

# **ANKIETA 2021**

**skierowana do twórców oprogramowania służącego do prowadzenia EDM**

**w placówkach ambulatoryjnych**

*[ankietę wypełnia się dla jednej nazwy handlowej programu]*

1. **Dane**
2. **Nazwa handlowa programu**…………………………………………………………………………………………………….
3. **Nazwa Firmy**……………………………………………………………………………………………………………………………
4. **Adres**……………………………………………………………………………………………………………………………………….
5. **Witryna firmy**………………………………………………………………………………………………………………………….
6. **Opcjonalnie- link do materiału prezentacyjnego** …………………………………………………………………
7. **Kontakt tel.**…………………………………………. | **kontakt e-mail** …..………………………………………………….
8. **Osoba wypełniająca ankietę upoważniona do kontaktu: (**informacja nie będzie upubliczniona w zestawieniu wyników )

P. ……………………………………………………………..| tel……………………..| e-mail……………………………..

1. **Program**
2. **Profil gabinetu mającego być odbiorcą:** *(jedna lub więcej) [zaznaczyć „x” lub „tak”]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) | Podstawowa Opieka Zdrowotna – POZ |  |
| b) | Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – AOS |  |
| c) | Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień |  |
| d) | Rehabilitacja Lecznicza i Fizjoterapia |  |
| e) | Leczenie Stomatologiczne |  |
| f) | Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze |  |
| g) | Opieka paliatywna i hospicyjna |  |
| h) | Profilaktyczne Programy Zdrowotne |  |
| i) | Leczenie szpitalne jednego dnia |  |

1. Specjalistyczne (szczególne rozwiązania dedykowane jakiejś specjalności) – jakie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Oprogramowanie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **a)** | aplikacja desktopowa – instalowana na lokalnym dysku twardym lub w lokalnej sieci komputerowej |  |
| **b)** | aplikacja webowa – brak konieczności instalacji, praca przez przeglądarkę webową |  |
| **c)** | mieszana |  |

Jeśli c)– proszę podać jakie funkcje realizowane są poprzez aplikację webową, a jakie poprzez aplikację desktopową

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. - w przypadku aplikacji webowych jaka jest zalecana przez producenta przepustowość łącza dla wysyłania i odbierania danych wyrażoną w bitach na sekundę?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Uwagi własne producenta oprogramowania:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Baza danych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **a)** | - w chmurze – baza udostępniona przez producenta oprogramowania |  |
| **b)** | - instalowana na komputerze klienta w sieci lokalnej |  |

* 1. czy istnieje możliwość umieszczenia bazy danych poza siecią wewnętrzną klienta, na jego sprzęcie lub wykupionym serwerze dedykowanym?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. czy w przypadku oddzielnej bazy danych dla każdej odrębnej lokalizacji istnieje możliwość automatycznej replikacji i synchronizacji danych między bazami?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. W przypadku bazy zlokalizowanej w sieci lokalnej – czy wg producenta oprogramowania praca po wi-fi jest możliwa i zalecana (pod względem wydajności)?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. W przypadku wykorzystywania bazy udostępnionej przez producenta oprogramowania – W jaki sposób mogę pobrać wszystkie zgromadzone w bazie dane, w sytuacji gdy zamierzam zrezygnować z przedłużania licencji na oprogramowanie?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Opłaty**
   1. **Oplata licencyjna**.….……………………………………………………………………………………………………………..**zł**

**Co obejmuje? Czy obejmuje koszty niezbędnych aktualizacji oprogramowania?** ..............................................................................................................................

* 1. **Czy w opłacie zawarty jest koszt korzystania ze wsparcia technicznego?** ………………………………………………………………  
     ………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………….
  2. Jaki są formy (kanały) wsparcia technicznego ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Jakie są warunki skorzystania z doradztwa i zlecenia konfiguracji różnych produktów oprogramowania oferowanego przez Firmę?

……………………………………………………………..

* 1. Jeśli istnieje osobny dokument PDF dotyczący opłat , to proszę go dołączyć – będzie „podpięty” pod zbiorcze wyniki ankiety.

|  |  |
| --- | --- |
| Dodatkowa informacja pdf? | TAK / NIE |

1. **Wymagania**
   1. **Czy program spełnia wymogi, o których mowa w §1 ust.6 Rozporządzenia MZ z 6 kwietnia 2020 r. ws. rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania? [**Dz.U.2020.666]

TAK / NIE

**w szczególności:**

1. czy umożliwia śledzenie zmian w danych o diagnostyce i leczeniu?

TAK / NIE

1. **czy daje możliwość eksportu całości danych związanych z leczeniem i diagnostyką w sposób umożliwiający odtworzenie ich w innym systemie teleinformatycznym?** *Czy oprogramowanie umożliwia całościowy eksport zgromadzonych danych, wraz z dokładną specyfikacją formatu w jakim dane są zapisywane ?*

TAK / NIE

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* 1. **Minimalne wymagania**

**Czy program spełnia wymogi ogłoszonych 8.02.2019r na podstawie art.8b u.s.i.o.z. dokumentu : „Minimalne wymagania techniczne i funkcjonalne dla systemów usługodawców”? Chodzi o wersję projektu nowelizacji z 31 maja 2021r.** https:/ /cez.gov.pl/aktualnosci/szczegoly/konsultacje-zaktualizowanej-wersji-dokumentu-minimalne-wymagania-techniczne-i-funkcjonalne-dla-sy/

TAK / NIE

* 1. Czy program ma zaimplementowaną jako dokument EDM kartę opisu badania diagnostycznego?

TAK/ NIE

1. **Zdarzenia Medyczne i Wymiana EDM**
   1. **Czy program jest przygotowany do raportowania Zdarzeń Medycznych? Jeśli nie, to na kiedy przewidywane jest uruchomienie tej funkcjonalności?** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
   2. **Czy wysyłanie raportów ze Zdarzeń Medycznych jest automatyczne ?**

TAK / NIE

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Czy istnieje możliwość obsługi przez program repozytorium dokumentów elektronicznych znajdującego się na dysku twardym lub lokalnej sieci komputerowej?(w przypadku gdy program ma wyłącznie wersję chmurową proszę wpisać „nie dotyczy”). Jeśli jest to w planach- proszę oszacować kiedy będzie dostępne

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................

* 1. Czy istnieje możliwość organizacji i obsługi repozytorium w chmurze dostawcy (w przypadku gdy program ma wyłącznie wersję desktopową proszę wpisać „nie dotyczy”). Jeśli jest to w planach- proszę oszacować kiedy będzie dostępne ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
  2. Czy w przypadku repozytorium „chmurowego” można korzystać z samego repozytorium tylko dla dokumentów EDM, czy tez warunkiem jest posiadanie całej bazy w tejże chmurze?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* 1. Jaki jest koszt prowadzenia repozytorium? W wersji chmurowej – jaki jest koszt przechowywania danych w chmurze? (Opcjonalnie – załącznik jako PDF- do „podpięcia”) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Zgody i oświadczenia pacjentów:**

**7.1 czy program daje możliwość generowania oświadczeń pacjentów wg własnego szablonu świadczeniodawcy? *(****do wydruku edytowanego przez użytkownika zaczytywane byłyby dane osobowe pacjenta, miejsce, data i dane świadczeniodawcy****)***

TAK / NIE

7.2 czy program wyposażony może być opcjonalnie w funkcję składania podpisów pod oświadczeniami pacjenta (*wymienionymi choćby w §8 Rozporządzenia, o którym mowa w pkt.5.1 Ankiety)* za pomocą urządzeń odwzorowujących podpis?

TAK / NIE

Uwagi:………………………………..

7.3 Czy oprogramowanie dostosowane jest do funkcjonalności przeglądania z poziomu programu gabinetowego rejestru zgód, jakie pacjent poczynił w Internetowym Koncie Pacjenta? (Dokumentacja integracyjna Systemu P1 w zakresie obsługi zgód pacjenta)

TAK / NIE

1. **Dodatkowe informacje o pożądanych funkcjonalnościach:**

**8.1 Jak wygląda współpraca programu z urządzeniami generującymi wyniki badań diagnostycznych?** Czy program wczytuje zapis wyników tych badań do bazy danych, czy tez w inny sposób ułatwia organizację zbioru tych danych. Jeśli tak, to z jakimi systemami (urządzeniami) program może współpracować ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8.2** *Czy oprogramowanie ma możliwość samodzielnego (bez udziału producenta oprogramowania) importu danych ? jeżeli tak to w jakim zakresie ?*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Autoryzacja wpisów**
   1. **Za pomocą których narzędzi program umożliwia autoryzację podpisu i pod którymi dokumentami?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **EDM** | **Nie-EDM** |
| **a)** | kwalifikowanym podpisem elektronicznym |  |  |
| **b)** | podpisem zaufanym (Profil Zaufany) |  |  |
| **c)** | podpisem osobistym |  |  |
| **d)** | z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych |  |  |

1. **Obsługa rozliczenia z NFZ**
   1. Czy program samodzielnie rozlicza kontrakt z NFZ ?

TAK / NIE

Uwagi: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Które rodzaje świadczeń program rozlicza?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) | Podstawowa Opieka Zdrowotna – POZ |  |
| b) | Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – AOS |  |
| c) | Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień |  |
| d) | Rehabilitacja Lecznicza i Fizjoterapia |  |
| e) | Leczenie Stomatologiczne |  |
| f) | Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze |  |
| g) | Opieka paliatywna i hospicyjna |  |
| h) | Profilaktyczne Programy Zdrowotne |  |
| i) | Leczenie szpitalne jednego dnia |  |

* 1. Czy program obsługuje harmonogramy przyjęć (wraz z listami oczekujących) w zakresie wymaganym przez NFZ (Dz. U. 2020/1398 od Art. 19a), a w szczególności czy rejestruje każdą zmianę związaną z harmonogramami przyjęć (wraz z listami oczekujących)

TAK / NIE

* 1. Czy program umożliwia raportowanie pierwszego wolnego terminu w każdy dzień roboczy ?

TAK / NIE

10.5 Czy program umożliwia generowanie raportu statystycznego z harmonogramu przyjęć (wraz z kolejkami oczekujących) na koniec miesiąca ?

TAK / NIE

1. **Dodatkowe informacje i objaśnienia**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………