortyzacja sezonowa,</li> <li>e) odpis wg stawki indywidualnej.</li> </ul>
2364.	Możliwość wykonania inwentaryzacji wg ilości obiektów inwentarzowych (bez podawania wartości) oraz wg: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) miejsc użytkowania ,</li> <li>b) numerów inwentarzowych,</li> <li>c) grupy KŚT ,</li> <li>d) typu.</li> </ul>
2365.	Możliwość korzystać z następujących funkcji przy wykonaniu inwentaryzacji: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) automatyczne wygenerowanie druków arkuszy spisowych,</li> <li>b) możliwość ręcznego naniesienia do systemu (na arkusze spisowe) pozycji spisanych,</li> <li>c) możliwość ręcznego wpisania pozycji niebędących w ewidencji a wynikających ze spisu,</li> <li>d) możliwość automatycznego wygenerowania rozliczenia spisu oraz zestawienia różnic inwentaryzacyjnych.</li> </ul>
2366.	Możliwość, przy rozliczaniu inwentaryzacji, automatycznego wygenerowania: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) „rozliczenia spisu z natury” dla poszczególnych miejsc użytkowania– rozliczenie ma wskazywać wszystkie obiekty inwentarzowe podlegające spisowi i obiekty spisane, z określeniem co najmniej: nr inwentarzowego, nazwy, nadwyżki, niedoboru,</li> <li>b) zestawienia różnic inwentaryzacyjnych (wydruk braków i nadwyżek) ze wskazaniem czytelnego komunikatu o statusie pozycji, np. dla niedoboru – „środek jest w kartotece, brak go na arkuszu”, dla</li> </ul>

	nadwyżki – „brak środka w kartotece, jest na arkuszu”, dla niedoborów i nadwyżek pozycji stanowych podanie wartości wg wartości początkowych przy nadwyżkach informacji o miejscu użytkowania wg danych z ewidencji.
2367.	Możliwość wykonania inwentaryzacji zdawczo - odbiorczej wg osób odpowiedzialnych z jednoczesnym automatycznym przepisaniem pozycji z osoby na osobę (bez konieczności „przebijania” każdego pojedynczego obiektu).
2368.	Możliwość określenia automatycznej numeracji numerów inwentarzowych oraz kodów kreskowych np. literowo(L)-cyfrowego(C): CCC-C-CCCLCCCC np. 013-1-808KS2271.
2369.	Możliwość automatycznego wygenerowania zestawień-planów odpisów amortyzacyjnych w układzie trybu wielowyborowego, to jest co najmniej: a) wg zakresu grup KRST (od-do), b) wg numerów inwentarzowych (od-do), c) wg miejsc użytkowania (od-do).
2370.	Możliwość automatycznego generowania zestawień-planów odpisów amortyzacyjnych w układzie planu amortyzacji dla celów bilansowych oraz dla celów podatkowych. Plan odpisów amortyzacyjnych ma zawierać co najmniej dane w zakresie: a) określenia okresu (roku), na który jest generowany plan, b) numeru inwentarzowego nazwy pozycji inwentarzowej c) daty przyjęcia do użytkowania, wartość początkową, stawkę amortyzacyjną, umorzenie początkowe, amortyzacji miesięcznej ze wskazaniem miesiąca oraz kwoty amortyzacji oraz amortyzacji razem dla danego roku.
2371.	Możliwość wygenerowania tabel amortyzacyjnych dla określonej klasyfikacji rodzajowej. Tabele zawierają informację o wartości BO, zwiększeniach, zmniejszeniach, kolejnych odpisach. Dane od początku roku do danego miesiąca danego roku.
2372.	System uniemożliwia powtórne naliczenie amortyzacji za dany okres w sytuacji wcześniejszego wygenerowania amortyzacji i jego zatwierdzenia.
2373.	Możliwość automatycznego wygenerowania standardowego dokumentu PK z automatycznym podaniem kont księgowych dla operacji : a) przyjęcia b) likwidacji c) przeszacowania.
2374.	Możliwość wielokrotnego naliczania amortyzacji, np. w przypadku ruchów na środkach zwiększenie, zmniejszenie, ponowne przeliczenie amortyzacji dla wybranego środka trwałego.
2375.	Możliwość zapewnienia informacji o wartościach występujących osobno dla amortyzacji bilansowej: a) wartość księgowa netto, b) wartość księgowa brutto, c) wartość początkowa, d) dotychczasowe umorzenie, e) procent umorzenia (bieżący stopień zużycia).
2376.	Możliwość likwidacji środka trwałego nie w pełni umorzonego w taki sposób, aby w miesiącu likwidacji amortyzacja za środek była naliczona.
2377.	Możliwość tworzenia dokumentu zmiany miejsca użytkowania obiektu inwentarzowego w układzie pojedynczych obiektów na dokumencie oraz więcej niż jednego obiektu inwentarzowego na jednym dokumencie (kilku, kilkunastu, kilkudziesięciu).
2378.	Możliwość zmiany miejsc użytkowania, oraz osób odpowiedzialnych, osób nadzorujących obiekty inwentarzowe. Przy inwentaryzacji zdawczo-odbiorczej potwierdzenie zmiany osób odpowiedzialnych na inne osoby odpowiedzialne lub nadzorujące.
2379.	Możliwość zmiany osoby odpowiedzialnej bez zmiany miejsca użytkowania obiektu inwentarzowego.
2380.	Możliwość prowadzenia i wydruku ewidencji osób nadzorujących obiekty inwentarzowe.
2381.	Możliwość edytowania i poprawiania kartoteki środka trwałego już amortyzowanego zgodnie z nadanymi uprawnieniami.
2382.	Możliwość generowania raportów wg nadanych cech – grup oraz zakresów w grupie.
2383.	Możliwość ewidencjonowania typu środków trwałych wartości pozabilansowe (użyty sprzęt medyczny, informatyczny). Sprzęt na który nie nalicza się amortyzacji miesięcznej, nalicza się natomiast raz na rok na potrzeby sprawozdawczości (CIT8). W przypadku konieczności możliwość zmiany naliczania amortyzacji w okresach miesięcznych.

2384.	Możliwość likwidacji jednego lub kilku obiektów inwentarzowych jednocześnie, możliwość dokładania nowych obiektów inwentarzowych, możliwość zmian miejsca użytkowania obiektów inwentarzowych.
2385.	Możliwość seryjnego zakładania kartotek tego samego typu środka inwentarzowego każde na osobnej kartotece z innym numerem inwentarzowym. Dla nisko cennych (to samo miejsce użytkowania, osoby odpowiedzialne, inne cechy środka, to jest na dokumencie przyjęcia) np. wprowadzenie 10 krzesel wymaga podania cech obiektu tylko raz i podania liczby dodawanych identycznych obiektów inwentarzowych. Wszystkie 10 krzesel zostanie wówczas zaewidencjonowanych z kolejnymi numerami inwentarzowymi.
2386.	Możliwość zapewnienia pełnej ewidencji dokumentów wpływających na wartość środków trwałych: numer faktury, dostawca, nazwa pozycji na dokumencie, kwota, data wystawienia dokumentu zakupu.
2387.	Możliwość przeglądania obiektów inwentarzowych i tworzenia zestawień wg typu majątku, nazwy (fragmentu nazwy), wg numeru inwentarzowego, wg miejsca użytkowania, wg OPK, osób odpowiedzialnych, grupy GUS, źródeł finansowania i innych, które zostaną zdefiniowane.
2388.	Możliwość tworzenia zestawień dokumentów w zadanym okresie wg typów, grupy GUS, OPK, miejsca użytkowania, osoby odpowiedzialnej, źródeł finansowania.
2389.	Możliwość prowadzenia i zarządzania paszportami urzędzeń medycznych.
2390.	Możliwość ewidencji wypożyczonych środków trwałych
2391.	Opcja wyszukiwania według rodzaju dokumentu. Użytkownik ma możliwość sporządzenia zestawienia zawierającego wybrany (wskazany przez operatora) rodzaj dokumentu m.in. OT, LT, itd.
2392.	Możliwość wyświetlenia wszystkich dokumentów wprowadzonych w danym roku niezależnie od okresu sprawozdawczego oraz wygenerowanie zestawienia zawierającego sumy w ramach dokumentów.
2393.	Funkcja podglądu dokumentu prezentuje wybrany przez użytkownika dokument z możliwością jego wydrukowania. Funkcja podglądu środka wywołuje okno prezentujące aktualny stan środka trwałego, umożliwiające użytkownikowi wystawienie nowego dokumentu do istniejącego środka trwałego, a także weryfikację jego planu amortyzacji oraz pozostałych danych dotyczących składnika majątku trwałego.
2394.	Funkcja pozwalająca na usunięcie pozycji z rejestru inwentaryzacji. Opcja usuwania działa tylko w przypadku arkuszy nie wygenerowanych (niezatwierdzonych), natomiast arkusze wygenerowane nie mogą zostać usunięte.
2395.	Zarządzanie majątkiem: możliwość wystawienia dokumentu MT dla zestawów poprzez edycję elementu. Po wyszukaniu zestawu możliwość przesunięcia wszystkich elementów wchodzących w skład tego zestawu za pomocą funkcji edycji. Wywołanie funkcji edycji pozwala na zmianę miejsca użytkowania wybranego zestawu.
2396.	W ramach okna prezentującego zestawu operator ma możliwość weryfikacji składników majątku trwałego wchodzących w skład danego zestawu z możliwością podejrzenia miejsca użytkowania każdego z nich.
2397.	Jeśli zestaw zawiera środki trwałe mające przypisane różne miejsca użytkowania, system wyświetla odpowiednią informację typu: „środek trwały z wieloma miejscami użytkowania” oraz pozwala na podgląd zestawu. Informacja o miejscach użytkowania, jeśli są różne dla składników wchodzących w skład danego zestawu jest pomijana na wydruku dokumentu OT.
2398.	Możliwość wybrania jednocześnie amortyzacji okresowej dla amortyzacji bilansowej i jednorazowej dla amortyzacji podatkowej. Użytkownik wybierając metodę i stawkę ma możliwość wyboru sposobu amortyzacji. Wybór dotyczy amortyzacji bilansowej i jest podpowiedzią dla amortyzacji podatkowej. Dla amortyzacji podatkowej można następnie niezależnie wybrać rodzaj amortyzacji w tym amortyzację jednorazową. Miesiąc pierwszego odpisu będzie taki sam dla obu amortyzacji.
2399.	Przy pracy z planem amortyzacji dostępne są funkcje pozwalające na wyszukiwanie danych w zestawieniu. Użytkownik ma możliwość wyselekcjonowania listy kartotek w pozycji "numer inwentarzowy". Możliwość zaznaczenia wybranej pozycji (jednej lub kilku) na liście kartotek - system wyświetli dane dotyczące wybranych przez użytkownika środków trwałych i przejrzanie wcześniej zaznaczonych pozycji. Możliwość usuwania zaznaczonych pozycji.
2400.	System posiada parametr, który umożliwia wyłączenie podpowiadania wartości bilansowej do wartości podatkowej.
2401.	W systemie powinna istnieć możliwość przypinania schematów księgowych dla dokumentów na potrzeby generowania dokumentów w module FK.
2402.	W systemie powinna istnieć możliwość przypinania schematów księgowych dla kartotek na potrzeby naliczania amortyzacji i generowania dokumentów w module FK dla naliczonej amortyzacji.
2403.	W systemie powinna istnieć możliwość zdefiniowania katalogu schematów księgowych dla dokumentów modułu środki trwałe i naliczania amortyzacji.



2404.	Schematy księgowe z katalogu schematów powinny mieć możliwość dekretacji warunkowej w zależności od: a) źródła finansowania, b) grupy KŚT, c) kosztu rodzajowego amortyzacji.
2405.	W systemie powinna istnieć możliwość grupowego przypisania schematów księgowych do kartotek.
2406.	W momencie przypisywania schematu księgowego amortyzacji z katalogu schematów księgowych program powinien filtrować schematy do tych które są możliwe do użycia ze względu na dane przypisane do kartoteki środka trwałego, np. ze względu na źródła finansowani.
2407.	Powinna istnieć możliwość niezależnego zdefiniowania dekretacji amortyzacji dla każdej kartoteki środka trwałego lub dla każdego dokumentu.
2408.	Powinna istnieć możliwość swobodnej definicji księgowania dokumentu lub naliczonej amortyzacji dla wybranej kartoteki bez użycia schematów z katalogu schematów księgowych.
2409.	W schematach księgowych powinna istnieć możliwość definiowania dekretów dodatkowych na konta nie związane wprost z naliczoną amortyzacją np. na konta przychodów przyszłych okresów.

## 5. Integracja

Zamawiający wymaga następującej integracji między systemami (oprogramowaniem):

1. Integracja z Platformą P1 i P2 w zakresie wymaganym przepisami prawa na chwilę składania oferty;
2. Integracja oprogramowania medycznego z systemem PACS w zakresie automatycznego przesyłania zleceń na badania laboratoryjne i odbioru wyników;
3. Integracja oprogramowania medycznego z systemem LIS w zakresie automatycznego przesyłania zleceń na badania laboratoryjne i odbioru wyników; praca w trybie online za pomocą standardu HL 7 wersja 2.3 (minimum);
4. Integracja oprogramowania medycznego z oprogramowaniem administracyjnym zgodnie z następującymi wymaganiami:

1.	Integracja systemu w części białej z modułem finansowo-księgowym.
2.	Podczas migracji danych rozliczeniowych do systemu administracyjnego możliwość prezentacji tylko nowych niewyeksportowanych dotąd dokumentów. Funkcjonalność dostępna dla dokumentów zakupu oraz magazynowych.
3.	Apteka centralna wymienia informacje z modułem finansowo-księgowym w zakresie: informacji o dokumentach zakupu, informacji o wydaniach leków i materiałach medycznych - dekrety obejmujące wybrany okres dla każdego ośrodka kosztowego.
4.	System w części "białej" wymienia informacje z modułem finansowo-księgowym w zakresie informacji o dokumentach sprzedaży (tj. paragony, faktury) - dekrety obejmujące wybrany okres dla każdego ośrodka kosztowego.
5.	System umożliwia wymianę informacji z modułem finansowo-księgowym obejmując: kartoteki kontrahentów, dokumenty należności bez VAT, dokumenty należności z VAT, dokumenty zobowiązań bez VAT, dokumenty zobowiązań z VAT, inne dokumenty (nie powiązane z kontrahentem), pozycje dokumentów, spis z natury, arkusz inwentaryzacyjny.
6.	Możliwość pobierania pełnych raportów kasowych i terminalowych (płatność kartą) z pozycjami dokumentów z części białej do modułu finansowo-księgowego
7.	Możliwość pobierania raportu dobowego sprzedaży fiskalnej z wykazem pozycji paragonów dokumentów z części białej do modułu finansowo-księgowego
8.	Integracja pomiędzy częścią białą, a szarą musi zapewnić wspólną numerację kontrahentów za wyjątkiem sprzedaży „paragonowej” na pacjenta

## 6. Migracja danych – oprogramowanie medyczne HIS

- 1) Zamawiający oświadcza, że posiada wdrożony i użytkowany system HIS o nazwie Medicus On-Line produkcji Atende Medica sp. z o.o.
- 2) Wykonawca w ramach niniejszej oferty dokona analizy i importu danych oraz zapewni, że ciągłość pracy Zamawiającego zostanie utrzymana.
- 3) W trakcie prac związanych z importem danych Wykonawca i Zamawiający opracują procedurę przeniesienia danych z obecnie eksploatowanych systemów do wdrażanego systemu. Procedura ta powinna umożliwić korzystanie z nowych modułów w jak najszerszym zakresie funkcjonalnym, a w szczególności zagwarantować:
  - a) realizację wymagań zawartych w SIWZ co do funkcjonalności modułów systemu,
  - b) w jak najszerszym zakresie umożliwić prace na i w oparciu o dane z wycofywanych z eksploatacji systemów zgodnie z funkcjonalnością zawartą w SIWZ.
- 4) Szczegółowe zakresy danych podlegających importowi zostaną uzgodnione podczas prowadzenia prac analizy przedwdrożeniowej, jednakże Zamawiający oczekuje migracji danych w co najmniej następującym zakresie:
  - a) Wykaz pacjentów
    - Identyfikator pacjenta w systemie HIS
    - Nr PESEL pacjenta
    - Nazwisko i imię pacjenta
    - Data i miejsce (miejscowość) urodzenia pacjenta
    - Kod terytorialny miejsca urodzenia
    - Adres zamieszkania pacjenta – miejscowość
    - Adres zamieszkania pacjenta – kod pocztowy
    - Adres zamieszkania pacjenta – nazwa ulicy
    - Adres zamieszkania pacjenta – numer domu
    - Adres zamieszkania pacjenta – numer mieszkania
    - Kod terytorialny dla adresu korespondencyjnego
    - Adres korespondencyjny pacjenta – miejscowość
    - Adres korespondencyjny pacjenta – kod pocztowy
    - Adres korespondencyjny pacjenta – nazwa ulicy
    - Adres korespondencyjny pacjenta – numer domu
    - Adres korespondencyjny pacjenta – numer mieszkania
    - Numer telefonu domowego pacjenta
    - Numer telefonu komórkowego pacjenta
    - Uwagi (tekst opisowy)
    - Uwagi c.d. (tekst opisowy)
    - Identyfikator pacjenta w systemie HIS
    - Kod oddziału NFZ
    - Adres mailowy pacjenta
    - Adres mailowy pacjenta II
  - b) Wykaz wizyt
    - Nr PESEL pacjenta
    - Data zarejestrowania pacjenta
    - Data i godzina planowanej wizyty
    - Data i godzina przyjęcia pacjenta
    - Data skreślenia pacjenta
    - Data wypisania pacjenta

- Godzina wypisania pacjenta
- Kod przyczyny skreślenia – zgodnie ze słownikami określonymi przez NFZ Komunikatem nr 45/2013 i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. (Dz. U. z 2011 r. nr 215, poz. 1273)
- Numer w księdze głównej
- Numer księgi głównej
- Rok księgi głównej
- Numer księgi oddziałowej
- Rok księgi oddziałowej
- Numer kolejny noworodka
- Nr księgi oczekujących
- Rok księgi oczekujących
- Przypadek: „stabilny” lub „pilny”
- Kod procedury
- Kod płatnika
- Status wizyty („aktualna”, „archiwalna”)
- Uwagi do wizyty (tekst)
- Nazwa jednostki, w której pacjent miał wizytę
- Kod techniczny jednostki, w której pacjent miał wizytę
- Numer prawa wykonywania zawodu osoby realizującej
- Nr PESEL osoby realizującej
- Kod wg słownika NFZ typów personelu
- REGON instytucji kierującej
- Nazwa instytucji kierującej
- VII część kodu resortowego instytucji kierującej
- VIII część kodu resortowego instytucji kierującej
- Kod ICD10 rozpoznania ze skierowania
- Numer prawa wykonywania zawodu personelu
- Nr PESEL personelu
- Nazwisko i imię osoby kierującej
- Data skierowania
- Numer skierowania
- Kod trybu przyjęcia ambulatoryjnego - zgodnie z rozporządzeniem w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców (...)
- Kod trybu przyjęcia stacjonarnego - zgodnie z rozporządzeniem w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców (...)
- Kod trybu wypisu stacjonarnego - zgodnie z rozporządzeniem w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców (...)
- Kod świadczenia (kod funkcji ochrony zdrowia powiązany z kodem jednostki statystycznej)
- Kod rozpoznania głównego (wg ICD-10)
- Kod choroby zasadniczej (wg ICD-10)
- Kod choroby współwystępującej 1 (wg ICD-10)
- Kod choroby współwystępującej 2 (wg ICD-10)
- Kod choroby współwystępującej 3 (wg ICD-10)
- Kod choroby współwystępującej 4 (wg ICD-10)
- Kod choroby współwystępującej 5 (wg ICD-10)
- Kod zewnętrznej przyczyny zachorowania (V-Y wg ICD-10)
- Kod bezpośredniej przyczyny zgonu (wg ICD-10)
- Kod wtórnej przyczyny zgonu (wg ICD-10)
- Kod wyjściowej przyczyny zgonu (wg ICD-10)
- Kod(-y) procedury wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9-CM
- Daty procedur j.w.

- Numer kontraktu z NFZ
  - Kod usługi
  - Kod produktu jednostkowego
  - Daty produktu jednostkowego
  - Ilość produktu jednostkowego
  - Taryfa produktu jednostkowego
  - Wyróżnik produktu jednostkowego Status rozliczeniowy produktu jednostkowego
  - Numer rekordu (historii choroby)
- 5) Zamawiający na etapie realizacji zamówienia bezpłatnie zapewni dostęp na potrzeby migracji do bazy danych obecnie funkcjonującego oprogramowania w celu pozyskania niezbędnych danych przez Wykonawcę.

## 7. Migracja danych – oprogramowanie administracyjne ERP

- 1) Zamawiający oświadcza, że posiada wdrożony i użytkowany system administracyjny Symfonia produkcji Sage Group PLC
- 2) Wykonawca w ramach niniejszej oferty dokona analizy i importu danych oraz zapewni, że ciągłość pracy Zamawiającego zostanie utrzymana.
- 3) W trakcie prac związanych z importem danych Wykonawca i Zamawiający opracują procedurę przeniesienia danych z obecnie eksploatowanych systemów do wdrażanego systemu. Procedura ta powinna umożliwić korzystanie z nowych modułów w jak najszerszym zakresie funkcjonalnym a w szczególności zagwarantować:
  - a) realizację wymagań zawartych w SIWZ co do funkcjonalności modułów systemu,
  - b) w jak najszerszym zakresie umożliwić prace na i w oparciu o dane z wycofywanych z eksploatacji systemów zgodnie z funkcjonalnością zawartą w SIWZ.
- 4) Szczegółowe zakresy danych podlegających importowi zostaną uzgodnione podczas prowadzenia prac analizy przedwdrożeniowej, jednakże Zamawiający oczekuje migracji danych w co najmniej następującym zakresie:
  - a) finanse-księgowość: bilans otwarcia, rozrachunki nieuregulowane na dzień startu, obroty rozpoczęcia, kontrahenci, słownik usług, słowniki (statusy placówek, kody resortowe, klucze podziału, świadczenia medyczne, lista placówek, lista ośrodków, statystyka: klucze dla ośrodków, rodzaje kosztów dla ośrodka, koszty normatywne dla ośrodka
  - b) kadry-płace: dane pracownika, dane adresowe, wykształcenia, prawa do emerytur i rent, stopnie niepełnosprawności, członków rodzin, umowy, historia zatrudnienia, szkolenia, badania lekarskie, specjalizacje, prawa wykonywania zawodu, struktury (organizacyjna, podział pracowników na zespoły), podstawy do średnich chorobowych, podstawy do średnich urlopowych, wartości wynagrodzeń wypłaconych od początku roku do dnia wdrożenia (PIT-11, PIT-4R), składniki wynagrodzeń z aktualnego okresu rozliczeniowego, potrącenia wynagrodzeń z aktualnego okresu rozliczeniowego, absencje pracowników, bilans otwarcia KZP, PIT 40, PIT 8AR, druk RP-7, Z-3, przeniesienie aktualnego stanu pożyczek i wkładów PKZP pracowników
  - c) Środki trwałe i ewidencja wyposażenia: kartoteki środków trwałych, wartość środków trwałych i umorzeń na dzień startu,
  - d) Obsługa gospodarki materiałowej: kartoteki, stany magazynowe na dzień startu,
  - e) Rejestru danych osobowych pacjentów
- 5) Zamawiający na etapie realizacji zamówienia bezpłatnie zapewni dostęp na potrzeby migracji do bazy danych obecnie funkcjonującego oprogramowania w celu pozyskania niezbędnych danych przez Wykonawcę.