



Zasady wypełnienia ankiety:

Ankiety wypełnia osoba uprawniona do składania oświadczeń w imieniu świadczeniodawcy lub upoważniona przez świadczeniodawcę do składania oświadczeń i wypełnienia ankiety. Ankiety należy wypełnić odrębnie dla każdego miejsca udzielania świadczeń zgłoszonego przez świadczeniodawcę do preselekcji (konieczne jest wypełnienie tylu ankiet, ile będzie miejsc udzielania świadczeń zgłoszonych do preselekcji). Należy udzielić odpowiedzi na każde pytanie w ankiecie, w formacie określonym w ankiecie. Warunki wymagane od świadczeniodawców przystępujących do preselekcji zostały określone w części: „Warunki, które musi spełnić świadczeniodawca przystępujący do preselekcji”. Dane przekazane w części: „Dodatkowe informacje o potencjale świadczeniodawcy” mają charakter informacyjny. Jedyną akceptowalną formą ankiety jest wersja elektroniczna przekazana za pośrednictwem strony www (wersja papierowa lub skan nie będą uwzględniane).

Zapraszamy do wypełnienia ankiety!

Część A: I . DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRESOWE ŚWIADCZENIODAWCY

A1. Nazwa świadczeniodawcy:

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

Pełna nazwa świadczeniodawcy - zgodna z właściwym rejestrem



C2. Adres miejsca udzielania świadczeń

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

C3. Kod komórki organizacyjnej, wskazany w części VII KR

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

część VII KR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C4. Specjalność komórki organizacyjnej, wskazana w części VIII KR

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

Część VIII KR

Część D: IV. WARUNKI WYMAGANE, KTÓRE MUSI SPEŁNIĆ ŚWIADCZENIODAWCA PRZYSTĘPUJĄCY DO PRESELEKCJI

D1. Czy świadczeniodawca ma zawartą umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, obejmującą co najmniej świadczenia lekarza POZ?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie



D2. Proszę podać numer umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczenia lekarza POZ

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D3. Proszę podać, w jakim przedziale znajduje się liczba świadczeniobiorców zadeklarowanych (wpisanych na listy świadczeniobiorców objętych opieką) do lekarzy POZ w miejscu udzielania świadczeń wg stanu na dzień 31 maja 2017 r.

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- do 2.2 tys.
- powyżej 2.2 tys. do 5 tys.
- powyżej 5 tys. do 7,5 tys.
- powyżej 7,5 tys. do 10 tys.
- powyżej 10 tys. do 15 tys.
- powyżej 15 tys. do 20 tys.
- powyżej 20 tys.

D4. Proszę podać liczbę świadczeniobiorców zadeklarowanych (wpisanych na listy świadczeniobiorców objętych opieką) do lekarzy POZ w miejscu udzielania świadczeń wg stanu na dzień 31 maja 2017 r.

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

Odpowiedź powinna się mieścić pomiędzy 2 200 a 20 000. Do tego pola można wprowadzić tylko liczbę całkowitą.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D5. Czy świadczeniodawca prowadzi elektroniczny terminarz wizyt w miejscu udzielania świadczeń?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- Tak
- Nie



D6. Czy dla pacjentów objętych programem zarządzania chorobą świadczeniodawca zapewni dostęp (udokumentowana współpraca) do konsultacji specjalisty w dziedzinie: diabetologii, endokrynologii, kardiologii, neurologii, pulmonologii, ortopedii?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Deklaruję spełnienie warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

Nie będę spełniać warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

D7. Czy dla pacjentów objętych programem zarządzania chorobą w zespołach bólowych kręgosłupa i zmian zwyrodnieniowych stawów obwodowych świadczeniodawca zapewni dostęp (udokumentowana współpraca) do świadczeń rehabilitacyjnych?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Deklaruję spełnienie warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

Nie będę spełniać warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

D8. Czy świadczeniodawca zapewni dostęp do badań diagnostycznych, w tym: badanie spirometryczne z próbą rozkurczową, badanie wysiłkowe serca, biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy - celowana, echokardiografia, holter EKG, Holter RR, badanie dna oka?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Deklaruję spełnienie warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

Nie będę spełniać warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

D9. Czy świadczeniodawca zapewni dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, w tym: mikroalbuminuria, peptyd c, peptyd natriuretyczny typu B (BNP, nt-proBNP), przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej, przeciwciała przeciw tyreoglobulinie

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Deklaruję spełnienie warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

Nie będę spełniać warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS



D10. Czy świadczeniodawca opracuje regulamin organizacyjny opisujący m.in.: sposób koordynacji opieki medycznej w zakresie świadczeń będących przedmiotem pilotażu POZ PLUS, kompetencje i zadania personelu medycznego zespołu POZ PLUS: lekarzy rodzinnych/POZ, konsultujących specjalistów, pielęgniarek, położnych, edukatora zdrowotnego (np. dietetyka, psychologa, asystenta zdrowia), fizjoterapeuty i in. oraz zasady współpracy pomiędzy nimi; możliwości wzajemnego komunikowania się osób udzielających świadczeń w procesie opieki, w tym wymiana informacji o zdarzeniach medycznych i dokumentacji medycznej w oparciu o system informatyczny, wymiany danych o zdarzeniach medycznych i elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM); przekazywanie pacjentom informacji o zasadach funkcjonowania POZ PLUS; sposób monitorowania jakości opieki oraz nadzoru udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach POZ PLUS?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Deklaruję spełnienie warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

Nie będę spełniać warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

D11. Czy świadczeniodawca zapewni elektroniczną rejestrację wykonanych świadczeń?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Deklaruję spełnienie warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

Nie będę spełniać warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

D12. Czy świadczeniodawca weźmie udział w procesie aplikowania o granty na dofinansowanie pilotażu POZ PLUS ze środków EFS, których dysponentem będzie NFZ?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Deklaruję spełnienie warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS

Nie będę spełniać warunku w przypadku przystąpienia do realizacji pilotażu POZ PLUS



Część E: V. DODATKOWE INFORMACJE O POTENCJALE ŚWIADCZENIODAWCY W MIEJSCU UDZIELANIA ŚWADCZEŃ

E1. Proszę podać liczbę lekarzy z uprawnieniami do zbierania deklaracji wyboru świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

W tym polu można wpisać tylko liczby.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E2. Proszę podać liczbę etatów przeliczeniowych lekarzy z uprawnieniami do zbierania deklaracji wyboru świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń.

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

W tym polu można wpisać tylko liczby

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E3. Proszę podać średnią liczbę świadczeniobiorców objętych opieką przez lekarza poz uprawnionego do zbierania deklaracji w miejscu udzielania świadczeń

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- do 2 tys.
- powyżej 2 tys. do 2,1 tys.
- powyżej 2,1 tys. do 2,2 tys.
- powyżej 2,2 tys. do 2,3 tys.
- powyżej 2,3 tys. do 2,4 tys.
- powyżej 2,4 tys. do 2,5 tys.
- powyżej 2,5 tys.

E4. Proszę wskazać procentowy udział świadczeniobiorców objętych opieką przez lekarzy poz ze specjalizacją z medycyny rodzinnej w miejscu udzielania świadczeń

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- poniżej 25%
- powyżej 25% do 50%
- powyżej 50% do 75%
- powyżej 75% do 100%



E10. Proszę podać liczbę etatów przeliczeniowych pielęgniarek, które nie zbierają deklaracji wyboru świadczeniobiorców (pielęgniarki zabiegowe)

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

W tym polu można wpisać tylko liczby.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E11. Czy świadczeniodawca wykonuje badania EKG w lokalizacji?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E12. Czy świadczeniodawca wykonuje badania USG w lokalizacji?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E13. Czy świadczeniodawca wykonuje spirometrię w lokalizacji?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E14. Czy świadczeniodawca pobiera cytologię w lokalizacji?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E15. Czy świadczeniobiorca może się zarejestrować na wizytę do lekarza rodzinnego/POZ drogą internetową?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie



E16. Czy świadczeniodawca ma możliwość elektronicznej rejestracji świadczeniobiorcy na świadczenia realizowane poza lokalizacją świadczeniodawcy (np. badania obrazowe)?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E17. Czy świadczeniodawca prowadzi indywidualną elektroniczną dokumentację medyczną (EDM)?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E18. Czy świadczeniodawca ma możliwość wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) z konsultującymi specjalistami pracującymi w innej lokalizacji?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E19. Czy świadczeniodawca ma możliwość elektronicznego zlecenia i odbioru wyników badań laboratoryjnych?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E20. Czy świadczeniodawca ma możliwość elektronicznego zlecenia i odbioru wyników badań obrazowych?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E21. Czy świadczeniodawca ma zawartą umowę z NFZ w rodzaju AOS w zakresie:

Proszę wybrać wszystkie, które pasują

diabetologii



- endokrynologii
- kardiologii
- neurologii
- pulmonologii
- ortopedii
- nie ma zawartej umowy w żadnym z powyższych zakresów
- Inne

Inne

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E22. Czy na potrzeby objęcia opieką swojej populacji świadczeniodawca współpracuje z:
Proszę wybrać wszystkie, które pasują

- dietetykiem
- fizjoterapeutą
- edukatorem zdrowotnym
- umowa z NFZ w innym zakresie/rodzaju świadczeń
- świadczenia komercyjne
- nie współpracuje z żadnym z powyższych
- Inne

Inne

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E23. Proszę opisać zasady ww. współpracy

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

--



E24. Czy na potrzeby objęcia opieką swojej populacji świadczeniodawca współpracuje z opieką społeczną?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E25. Czy na potrzeby objęcia opieką swojej populacji świadczeniodawca realizuje programy zdrowotne lub badania naukowe (opracowane indywidualnie, finansowane z UE, środków samorządowych, Ministerstwo Zdrowia)?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie

E26. Proszę wpisać, w jakich programach świadczeniodawca brał udział

Proszę wybrać wszystkie, które pasują:

program profilaktyki chorób układu krążenia

program profilaktyki gruźlicy

program profilaktyki raka szyjki macicy

nie brał udziału w żadnym z powyższych programów

Inne

Inne

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E27. Czy świadczeniodawca w swojej praktyce stosuje elementy koordynacji?

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

Tak

Nie



E28. Proszę wskazać stosowane elementy koordynacji

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.