Załącznik nr 2

Załącznik 4b

Załącznik nr 18 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **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 korekcie punktów znajduje się nad linią odcięcia. |
| 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 art. 11 ust. 1 tej ustawy?) | Warunek dodatkowo oceniany |  |

Z upoważnienia Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ:

1. ………………………………….. ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

Kopię protokołu otrzymałam/otrzymałem dnia …………………………………………..

………………………………………………………….

Podpis i pieczęć oferenta

Odmowa podpisania protokołu oznacza odrzucenie oferty.

*(Kopię protokołu należy przekazać oferentowi)*