

KRYTERIA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCÓW DO REALIZACJI PILOTAŻU POZ PLUS

Lp.	KRYTERIA WYBORU (muszą być spełnione w dniu złożenia oferty)	Punktacja	Kryterium wyboru	Sposób udokumentowani	Sposób weryfikacji	Dla jakich podmiotów			
						do 5 tys.	od 5 tys. do 10 tys.	od 10 tys. do 20 tys.	od 20 tys.
1	Czy świadczeniodawca ma zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie "ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ" co najmniej do dnia 31 grudnia 2019 r. w miejscu udzielania świadczeń, wskazanym do oferty lub deklaruje w ofercie przedłużenie okresu jej obowiązywania co najmniej do 31 grudnia 2019 r. w sytuacji gdy zostanie wybrany do realizacji pilotażu?		WYMAGANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
2	Czy świadczeniodawca posiada liczbę świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarzy POZ w miejscu udzielania świadczeń uprawniającą do przystąpienia do pilotażu (w zależności od postępowania: do 5 tys. od 5 do 10 tys. od 10 do 20 tys.)?		WYMAGANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
3	Czy świadczeniodawca deklaruje gotowość realizacji programu zarządzania chorobą przy współudziale lekarzy specjalistów ze wszystkich wymienionych dziedzin: diabetologii, endokrynologii, neurologii, pulmonologii, rehabilitacji medycznej lub ortopedii, kardiologii (udokumentowana współpraca ze specjalistami - co najmniej porozumienie o współpracy/list intencyjny)?		WYMAGANE	Kopia umowy/porozumienia/listu intencyjnego	Załącznik do oferty	✓	✓	✓	
4	Czy świadczeniodawca zapewnia dostęp do badań diagnostycznych i laboratoryjnych objętych programem pilotażowym?		WYMAGANE	Oświadczenie	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓	
5	Czy świadczeniodawca prowadzi elektroniczny terminarz wizyt w miejscu udzielania świadczeń?		WYMAGANE	Oświadczenie	Audyt ex-ante	✓	✓	✓	
6	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?		WYMAGANE	Oświadczenie	Audyt ex-ante	✓	✓	✓	
7	Czy świadczeniodawca wdrożył e-zwolnienie?		WYMAGANE	Oświadczenie	Audyt ex-ante	✓	✓	✓	
8	Czy umowa w zakresie "ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ" jest zawarta na czas nieoznaczony?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
9	Czy świadczeniodawca realizuje świadczenia w ramach umowy z NFZ w zakresie "ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ" :		DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
9a	a) nieprzerwanie od 5 lat?	5	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie		✓	✓	✓	
9b	b) nieprzerwanie od 10 lat?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie		✓	✓	✓	
10	Czy świadczeniodawca zapewnia w miejscu udzielania świadczeń wskazanym do oferty dostęp do świadczeń lekarskich w godzinach od 8 do 18, z uwzględnieniem dostępności w godzinach 8.00-18.00 lekarza specjalisty medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych lub w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych, zgłoszonego do realizacji umowy z OW NFZ (dostęp równy 100% czasu pracy poradni)?	5	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
11	Jaki procent populacji objętej opieką lekarza POZ złożyło deklarację do lekarza ze specjalizacją medycyny rodzinnej, aktualnie udzielającego świadczeń?		DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
11a	a) poniżej 50% populacji	0	DODATKOWO OCENIANE			✓	✓	✓	
11b	b) powyżej 50% populacji do 80% populacji	5	DODATKOWO OCENIANE			✓	✓	✓	
11c	c) powyżej 80% populacji	10	DODATKOWO OCENIANE			✓	✓	✓	
12	Czy świadczeniodawca prowadzi rejestrację wizyt u lekarza, udostępniając terminarz wizyt on-line?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Audyt ex-ante	✓	✓	✓	
13	Czy świadczeniodawca udostępni portal/konto pacjenta?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Audyt ex-ante	✓	✓	✓	
14	Czy świadczeniodawca wdrożył system przypominania o umówionej wizycie?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Audyt ex-ante	✓	✓	✓	
15	Czy świadczeniodawca przeprowadził w ciągu ostatnich trzech lat (2015-2017) badanie satysfakcji pacjenta?			Oświadczenie	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓	
15a	a) co najmniej raz	5	DODATKOWO OCENIANE			✓	✓	✓	
15b	b) cyklicznie (minimum raz w roku przez okres 3 lat)	10	DODATKOWO OCENIANE			✓	✓	✓	
16	Czy świadczeniodawca ma doświadczenie w rozliczaniu grantów finansowanych ze środków zewnętrznych (np. UE, Swiss Contribution)?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓	
17	Czy świadczeniodawca zapewnia wykonanie badań diagnostyki laboratoryjnej przez laboratorium diagnostyczne wpisane na "Listę medycznych laboratoriów diagnostycznych", prowadzoną przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych na podstawie art. 19 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej?	5	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓	
18	Czy w 2015 r. i I kwartale 2016 r. świadczeniodawca realizował co najmniej przez jeden kwartał indywidualną sprawozdawczość z wykonania badań diagnostycznych w świadczeniach lekarza POZ?	15	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
19	Czy w 2015 r. i I kwartale 2016 r. wskaźnik wykonanych badań diagnostycznych w co najmniej jednym kwartale był równy lub wyższy od wartości progowej określonej przez NFZ?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
20	Czy świadczeniodawca brał udział w preselekcji świadczeniodawców do realizacji pilotażu POZ PLUS?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w Biurze projektu	✓	✓	✓	

Lp.	KRYTERIA WYBORU (muszą być spełnione w dniu złożenia oferty)	Punkcja	Kryterium wyboru	Sposób udokumentowani	Sposób weryfikacji	Dla jakich podmiotów			
						do 5 tys.	od 5 tys. do 10 tys.	od 10 tys. do 20 tys.	
21	Czy świadczeniodawca zgłosił się do programu akredytacji POZ (podpisany list intencyjny z Centrum Monitorowania Jakości w ramach projektu "Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki" - dotyczy miejsca udzielania świadczeń)?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓	
22	Czy świadczeniodawca w ramach umowy na realizację świadczeń w zakresie lekarza POZ obowiązującej w 2016 r. realizuje w miejscu udzielania świadczeń indywidualną sprawozdawczość świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia np. wizyta patronażowa, badania bilansowe 2-19 rok życia?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
23	Czy świadczeniodawca posiada Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, ważny w dniu złożenia oferty i w całym okresie obowiązywania umowy - dotyczy miejsca udzielania świadczeń?	2	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓	
24	Czy świadczeniodawca posiada Certyfikat ISO System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji ISO 27001?	2	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓	
25	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?	2	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Audyt ex-ante			✓	
26	Czy świadczeniodawca w ramach programu pilotażowego POZ PLUS zapewni konsultację specjalisty w dziedzinie diabetologii (opcjonalnie: diabetolog - 0740, endokrynolog - 0741, chorób wewnętrznych - 0705) - w lokalizacji? (udokumentowana współpraca ze specjalistą - co najmniej porozumienie o współpracy/list intencyjny)	2	DODATKOWO OCENIANE	Kopia umowy/porozumienia/listu intencyjnego	Załącznik do oferty	✓	✓	✓	
27	Czy świadczeniodawca w ramach programu pilotażowego POZ PLUS zapewni konsultację specjalisty w dziedzinie kardiologii (opcjonalnie: kardiolog - 0748, hipertensjolog - 0788, chorób wewnętrznych - 0705) - w lokalizacji? (udokumentowana współpraca ze specjalistą - co najmniej porozumienie o współpracy/list intencyjny)	2	DODATKOWO OCENIANE	Kopia umowy/porozumienia/listu intencyjnego	Załącznik do oferty	✓	✓	✓	
28	Czy świadczeniodawca w ramach programu pilotażowego POZ PLUS zapewni konsultację specjalisty w dziedzinie endokrynologii (opcjonalnie lekarz: endokrynolog - 0741, chorób wewnętrznych - 0705) - w lokalizacji? (udokumentowana współpraca ze specjalistą - co najmniej porozumienie o współpracy/list intencyjny)	2	DODATKOWO OCENIANE	Kopia umowy/porozumienia/listu intencyjnego	Załącznik do oferty	✓	✓	✓	
29	Czy świadczeniodawca w ramach programu pilotażowego POZ PLUS zapewni konsultację specjalisty w dziedzinie neurologii (opcjonalnie lekarz: neurolog - 0718) - w lokalizacji? (udokumentowana współpraca ze specjalistą - co najmniej porozumienie o współpracy/list intencyjny)	2	DODATKOWO OCENIANE	Kopia umowy/porozumienia/listu intencyjnego	Załącznik do oferty	✓	✓	✓	
30	Czy świadczeniodawca w ramach programu pilotażowego POZ PLUS zapewni konsultację specjalisty w dziedzinie pulmonologii (lekarz: chorób płuc 0739, chorób wewnętrznych - 0705) - w lokalizacji? (udokumentowana współpraca ze specjalistą - co najmniej porozumienie o współpracy/list intencyjny)	2	DODATKOWO OCENIANE	Kopia umowy/porozumienia/listu intencyjnego	Załącznik do oferty	✓	✓	✓	
31	Czy świadczeniodawca w ramach programu pilotażowego POZ PLUS zapewni konsultację specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej (opcjonalnie lekarz: chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu - 0720) - w lokalizacji? (udokumentowana współpraca ze specjalistą - co najmniej porozumienie o współpracy/list intencyjny)	2	DODATKOWO OCENIANE	Kopia umowy/porozumienia/listu intencyjnego	Załącznik do oferty	✓	✓	✓	
32	Czy na potrzeby objęcia opieką swojej populacji świadczeniodawca współpracuje z dietetykiem (udokumentowana współpraca na podstawie umowy)?	5	DODATKOWO OCENIANE	Kopia umowy/porozumienia/listu intencyjnego	Załącznik do oferty	✓	✓	✓	
33	Czy na potrzeby objęcia opieką swojej populacji świadczeniodawca współpracuje z fizjoterapeutą (udokumentowana współpraca na podstawie umowy)?	5	DODATKOWO OCENIANE	Kopia umowy/porozumienia/listu intencyjnego	Załącznik do oferty	✓	✓	✓	
34	Czy na potrzeby objęcia opieką swojej populacji świadczeniodawca współpracuje z psychologiem (udokumentowana współpraca na podstawie umowy)?	5	DODATKOWO OCENIANE	Kopia umowy/porozumienia/listu intencyjnego	Załącznik do oferty	✓	✓	✓	
35	Czy co najmniej jedna pielęgniarka współpracująca z lekarzem POZ (współpraca w ramach umowy lekarza POZ lub jako odrębny podmiot w tej samej lokalizacji), ukończyła szkolenie z zakresu profilaktyki i/lub promocji lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł specjalisty w zakresie zdrowia publicznego lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub środowiskowego lub środowiskowo-rodzinnego lub tytuł specjalisty w ochronie zdrowia pracujących lub jest w trakcie tych specjalizacji lub posiada tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa?	7	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓	
36	Czy świadczeniodawca ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie "ŚWIADCZENIA Pielęgniarki POZ" w miejscu udzielania świadczeń lub współpracuje z odrębnym podmiotem, który ma zawartą umowę na ww. zakres w miejscu udzielania świadczeń?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
37	Czy świadczeniodawca ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie "ŚWIADCZENIA Położnej POZ" w miejscu udzielania świadczeń lub współpracuje z odrębnym podmiotem, który ma zawartą umowę na ww. zakres w miejscu udzielania świadczeń?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓	
38	Czy świadczeniodawca zrealizował program profilaktyki chorób układu krążenia dla populacji objętej opieką, podlegającej programowi w roku 2016, a procent populacji przebadanej wynosił:			Oświadczenie		✓	✓	✓	
38a	a) poniżej 20%	0	DODATKOWO OCENIANE			✓	✓	✓	

Lp.	KRYTERIA WYBORU (muszą być spełnione w dniu złożenia oferty)	Punktacja	Kryterium wyboru	Sposób udokumentowani	Sposób weryfikacji	Dla jakich podmiotów		
						do 5 tys.	od 5 tys. do 10 tys.	od 10 tys. do 20 tys.
38b	b) powyżej 20% - do 30%	10	DODATKOWO OCENIANE		Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓
38c	c) powyżej 30% do 40%	15	DODATKOWO OCENIANE			✓	✓	✓
38d	d) powyżej 40%	20	DODATKOWO OCENIANE			✓	✓	✓
39	Czy w 2016 r. świadczeniodawca realizował program profilaktyki gruźlicy? (realizuje pielęgniarka poz)	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓
40	Czy w 2016 r. świadczeniodawca realizował program profilaktyki raka szyjki macicy (program realizowany przez położną poz w ramach posiadanej przez oferenta umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej)?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓
41	Czy świadczeniodawca posiada w swojej strukturze zarejestrowany gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej (0040) lub dział oświaty i promocji zdrowia (9210) lub poradnię promocji zdrowia (9700)?	2	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓
42	Czy pielęgniarki/położne udzielające świadczeń w zakresie POZ i zgłoszone do realizacji umowy z OW NFZ (co najmniej jedna) mają uprawnienia do wystawiania recept i ordynowania leków?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓
43	Czy świadczeniodawca współpracuje z samorządem lokalnym w zakresie realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych? (udokumentowana współpraca)	5	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓
44	Czy w 2016 r. świadczeniodawca realizował program profilaktyki chorób odżywczych, w tym POCHP?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Weryfikacja w systemie NFZ	✓	✓	✓
45	Czy świadczeniodawca prowadzi elektroniczną dokumentację medyczną (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art.11 ust. 1 tej ustawy?	10	DODATKOWO OCENIANE	Oświadczenie	Audyt ex-ante	✓	✓	✓
46	Czy świadczeniodawca opracował projekt Regulaminu organizacyjnego (zmiany Regulaminu organizacyjnego), regulujący w szczególności zadania koordynatora oraz zasady udzielania świadczeń w ramach pilotażu POZ PLUS?	10	DODATKOWO OCENIANE	Projekt regulaminu	Przedłożenie dokumentacji na wezwanie komisji konkursowej	✓	✓	✓