

KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”		DATA:
KOD KONKURSU:		KOMISJA NR
OFERTA NR (zgodnie z rejestrem ofert)		
NAZWA I ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:		

PROTOKÓŁ Z PRZEPROWADZENIA AUDYTU EX-ANTE

W dniu..... został przeprowadzony audyt ex-ante w
(adres miejsca udzielania świadczeń)

W wyniku audytu ex-ante stwierdzono:

L. p.	Opis funkcjonalności	Warunek wymagany/ dodatkowo oceniany	Spełnienie wymagania TAK/ NIE/ WARUNEK NIE ZOSTAŁ WYKAZANY W OFERCIE	Uwagi
1	Czy świadczeniodawca prowadzi elektroniczny terminarz wizyt w miejscu udzielania świadczeń?	Warunek wymagany		Niespełnienie warunku oznacza odrzucenie oferty
2	Czy świadczeniodawca prowadzi indywidualną dokumentację medyczną, o której mowa w ustawie o prawach pacjenta w wersji elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku?	Warunek wymagany		
3	Czy świadczeniodawca wdrożył e-zwolnienie	Warunek wymagany		
4	Czy świadczeniodawca prowadzi rejestrację wizyt u lekarza, udostępniając terminarz wizyt on-line?	Warunek dodatkowo oceniany		Warunek sprawdzany w przypadku, gdy oferent w ankiecie uzyskał dodatkowe punkty za jego spełnienie. W przypadku, gdy warunek nie jest spełniony, liczba punktów uzyskana za jego spełnienie jest korygowana do 0. Korekty dokonuje komisja konkursowa na podstawie protokołu z audytu ex-ante podpisanego przez oferenta. Oferta może zostać wybrana do zawarcia umowy, jeżeli po
5	Czy świadczeniodawca udostępnia portal/konto pacjenta?	Warunek dodatkowo oceniany		
6	Czy świadczeniodawca wdrożył system przypominania o umówionej wizycie?	Warunek dodatkowo oceniany		
7	Czy świadczeniodawca współpracujący ze specjalistami pracującymi w innej lokalizacji lub w tej samej lokalizacji ma możliwość elektronicznej wymiany informacji medycznej, z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych?	Warunek dodatkowo oceniany		
8	Czy świadczeniodawca prowadzi elektroniczną dokumentację medyczną (EDM w rozumieniu przepisów ustawy o systemie w ochronie zdrowia, zgodnie z	Warunek dodatkowo oceniany		

	art. 11 ust. 1 tej ustawy?)			korekcie punktów znajduje się nad linią odcinka.
--	-----------------------------	--	--	--

Z upoważnienia Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ:

- | | | |
|----|----------------------------|-------------------|
| 1. |
(imię i nazwisko) |
(podpis) |
| 2. |
(imię i nazwisko) |
(podpis) |
| 3. |
(imię i nazwisko) |
(podpis) |

Kopię protokołu otrzymałam/otrzymałem dnia

.....

Podpis i pieczęć oferenta

Odmowa podpisania protokołu oznacza odrzucenie oferty.

(Kopię protokołu należy przekazać oferentowi)