

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PLAN DZIAŁANIA NA ROK 2020** | | |
| **1**  **WERSJA PLANU DZIAŁANIA** | | **2020/3** |
| **INFORMACJE O INSTYTUCJI OPRACOWUJĄCEJ PLAN DZIAŁANIA** | | |
| **Numer i nazwa osi priorytetowej** | V Wsparcie dla obszaru zdrowia | |
| **Instytucja** | Ministerstwo Zdrowia Departament Oceny Inwestycji | |
| **Adres korespondencyjny** | ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa | |
| **Telefon** | + 48 882 354 588 | |
| **Faks** | 22/63-49-568 | |
| **E-mail** | dep-doci@mz.gov.pl | |
| **Dane kontaktowe osoby (osób)**  **do kontaktów roboczych** | Pani Małgorzata Iwanicka-Michałowicz – Zastępca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji  Pan Dariusz Juszczyński – Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II | |

1 Należy wpisać odpowiedni nr wersji Planu Działania w następującym formacie: „2020/1”, „2020/2”, „2020/…”.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER** | | | | | | | | | | **Działanie 5.1 Programy profilaktyczne** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FISZKA KONKURSU**  **Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi (komponent centralny)[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE O KONKURSIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cel szczegółowy  PO WER, w ramach którego  realizowane będą projekty[[2]](#footnote-2) | | **Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Priorytet inwestycyjny | | **8vi Aktywne i zdrowe starzenie się** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. konkursu | | 1 | | | Planowany kwartał  ogłoszenia konkursu | | | | | **I** | | X | | | **II** |  | **III** | |  | | **IV** | | | | | | |  | | | |
| Planowany miesiąc rozpoczęcia  naboru wniosków o dofinansowanie[[3]](#footnote-3)[[4]](#footnote-4) | | **1** | | | **2** | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | | | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | | | | | | | **12** | | | |
|  | | | **X** |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | |  | | | | | | |  | | | |
| Tryb realizacji konkursu | | **otwarty**  **(podzielony na rundy)** | | | | | |  | | | | | | | **zamknięty** | | | **X** | | | | | | | | | | | | | |
| Czy w ramach konkursu będą  wybierane projekty grantowe? | | **TAK** | | | | | |  | | | | | | | **NIE** | | | **X** | | | | | | | | | | | | | |
| Planowana alokacja (PLN) | | **3 000 000,00** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wymagany wkład własny beneficjenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TAK** | |  | | | **NIE** | | X | | Minimalny udział wkładu  własnego w finansowaniu wydatków kwalifikowalnych projektu | | | | | | | | | Nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | |
| Typ/typy projektów przewidziane do  realizacji w ramach konkursu | | 1. Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające  m. in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKŁADANE EFEKTY KONKURSU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa wskaźnika** | | | | | | | | | | | **Wartość docelowa wskaźnika** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W podziale na[[5]](#footnote-5): | | | | | | | Ogółem w konkursie | | | | | | | | | | | | | |
| Kobiety | | | | | Mężczyzn | |
| 1. Liczba wdrożonych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy | | | | | | | | | | | - | | | | | - | | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa wskaźnika** | | | | | | | | | | | **Wartość docelowa wskaźnika** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W podziale na[[6]](#footnote-6): | | | | | | | Ogółem w konkursie | | | | | | | | | | | | | |
| Kobiety | | | | | Mężczyzn | |
| 1. Liczba zrealizowanych kampanii edukacyjnych dla kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi | | | | | | | | | | | **1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTÓW** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA WARUNKUJĄCE** *(dotyczy konkursów z etapem preselekcji)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Projektodawcą może być:   * uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* lub * medyczny instytut badawczy funkcjonujący w oparciu o ustawę z dnia 30 kwietnia 2010 r. *o instytutach badawczych* lub * podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju *leczenie szpitalne w zakresie onkologia lub chirurgia*,   który będzie jedynym realizatorem akcji edukacyjno-informacyjnej określonej w programie polityki zdrowotnej pn. *„Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi.”* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | | W celu zapewnienia poprawnej realizacji programu polityki zdrowotnej wybrany zostanie jeden  realizator akcji edukacyjnoinformacyjnej przewidzianej w programie polityki zdrowotnej, który powinien posiadać odpowiednie zasoby merytoryczne. | | | | | | | Stosuje się do typu/typów  (nr) | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | |  | | | **NIE** | | | | X |
| 2. Projekt przewiduje realizację całej akcji edukacyjno-informacyjnej określonej w programie polityki zdrowotnej pn. *„Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi”* tj.:   * przygotowanie materiałów edukacyjno-informacyjnych, aplikacji oraz ogólnodostępnej strony internetowej – zgodnie z założeniami programu polityki zdrowotnej; * zapewnienie stałej obecność projektu w mediach społecznościowych; * zapewnienie wsparcia specjalistów – lekarza onkologa lub chirurga onkologa, lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty, psychologa i dietetyka w formie forum prowadzonego na stronie internetowej lub w mediach społecznościowych oraz * realizację zadania związanego z monitoringiem programu, w tym nadzorowanie działania Rady ds. Oceny i Ewaluacji – zgodnie z założeniami programu polityki zdrowotnej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | | Kryterium ma na celu zapewnienie, że działania realizowane w projekcie będą zgodne z właściwym zadaniem (nr 1) w opracowanym i zaakceptowanym programie  profilaktycznym, który będzie stanowił załącznik do regulaminu konkursu.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści  wniosku o dofinansowanie projektu PO WER - w szczególności zadań  zaplanowanych do  realizacji w projekcie | | | | | | | Stosuje się do typu/typów  (nr) | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | X | | | **NIE** | | | | |  |
| 3. Działania przewidziane w projekcie mają charakter ogólnopolski. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | Kryterium ma na celu zapewnienie  prawidłowej i efektywnej realizacji elementu ogólnokrajowego programu profilaktycznego finansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER. | | | | | | | | | Stosuje się do typu/typów  (nr) | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | | X | | **NIE** | | | | |  |
| 4. Projektodawca w trakcie realizacji projektu nawiąże stałą współpracę z regionalnymi operatorami programu polityki zdrowotnej pn. *„Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi*” w zakresie pozyskiwania danych odnośnie stopnia realizacji założonych wskaźników w celu monitorowania i ewaluacji programu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | Kryterium ma na celu zapewnienie prawidłowej i efektywnej realizacji  modułów programu profilaktycznego finansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER. | | | | | | | | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz.  1460, z późn. zm.)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | X | | | **NIE** | | | |  | |
| **5.** Projektodawca oraz ewentualni partnerzy nie realizują projektu o charakterze profilaktycznym, zbieżnym merytorycznie (tzn. dotyczącym tej samej jednostki chorobowej) finansowanego w ramach regionalnego programu operacyjnego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | Kryterium ma na celu zwiększenie dostępu pacjentów do realizowanych w ramach projektu działań profilaktycznych co będzie służyć zwiększeniu skuteczności oddziaływania programu profilaktycznego.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER. | | | | | | | | | | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | | | |  | | 1 | | | | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach* realizacji *programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz.  1460, z późn. zm.)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | X | | | | **NIE** | | |  | | |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| 1. Projekt przewiduje partnerstwo z co najmniej jedną organizacją pozarządową lub partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja  Rozwój), którzy w ostatnich 2 latach przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu prowadzili działania związane z edukacją prozdrowotną dot. raka piersi. | | | | | | | | | | | | WAGA | | | | | | | |  | | 10 | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | | Kryterium ma na celu wspieranie współpracy podmiotów leczniczych z organizacjami pozarządowymi reprezentującymi interesy pacjentów w celu poprawy jakości działań profilaktycznych oraz w celu zwiększenia skuteczności oddziaływania programu profilaktycznego.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER, odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego  oraz statutu organizacji. | | | | | | | Stosuje się do typu/typów  (nr) | | | | | | | |  | | 1 | | | | | | | | | |
| 2. Projekt przewiduje partnerstwo z partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja  Rozwój) reprezentującym interesy i zrzeszającym podmioty świadczące usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i/lub w | | | | | | | | | | | | WAGA | | | | | | | |  | | 5 | | | | | | | | | |
|  | zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | Uzasadnienie: | | | | Kryterium ma na celu wspieranie współpracy podmiotów leczniczych z partnerami społecznymi w celu poprawy jakości działań profilaktycznych oraz w celu zwiększenia skuteczności oddziaływania programu profilaktycznego.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER.  Jeśli partner projektu spełnia zarówno  kryterium premiujące 1 i 2, punkty premiujące sumuje się. | | | | | | | Stosuje się do typu/typów  (nr) | | | | | | | |  | | | | | 1 | | | | | | |
| 3. | Projektodawca lub partner posiada akredytację wydaną na podstawie ustawy o akredytacji o ochronie zdrowia lub jest w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej (okres przygotowawczy rozpoczyna się od daty podpisania przez dany podmiot umowy w zakresie przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego) lub posiada certyfikat normy EN 15224 - Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością. | | | | | | | | | | | WAGA | | | | | | | |  | | | | | 10 | | | | | | |
|  | Uzasadnienie: | | | | Kryterium ma na celu zapewnienie udzielania świadczeń w warunkach spełniających wymagania w zakresie zachowania bezpieczeństwa pacjenta.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER. | | | | | | | Stosuje się do typu/typów  (nr) | | | | | | | |  | | | | | 1 | | | | | | |
|  | **KRYTERIA STRATEGICZNE** *(dotyczy konkursów z etapem oceny strategicznej)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | Nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | Uzasadnienie: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| … |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | Uzasadnienie: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER** | | | | | **Działanie 5.1 Programy profilaktyczne** | | | | | | | | |
| **FISZKA KONKURSU**  **Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi (moduł makroregionalny)[[7]](#footnote-7)** | | | | | | | | | | | | | |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE O KONKURSIE** | | | | | | | | | | | | | |
| Cel szczegółowy  PO WER, w ramach którego  realizowane będą projekty[[8]](#footnote-8) | **Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej** | | | | | | | | | | | | |
| Priorytet inwestycyjny | **8vi Aktywne i zdrowe starzenie się** | | | | | | | | | | | | |
| Lp. konkursu | 2 | Planowany kwartał  ogłoszenia konkursu | | | **I** |  | **II** | X | **III** | |  | **IV** |  |
| Planowany miesiąc rozpoczęcia  naboru wniosków o dofinansowanie[[9]](#footnote-9)[[10]](#footnote-10) | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  |  | **x** |  |  |  | |  |  |  |
| Tryb realizacji konkursu | **otwarty**  **(podzielony na rundy)** | | | **X** | | | **zamknięty** | | |  | | | |
| Czy w ramach konkursu będą  wybierane projekty grantowe? | **TAK** | | |  | | | **NIE** | | | **X** | | | |
| Planowana alokacja (PLN) | **12 000 000,00** | | | | | | | | | | | | |
| Wymagany wkład własny beneficjenta | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAK** |  | **NIE** | X | Minimalny udział wkładu własnego w finansowaniu wydatków kwalifikowalnych projektu | | | | Nie dotyczy | | | | | | | | |
| Typ/typy projektów przewidziane do  realizacji w ramach konkursu | Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m. in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKŁADANE EFEKTY KONKURSU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa wskaźnika** | | | | | **Wartość docelowa wskaźnika** | | | | | | | | | | | |
| W podziale na[[11]](#footnote-11): | | | Ogółem w konkursie | | | | | | | | |
|  |  | |
| Kobiety | Mężczyzn | |
| 1. Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS | | | | | - | - | | 5 100 | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | |  | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa wskaźnika** | | | | | **Wartość docelowa wskaźnika** | | | | | | | | | | | |
| W podziale na[[12]](#footnote-12): | | | Ogółem w konkursie | | | | | | | | |
|  |  | |
| Kobiety | Mężczyzn | |
| 1. Odsetek pacjentek objętych działaniami w zakresie fizjoterapii u których nastąpiło zwiększenie świadomości profilaktyki przeciwobrzękowej po chirurgicznym leczeniu raka piersi. | | | | | 90% |  | | 90% | | | | | | | | |
| **SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTÓW** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA WARUNKUJĄCE** *(dotyczy konkursów z etapem preselekcji)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Projektodawcą może być:   * uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* lub * instytut badawczy uczestniczący w systemie ochrony zdrowia działający w oparciu o ustawę z 30 kwietnia 2010 r. o *instytutach badawczych* lub * podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie onkologia lub chirurgia. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | W celu zapewnienia poprawnej realizacji programu polityki  zdrowotnej niezbędny jest udział specjalistycznych jednostek, posiadających potencjał merytoryczny i duże doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER. | | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | | 1 | | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | | | | | | | **TAK** | | |  | | **NIE** | | X |
| 2. Projektodawca może złożyć nie więcej niż 1 wniosek o dofinansowanie projektu – niezależnie czy jako Beneficjent czy Partner projektu. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | Kryterium ma na celu zróżnicowanie podmiotów wdrażających program profilaktyczny.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści  wniosku o  dofinansowanie projektu PO WER – na podstawie numerów NIP podmiotów, które złożyły wniosek o dofinansowanie. | | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | | 1 | | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | | | | | | | **TAK** | | |  | | **NIE** | | X |
| 3. Działania realizowane w projekcie przez projektodawcę oraz ewentualnych partnerów są zgodne z zakresem programu polityki zdrowotnej pn. *„Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi”* , który jest załącznikiem do regulaminu konkursu, tj.:   * cele projektu są zgodne z celami programu profilaktycznego (dopuszcza się uwzględnienie dodatkowych celów); * opis grupy docelowej projektu jest zgodny z opisem adresatów programu profilaktycznego; * zakres badań medycznych i innych interwencji przewidzianych w projekcie jest zgodny z zakresem przewidzianym w programie profilaktycznym. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | Kryterium ma na celu zapewnienie, że działania realizowane w projekcie będą zgodne z opracowanym i zaakceptowanym programem  profilaktycznym, który będzie stanowił załącznik do regulaminu konkursu.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER – w szczególności zadań zaplanowanych do realizacji w projekcie. | | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | | 1 | | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | | | | | | | **TAK** | | X | | | **NIE** | |  |
| 4. Projektodawca przewidział w projekcie realizację świadczeń zdrowotnych również w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w soboty. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | Kryterium ma na celu zwiększenie dostępu pacjentów do realizowanych w ramach projektu działań profilaktycznych co będzie służyć zwiększeniu skuteczności oddziaływania programu profilaktycznego.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku | | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | | 1 | | | | | | | |
| o dofinansowanie projektu PO WER. | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | | | | | | | **TAK** | | | X | **NIE** | | |  |
| 5. Projektodawca oraz ewentualni partnerzy nie realizują projektu o charakterze profilaktycznym, zbieżnym merytorycznie (tzn. dotyczącym tej samej jednostki chorobowej i grupy docelowej) finansowanego w ramach regionalnego programu operacyjnego. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | Kryterium ma na celu zapobieganie możliwości dublowania się działań podejmowanych ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój oraz Regionalnych Programów  Operacyjnych.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER  oraz/lub listy projektów profilaktycznych realizowanych w ramach POWER oraz RPO. | | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | | 1 | | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | | | | | | | **TAK** |  | | | **NIE** | | X | |
| 6. Projektodawca posiada siedzibę i zapewni realizację wszystkich działań w projekcie na terenie jednego z sześciu makroregionów. Makroregiony obejmować będą granice administracyjne obecnych województw. Wyodrębnione zostaną następujące makroregiony: **centralny** (województwa: łódzkie, mazowieckie), **południowo-wschodn**i (województwa: małopolskie, świętokrzyskie, podkarpackie), **wschodni** (województwa: lubelskie, podlaskie), **północny** (województwa: pomorskie, warmińskomazurskie, kujawsko-pomorskie), **zachodni** (województwa: lubuskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie), **śląski** (województwa: śląskie, opolskie, dolnośląskie). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | Kryterium ma na celu zwiększenie dostępu pacjentów do realizowanych w ramach projektu działań profilaktycznych, co będzie służyć zwiększeniu skuteczności oddziaływania programu profilaktycznego.  Kryterium będzie weryfikowane na podstawie treści wniosku o  dofinansowanie projektu PO WER.  Co do zasady alokacja zostanie podzielona na makroregiony w następujący sposób (proporcjonalnie do wielkości populacji zamieszkałej na danym terytorium):  - makroregion centralny  – 20,40% alokacji;   * makroregion   południowo-wschodni – 17,58% alokacji;   * makroregion wschodni – 8,66% alokacji; * makroregion północny 15,18% alokacji; * makroregion zachodni – 16,14% alokacji; * makroregion śląski – 22,04% alokacji.   Projekty wybierane będą w podziale na makroregiony w ramach zaplanowanej alokacji.  Przygotowywana przez KOP lista, o której mowa w art. 44 ust. 4 ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie  polityki spójności finansowanych w perspektywie 2014-  2020, będzie składała się z kilku oddzielnych list, po jednej dla każdego makroregionu.  Konkurs będzie mógł odbywać się w rundach w podziale na poszczególne | | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | 1 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | makroregiony.  Jeśli w dwóch kolejnych rundach konkursowych w danym makroregionie  nie zostanie rozdysponowana alokacja, środki mogą być przesunięte na inne makroregiony celem zakontraktowania kolejnych projektów z listy rankingowej lub rozpisania kolejnej rundy konkursowej lub przesunięte na inny nabór.  Nie dopuszcza się możliwości realizowania projektu obejmującego więcej niż jeden makroregion.  Co do zasady, w pierwszej kolejności IOK będzie dążyła do wyłonienia jednego projektodawcy na jeden makroregion. IOK może podjąć decyzje o wyborze kilku realizatorów w jednym makroregionie, pod warunkiem, że w innym makroregionie nie zostały wybrane projekty lub zostanie podjęta decyzja o zwiększeniu kwoty alokacji na konkurs. |  |  | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | **TAK** | | X | | **NIE** | |  |
| 7. Projektodawca w trakcie realizacji projektu nawiąże stałą współpracę z wykonawcą modułu centralnego programu polityki zdrowotnej pn. *„Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi”* mającą na celu monitorowanie i ewaluację programu. | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu zapewnienie  prawidłowej i efektywnej realizacji programu profilaktycznego finansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie | Stosuje się do typu/typów (nr) | 1 | | | | | | |
|  | projektu PO WER. |  | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | **TAK** | | | **X** | | **NIE** |  |
| 8. Projektodawcy nawiążą współpracę / partnerstwo z co min. 5 podmiotami leczniczymi posiadającymi umowę z OW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub warunkach oddziału dziennego w rodzaju rehabilitacji ogólnoustrojowej. | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu umożliwienie korzystania przez pacjentki z zabiegów fizjoterapeutycznych jak najbliżej miejsca zamieszkania. Zatem wybór partnerów powinien uwzględniać zróżnicowanie regionalne / lokalne.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER. | Stosuje się do typu/typów (nr) | 1 | | | | | | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.)? | | | **TAK** | | | X | **NIE** | |  |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** | | | | | | | | | |
| 1. Projekt przewiduje partnerstwo z co najmniej jedną organizacją pozarządową lub partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja  Rozwój), którzy w ostatnich 2 latach przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu prowadzili działania związane z edukacją prozdrowotną dot. raka piersi. | | WAGA | | 10 | | | | | |
| Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu wspieranie współpracy podmiotów leczniczych z organizacjami pozarządowymi reprezentującymi interesy pacjentów w celu poprawy jakości działań profilaktycznych oraz w celu zwiększenia skuteczności oddziaływania programu | Stosuje się do typu/typów (nr) | | 1 | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | profilaktycznego.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER, odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego  oraz statutu organizacji. |  |  |
| 2. | Projekt przewiduje partnerstwo z partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja  Rozwój) reprezentującym interesy i zrzeszającym podmioty świadczące usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i/lub w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. | | WAGA | 5 |
|  | Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu wspieranie współpracy podmiotów leczniczych z partnerami społecznymi w celu poprawy jakości działań profilaktycznych oraz w celu zwiększenia skuteczności oddziaływania programu profilaktycznego.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER.  Jeśli partner projektu spełnia zarówno kryterium premiujące 1 i 2, punkty premiujące sumuje się. | Stosuje się do typu/typów (nr) | 1 |
| 3. | Projektodawca lub partner posiada akredytację wydaną na podstawie ustawy o akredytacji o ochronie zdrowia lub jest w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej (okres przygotowawczy rozpoczyna się od daty podpisania przez dany podmiot umowy w zakresie przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego) lub posiada certyfikat normy EN 15224 - Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością. | | WAGA | 10 |
|  | Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu zapewnienie udzielania świadczeń w warunkach spełniających wymagania w zakresie zachowania bezpieczeństwa | Stosuje się do typu/typów (nr) | 1 |
|  | | pacjenta.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER. |  |  |
| **KRYTERIA STRATEGICZNE** *(dotyczy konkursów z etapem oceny strategicznej)* | | | | |
| Nie dotyczy | | | | |
| Uzasadnienie: | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER** | | | | | **Działanie 5.1 Programy profilaktyczne** | | | | | | | | |
| **FISZKA KONKURSU**  **Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży[[13]](#footnote-13)** | | | | | | | | | | | | | |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE O KONKURSIE** | | | | | | | | | | | | | |
| Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego  realizowane będą projekty[[14]](#footnote-14) | **Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności**  **zawodowej** | | | | | | | | | | | | |
| Priorytet inwestycyjny | **8vi Aktywne i zdrowe starzenie się** | | | | | | | | | | | | |
| Lp. konkursu | *3* | Planowany kwartał ogłoszenia konkursu | | | | **I** |  | **II** | X | **III** |  | **IV** |  |
| Planowany miesiąc  rozpoczęcia  naboru wniosków o dofinansowanie[[15]](#footnote-15)[[16]](#footnote-16) | **1** | **2** | **3** | **4** | | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  | | **X** |  |  |  |  |  |  |  |
| Tryb realizacji konkursu | **otwarty**  **(podzielony na rundy)** | | | **X** | | | | **zamknięty** | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy w ramach konkursu będą  wybierane projekty grantowe? | **TAK** | | |  | | | **NIE** | | **X** |
| Planowana alokacja (PLN) | **10 000 000,00** | | | | | | | | |
| Wymagany wkład własny beneficjenta | | | | | | | | | |
| **TAK** |  | **NIE** | *x* | | Minimalny udział wkładu własnego w finansowaniu wydatków kwalifikowalnych projektu | | | | Nie dotyczy |
| Typ/typy projektów przewidziane do  realizacji w ramach konkursu | 1. Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m. in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem. | | | | | | | | |
| **ZAKŁADANE EFEKTY KONKURSU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ i OGÓŁEM)** | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** | | | | | | | | | |
| **Nazwa wskaźnika** | | | | | | **Wartość docelowa wskaźnika** | | | |
| W podziale na[[17]](#footnote-17): | | | Ogółem w konkursie |
|  | |  |
| Kobiety | | Mężczyzn |
| 1. Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS | | | | | | - | | - | 15 000 |
| 2. Liczba wdrożonych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy | | | | | | - | | - | 1 |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** | | | | | | | | | |
| **Nazwa wskaźnika** | | | | | | **Wartość docelowa wskaźnika** | | | |
| W podziale na[[18]](#footnote-18): | | | Ogółem w konkursie |
|  | |  |
|  | | | | | | Kobiety | | Mężczyzn |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Liczba opracowanych scenariuszy zajęć edukacyjnych w zakresie profilaktyki próchnicy. | | 1 | | | | | |
| **SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTÓW** | | | | | | | |
| **KRYTERIA WARUNKUJĄCE** *(dotyczy konkursów z etapem preselekcji)* | | | | | | | |
| Nie dotyczy | | | | | | | |
| Uzasadnienie: |  | | | | | | |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** | | | | | | | |
| 1. Projektodawcą może być:   * uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* lub * medyczny instytut badawczy działający w oparciu o ustawę z dnia 30 kwietnia 2010 r.   *o instytutach badawczych* lub   * podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne**.** | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | W celu zapewnienia poprawnej realizacji programu polityki zdrowotnej próchnicy zębów dla młodzieży, niezbędny jest udział specjalistycznych jednostek, posiadających potencjał merytoryczny i duże doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER. | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | 1 | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.)? | | | | **TAK** |  | **NIE** | X |
| 2. Projekt przewiduje nawiązanie współpracy pomiędzy projektodawcą a:   * szkołami ponadpodstawowymi oraz * podmiotami leczniczymi oraz indywidualnymi praktykami lekarskimi posiadającymi umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna albo leczenie stomatologiczne * w przeciągu realizacji projektu powinien współpracować łącznie z co najmniej 40 ww. podmiotami. | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | Wdrożenie programu polityki zdrowotnej będzie realizowane poprzez podmioty stanowiące kluczowy element dotarcia z ofertą działań profilaktycznych do osób kwalifikujących się do udziału w programie.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER. | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | 1 | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.)? | | | | **TAK** |  | **NIE** | X |
| 3. Działania realizowane w projekcie przez projektodawcę oraz ewentualnych partnerów są zgodne z zakresem adekwatnego programu profilaktycznego, który jest załącznikiem do regulaminu konkursu, tj.:   * cele projektu są zgodne z celami programu profilaktycznego; * opis grupy docelowej projektu jest zgodny z opisem adresatów programu profilaktycznego oraz uwzględnia kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej; * zakres badań medycznych i działań edukacyjnych przewidzianych w projekcie jest zgodny z zakresem przewidzianym w programie profilaktycznym. | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu zapewnienie, że działania realizowane w projekcie będą zgodne z opracowanym i zaakceptowanym programem profilaktycznym, który będzie stanowił załącznik do regulaminu konkursu.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu  PO WER - w szczególności zadań zaplanowanych do realizacji w projekcie. | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | 1 | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.)? | | | | **TAK** | X | **NIE** |  |
| 4. Projektodawca może złożyć nie więcej niż 1 wniosek o dofinansowanie projektu – niezależnie czy jako Beneficjent czy Partner projektu. | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu zróżnicowanie podmiotów wdrażających program profilaktyki w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER – na podstawie numerów NIP podmiotów, które złożyły wniosek o dofinansowanie. | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | 1 | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 20187 r. poz. 1431, z późn. zm.)? | | | | **TAK** |  | **NIE** | X |
| 5. Projektodawca oraz ewentualni partnerzy nie realizują projektu o charakterze profilaktycznym, zbieżnym merytorycznie (tzn. dotyczącym tej samej jednostki chorobowej i grupy docelowej) finansowanego w ramach regionalnego programu operacyjnego. | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu zapobieganie możliwości dublowania się działań podejmowanych ze środków Programu Operacyjnego Wiedza  Edukacja Rozwój oraz Regionalnych Programów Operacyjnych.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER oraz/lub listy projektów profilaktycznych realizowanych w ramach POWER oraz RPO. | | Stosuje się do typu/typów (nr) | | | 1 | |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.)? | | | | **TAK** |  | **NIE** | X |
| 6. Wartość projektu nie może przekraczać alokacji przeznaczonej na jeden z sześciu makroregionów, w którym projektodawca posiada siedzibę i w którym zapewni realizację wszystkich działań w projekcie.  Makroregiony obejmować będą granice administracyjne obecnych województw. Wyodrębnione zostaną następujące makroregiony: **centralny** (województwa: łódzkie, mazowieckie), **południowo-wschodni**  (województwa: małopolskie, świętokrzyskie, podkarpackie), **wschodni** (województwa: lubelskie, podlaskie), **północny** (województwa: pomorskie, warmińsko-mazurskie, kujawsko-pomorskie), **zachodni** (województwa: lubuskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie), **śląski** (województwa: śląskie, opolskie, dolnośląskie). | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu zwiększenie dostępu pacjentów do  realizowanych w ramach projektu działań profilaktycznych, co będzie służyć zwiększeniu skuteczności oddziaływania programu profilaktycznego.  Kryterium będzie weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER.  Co do zasady alokacja zostanie podzielona na makroregiony w następujący sposób (proporcjonalnie do wielkości populacji zamieszkałej na danym terytorium):   * makroregion centralny – 20,40% alokacji; * makroregion południowowschodni – 17,58% alokacji; * makroregion wschodni – 8,66% alokacji; * makroregion północny 15,18% alokacji; * makroregion zachodni – 16,14% alokacji; * makroregion śląski – 22,04% alokacji.   Projekty wybierane będą w podziale na makroregiony w ramach zaplanowanej alokacji.  Przygotowywana przez KOP lista, o której mowa w art. 44 ust. 4 ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie 2014-2020, będzie składała się z kilku oddzielnych list, po jednej dla każdego makroregionu. Konkurs będzie mógł odbywać się w rundach w podziale na poszczególne makroregiony.  Jeśli w dwóch kolejnych rundach konkursu w danym makroregionie nie zostanie rozdysponowana alokacja, środki mogą być przesunięte na inne makroregiony celem zakontraktowania kolejnych projektów z listy rankingowej lub rozpisania kolejnej rundy konkursu lub przesunięcia do innego konkursu.  Nie dopuszcza się możliwości realizowania projektu obejmującego więcej niż jeden | Stosuje się do typu/typów (nr) | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | makroregion.  Co do zasady, w pierwszej kolejności IOK będzie dążyła do wyłonienia jednego projektodawcy na jeden makroregion. IOK może podjąć decyzje o wyborze kilku realizatorów w jednym makroregionie, pod warunkiem, że w innym makroregionie nie zostały wybrane projekty lub zostanie podjęta decyzja o zwiększeniu kwoty alokacji na konkurs. |  |  |  |  |  |
| Czy treść wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej spełniania kryterium może być uzupełniana lub poprawiana w zakresie określonym w regulaminie konkursu (na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.)? | | | **TAK** |  | **NIE** | X |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** | | | |
| 1. Projekt przewiduje partnerstwo z co najmniej jedną organizacją pozarządową lub partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój), którzy w ostatnich 2 latach przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu prowadzili działania związane z edukacją prozdrowotną dot. próchnicy zębów. | | WAGA | **10** |
| Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu wspieranie współpracy podmiotów leczniczych z organizacjami pozarządowymi reprezentującymi interesy pacjentów w celu poprawy jakości działań profilaktycznych oraz w celu zwiększenia skuteczności oddziaływania programu profilaktycznego.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER, odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego oraz statutu organizacji. | Stosuje się do typu/typów (nr) | 1 |
| 2. Projekt przewiduje partnerstwo z partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój) reprezentującym interesy i zrzeszającym podmioty świadczące usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i/lub w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. | | WAGA | **5** |
| Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu wspieranie współpracy podmiotów leczniczych z partnerami społecznymi w celu poprawy jakości działań profilaktycznych oraz w celu zwiększenia skuteczności oddziaływania programu profilaktycznego.  Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER.  Jeśli partner projektu spełnia zarówno kryterium premiujące 1 i 2, punkty premiujące sumuje się. | Stosuje się do typu/typów (nr) | 1 |
| 3. Projektodawca lub partner posiada akredytację wydaną na podstawie ustawy o akredytacji o ochronie zdrowia lub jest w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej (okres przygotowawczy rozpoczyna się od daty podpisania przez dany podmiot umowy w zakresie przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego) lub posiada certyfikat normy EN 15224 - Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością. | | WAGA | **10** |
| Uzasadnienie: | Kryterium ma na celu zapewnienie udzielania  świadczeń w warunkach spełniających wymagania w zakresie zachowania bezpieczeństwa pacjenta.    Kryterium weryfikowane na podstawie treści wniosku o dofinansowanie projektu PO WER. | Stosuje się do typu/typów (nr) | 1 |
| **KRYTERIA STRATEGICZNE** *(dotyczy konkursów z etapem oceny strategicznej)* | | |  |
| 1. Nie dotyczy | | |  |
| Uzasadnienie: |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER** | | | | | | **5.2. Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych** | | | | | | | | | |
| **FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tytuł lub zakres projektu[[19]](#footnote-19) | | | | **Poprawa jakości udzielanych przez podmioty lecznicze świadczeń, poprzez wzrost kompetencji cyfrowych, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie optymalizacji gospodarki krwią i jej składnikami w PWDL oraz poprawę bezpieczeństwa stosowania krwi i jej składników z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych[[20]](#footnote-20)** | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie realizacji projektu  w trybie pozakonkursowym[[21]](#footnote-21) | | | | Realizacja Projektu planowana jest w ramach działania 5.2 POWER *Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.*  Realizacja Projektu spójna jest z zapisami dokumentu wdrożeniowego *Policy Paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 - Krajowe Strategiczne Ramy zwanym dalej „Policy Paper”. W przedmiotowym dokumencie opisano kluczowe działania służące sprostaniu zidentyfikowanym wyzwaniom w zakresie:   * priorytetów zdrowotnych państwa, * kierunków interwencji, * narzędzi implementacyjnych, * projektowanych działań na lata 2014-2020.   Policy Paper przedstawia strategiczne podejście do realizacji zadań z zakresu informatyzacji obszaru ochrony zdrowia w Polsce. **Jednym z** **głównych zaleceń Rady Unii Europejskiej w sprawie krajowego programu reform Polski na rok 2014 (CSR), dotyczącego poprawy efektywności kosztowej wydatków i ogólnej wydajności sektora opieki zdrowotnej,** opisanych w Policy Paper **jest dalsze rozwijanie systemu informacji ochrony zdrowia w Polsce, m. in. poprzez realizację nowych projektów takich jak „Projekt e-Krew – informatyzacja publicznej służby krwi oraz rozwój nadzoru nad krwiolecznictwem”,** który jest projektemkomplementarnym do budowy „Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1), „Platformy udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych” (P2), „Dziedzinowych systemów teleinformatycznych systemu informacji i ochrony zdrowia (P4)”, „Systemu dla Poltransplantu” oraz „Budowy Krajowego Węzła Identyfikacji Elektronicznej”. Przedmiotowe zalecenie wpisuje się w Cel operacyjny C - *Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia*. Główne kierunki mające na celu upowszechnienie wdrażania systemów klasy eHR, które umożliwiają odpowiednie składowanie, udostępnianie i prezentację dokumentacji medycznej drogą elektroniczną, opisane w Policy Paper to przede wszystkim:   * implementacja standardów wymiany dokumentacji medycznej, standaryzacja formatów wymiany dokumentacji medycznej, * poprawa zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną, * poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych, * **zwiększenie stopnia wykorzystania drogi elektronicznej w tym wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej wśród usługobiorców i usługodawców.**   Zasadność realizacji przedmiotowego projektu wpisuje się w Krajowe ramy strategiczne – Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, cel operacyjny C w ramach:   * Narzędzia 26: Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, * Narzędzia 29: Udostępnianie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia, * Narzędzia 30: **Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców.**   W Programie Zintegrowanej Informatyzacji Państwa ochrona zdrowia została wskazana na trzecim miejscu w zakresie priorytetowych kierunków do wdrożenia e-usług publicznych, zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym.  W przedmiotowym zakresie w PZIP wyraźnie została wskazana potrzeba wdrożenia na poziomie centralnym poszczególnych usług w obszarze ochrony zdrowia. W ramach rekomendacji do katalogu podstawowych e-usług publicznych do wdrożenia na poziomie centralnym dla obszaru ochrona zdrowia wskazano wprost e-usługi dotyczące:   * publicznej służby krwi: elektroniczne umawianie dawcy lub kandydata na dawcę na wizytę w punkcie pobierania krwi, dostęp dawcy do wybranych informacji będących w dyspozycji publicznej służby krwi, uzyskania przez dawcę różnego typu przysługujących mu zaświadczeń, złożenie deklaracji o wycofaniu donacji, złożenia zamówienia na krew i składniki krwi przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, powiadomienia o niepożądanych zdarzeniach i reakcjach, zgłoszenia informacji o działaniach podjętych w ramach procedury „look back”, konsultacji immunohematologicznych, * prowadzenia i zarządzania indywidualną dokumentacją medyczną pacjenta.   Realizacja projektu jest działaniem priorytetowym, ponieważ zapoznanie oraz przeszkolenie kadry podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie krwiolecznictwa z wdrażanymi narzędziami efektywnego zarządzania systemem informatycznym w ramach projektu „e-Krew – informatyzacja publicznej służby krwi oraz rozwój nadzoru nad krwiolecznictwem”, przyczyni się do poprawy jakości usług medycznych świadczonych dla społeczeństwa poprzez usprawnienie wymiany danych pomiędzy podmiotami uczestniczącymi w procesie pobierania krwi i stosowania jej w lecznictwie, skuteczne zarządzanie uzyskanymi i wykorzystanymi danymi oraz znaczącej poprawy kompetencji cyfrowych świadczeniodawców na terenie całego kraju. Stając się jednocześnie istotnym wkładem w budowanie społeczeństwa informacyjnego zgodnie z założeniami dokumentów strategicznych takich jak np. Strategia „Sprawne Państwo 2020”.  Wprowadzenie znajomości tematu informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie krwiolecznictwa, nabycie praktycznych umiejętności w zakresie tworzenia i przetwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej w systemach typu HIS, będzie miało wpływ na łatwiejsze wprowadzenie w życie obowiązujących i planowanych do wprowadzenia przepisów prawnych, a także na efektywniejsze wykorzystanie innowacyjnych technologii w celu poprawy jakości udzielanych usług medycznych. Obowiązek wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wynika z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia i będzie dotyczył wszystkich podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie Polski. Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą w najbliższych latach będą musiały prowadzić, przetwarzać oraz wymieniać dokumentację medyczną w postaci elektronicznej. Wiedza na ten temat nadal nie jest dostateczna, a szkolenia pozwolą na ustandaryzowanie dotychczasowych informacji oraz poszerzenie ich o kolejne, a także zapoznanie się z tematem w praktyce. Pomoże to pracownikom podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie krwiolecznictwa stanowiących grupę docelową projektu na łatwiejsze wprowadzenie w życie obowiązujących przepisów prawa.  Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, zgodnie ze swoim statutem, jest jednostką podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Jako instytucja odpowiedzialna za realizację projektu „e-Krew – informatyzacja publicznej służby krwi oraz rozwój nadzoru nad krwiolecznictwem”, a także za kwestie techniczne dotyczące komunikacji systemów oraz standardów wymiany informacji, w tym w szczególności jako jednostka wskazana, w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, do administrowania i utrzymywania Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1), a także Platformy Udostępniania On – Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych systemów teleinformatycznych obsługujących system informacji w ochronie zdrowia oraz większości wymienionych w ustawie dziedzinowych systemów teleinformatycznych, jak również w ustawie z dnia 22 sierpnia 1977 r. o publicznej służbie krwi, do administrowania i utrzymania Systemu e-Krew budowanego w ramach „Projekt e-Krew – informatyzacja publicznej służby krwi oraz rozwój nadzoru nad krwiolecznictwem”, jest jednocześnie odpowiedzialna za działania edukacyjne w zakresie wspomnianej tematyki. Niniejszy projekt wpisuje się w działania jednostki i stanowić będzie dopełnienie realizowanych oraz planowanych do realizacji zadań związanych z informatyzacją systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz budowy społeczeństwa informacyjnego, stanowiących działania statutowe Centrum. CSIOZ uczestniczy w pracach Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia w Ministerstwie Zdrowia. Oprócz stałego uczestnictwa w posiedzeniach ww. zespołu, CSIOZ zgodnie ze swoimi kompetencjami zapewnia również wsparcie oraz opiniuje założenia dla przedsięwzięć informatycznych zaplanowanych do realizacji na poziomie regionalnym. Ponadto, Centrum inicjuje działania na rzecz rozwoju interoperacyjności w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce. W tym celu powołana została w CSIOZ Rada ds. Interoperacyjności. Zadaniem Rady jest rekomendowanie standardów interoperacyjności na poziomie technicznym, semantycznym czy organizacyjnym, wskazywanie kierunków systemu prawnego i strategii systemu ochrony zdrowia w zakresie niezbędnym dla osiągnięcia interoperacyjności funkcjonujących na rynku rozwiązań. W skład Rady wchodzą przedstawiciele wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia m.in: przedstawiciele samorządów zawodowych, organizacji pozarządowych, dostawców oprogramowania czy NFZ.  Dialog prowadzony przez CSIOZ z otoczeniem zewnętrznym widoczny jest również na arenie międzynarodowej. Centrum prowadzi merytoryczną współpracę z organizacją Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) w celu pozyskania niezbędnej wiedzy w zakresie opracowania i wskazania wykazu polskich przypadków użycia profili IHE (Polish Interoperability Use Cases). W ramach współpracy organizowane były warsztaty poświęcone teoretycznym podstawom profili integracyjnych IHE oraz ich praktycznemu wykorzystaniu w ramach wskazanych przypadków użycia w odniesieniu do centralnych, regionalnych i lokalnych systemów teleinformatycznych.  Partner projektu, Narodowe Centrum Krwi jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Powstało na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2006 r. w sprawie Narodowego Centrum Krwi (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 15, poz. 76 z późn. zm.). Narodowe Centrum Krwi realizuje zadania Ministra Zdrowia dotyczące koordynowania zaopatrzenia Rzeczypospolitej Polskiej w bezpieczną krew, jej składniki i produkty krwiopochodne.  Przedmiotem działalności NCK jest m. in.:   1. realizacja zadań związanych z nadzorem nad organizacją pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz zaopatrzenia w krew, w tym: reprezentowanie RP na forum międzynarodowym poprzez uczestnictwo w posiedzeniach grup roboczych Komisji Europejskiej, Rady Europy, opiniowanie projektów agend, opracowywanie wytycznych do instrukcji wyjazdowych dla ekspertów RP na powyższe posiedzenia, opiniowanie wniosków dotyczących objęcia patronatem Ministra Zdrowia przedsięwzięć podejmowanych przez różne instytucje w zakresie publicznej służby krwi, monitorowanie zmian organizacyjnych wprowadzanych przez RCKiK, udzielanie odpowiedzi różnym podmiotom z zakresu organizacji publicznej służby krwi; 2. opiniowanie – na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia – planów działania w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa przygotowywanych przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii; 3. monitorowanie potrzeb w zakresie zaopatrzenia w krew, jej składniki i produkty krwiopochodne w tym: sporządzanie comiesięcznych rozchodów imiennych koncentratów czynników krzepnięcia i desmopresyny w poszczególnych RCKiK, monitorowanie rzeczywistego zużycia tych produktów leczniczych a także prognozowanie ich zużycia, monitorowanie realizacji programu lekowego pn. „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B”, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, sprawdzanie aktualnych stanów magazynowych zapasów koncentratów krwinek czerwonych i osocza przeznaczonych do użytku klinicznego i osocza wydawanego do firm farmaceutycznych; 4. programowanie zadań, o których mowa w pkt 1 i 3, oraz wdrażanie zmian w tym zakresie, w szczególności w odniesieniu do programów polityki zdrowotnej; 5. opracowywanie bieżących i perspektywicznych programów w zakresie, o którym mowa w pkt 1 i 3, w tym uczestnictwo w różnych Zespołach problemowych; 6. organizacja zaopatrzenia systemu ochrony zdrowia w czynniki krzepnięcia poprzez sporządzanie rozdzielników pomiędzy RCKiK na podstawie analiz stanów magazynowych, uczestnictwo w postępowaniach przetargowych oraz sporządzanie umów z wykonawcami; 7. proponowanie rozwiązań w zakresie zapewnienia samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew, jej składniki i produkty krwiopochodne; 8. realizacja zadań związanych z programami zdrowotnymi z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa – „Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012-2018”, „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2015-2020.   Argumentem, przemawiającym za realizacją projektu w trybie pozakonkursowym jest stopień skomplikowania rozwiązań technologicznych realizowanych w ramach projektu  „e-Krew – informatyzacja publicznej służby krwi oraz rozwój nadzoru nad krwiolecznictwem” prowadzonego przez CSIOZ oraz towarzyszących temu licznych uzgodnień związanych z implementacją standardów gromadzenia i wymiany danych medycznych w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Opisany projekt szkoleniowy jest projektem komplementarnym do realizowanego projektu informatycznego finansowanego z PO PC, ponieważ pracownicy podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, posiadających pracownie immunologii[[22]](#footnote-22) transfuzjologicznej połączonych z bankiem krwi będą zobowiązani do korzystania z rozbudowanego Systemu „e-Krew”, który stanie się jednym z ich narzędzi pracy. Za pomocą systemu e-Krew dokonają m.in. zamówień krwi i jej składników, zgłoszenia niepożądanych zdarzeń i reakcji, czy przeprowadzenia procedury „Look back” lub „Trace back”. Wskazani powyżej pracownicy PWDL będą poruszali się w systemie informatycznym realizując procesy, w których czas reakcji oraz bezbłędne wykonywanie poszczególnych czynności jest niezmiernie ważne ze względu na odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów. Biorąc pod uwagę powyższe, zasadne jest aby jednostka, która odpowiedzialna jest za ww. proces, posiadająca odpowiednie doświadczenie oraz dysponuje szeroką i szczegółową wiedzą w zakresie wdrażanych rozwiązań i procesów związanych z informatyzacją obszaru ochrony zdrowia, podjęła się i przeprowadziła na szeroką skalę działania szkoleniowe. Ich celem będzie skuteczne przekazanie wiedzy niezbędnej do wdrożenia odpowiednich rozwiązań w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie krwiolecznictwa na terenie całego kraju. Dodatkowo CSIOZ jest jednostką, która w celu weryfikacji poziomu zinformatyzowania placówek medycznych w Polsce prowadzi cykliczne badania poziomu informatyzacji podmiotów leczniczych.  Podczas spotkań z przedstawicielami różnych grup interesariuszy rozwiązań informatycznych udostępnianych w ramach wdrażanych przez CSIOZ projektów, bardzo często artykułowane są potrzeby w zakresie zorganizowania kompleksowych i merytorycznych działań edukacyjnych (szkoleń) dot. wdrożenia i wykorzystania udostępnianych przez CSIOZ usług w tym przede wszystkim tych związanych z tworzeniem, przetwarzaniem i udostępnianiem elektronicznej dokumentacji medycznej związanej z zamawiania krwi i jej składników, zgłaszania reklamacji czy niepożądanych zdarzeń i reakcji przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Szczególne znaczenie ma potrzeba wsparcia usługodawców w procesie dostosowania jednostek do zapisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w szczególności edukacja służąca podniesieniu poziomu kompetencji pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie krwiolecznictwa.  W tym miejscu warto wskazać, iż w momencie implementacji systemu, będącego wynikiem projektu - „e-Krew – informatyzacja publicznej służby krwi oraz rozwój nadzoru nad krwiolecznictwem”, podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie krwiolecznictwa będą zobowiązane do korzystania z niego celem m.in. zamawiania krwi i jej składników, zgłaszania reklamacji czy niepożądanych zdarzeń i reakcji.  Podsumowując, realizacja Projektu przyczyni się do poprawy jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, zarówno poprzez podniesienie kwalifikacji kadry podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w tym kadry medycznej), jak i zwiększenie dostępności do usług dostarczanych drogą elektroniczną.  Żaden inny podmiot oprócz CSIOZ w partnerstwie z NCK nie jest silniej merytorycznie przygotowany, ani umocowany formalno-prawnie do realizacji ww. zadań związanych wdrożeniem projektu e-Krew w kraju, a co za tym idzie również planowanego projektu szkoleniowego. | | | | | | | | | | | |
| Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany | | | | Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. | | | | | | | | | | | |
| Priorytet inwestycyjny | | | | 9.IV | | | | | | | | | | | |
| Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu | | | | 1. Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne. | | | | | | | | | | | |
| Cel główny projektu | | | | **Celem głównym projektu jest** *poprawa jakości udzielanych przez podmioty lecznicze świadczeń, poprzez wzrost kompetencji cyfrowych, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie optymalizacji gospodarki krwią i jej składnikami w PWDL oraz poprawę bezpieczeństwa stosowania krwi i jej składników z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych.*  **Cele szczegółowe**   1. Podniesienie kompetencji cyfrowych pracowników podmiotów leczniczych objętych projektem w okresie jego realizacji w zakresie: 2. zamawiania krwi i jej składników, 3. reklamacji i zwrotów otrzymanej krwi lub jej składników, 4. umawiania konsultacji immunohematologicznych, 5. zgłoszenia niepożądanych zdarzeń i reakcji, 6. wglądu do historii badań immunohematologicznych, 7. obsługi zleceń w procedurze „Look Back” oraz „Trace Back”, 8. zwrotu krwi lub jej składników, 9. zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. 10. Podniesienie poziomu wiedzy grupy objętej wsparciem w projekcie w zakresie wykorzystania narzędzi cyfrowych wdrażanych na poziomie centralnym w ramach Systemu „e-Krew” – tj. Portal Dawcy wraz z oferowanymi funkcjonalnościami dla Dawców i Kandydatów na dawców.   **Kamienie milowe:**   1. Przygotowanie harmonogramów realizacji szkoleń oraz przygotowanie materiałów szkoleniowych w II i III kwartale 2021.   Szacunkowo 11% kosztów bezpośrednich budżetu projektu – *zostanie wykonane przez CSIOZ i NCK.*   1. Przeszkolenie i przygotowanie do prowadzenia szkoleń zespołów szkoleniowych uczestników - III kwartał 2021 r. Szacunkowo - 2% kosztów bezpośrednich budżetu projektu – *zostanie wykonane przez CSIOZ i NCK.* 2. Zbudowanie narzędzia do rekrutacji uczestników w II i III kwartale 2021 – *zostanie wykonane siłami własnymi CSIOZ*. 3. Organizacja oraz przeprowadzenie 64 szkoleń (średnio 4 szkolenia w każdym województwie – 2 terminy szkoleń dla każdego PWDL) dla podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, posiadających pracownie immunologii[[23]](#footnote-23) transfuzjologicznej połączonych z bankiem krwi do końca lipca 2022 r. Szacunkowo – 87 % kosztów bezpośrednich budżetu projektu. – *zostanie wykonane przez CSIOZ oraz NCK.* | | | | | | | | | | | |
| Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych | | | | Uczestnicy Projektu zostaną zapoznani oraz przeszkoleni z procesów związanych z informatyzacją podmiotów wykonujących działalność leczniczą (PWDL) w zakresie krwiolecznictwa, w tym m.in.:   * założeń projektu e-Krew realizowanego na poziomie centralnym oraz regionalnym w obszarze e-zdrowia– realizowane produkty oraz dalsze działania prowadzone w ramach Projektu e-Krew, * aspektów prawnych związanych z korzystaniem z elektronicznej dokumentacji medycznej w ramach Systemu e-Krew, * funkcjonalności i praktycznego wykorzystania Portalu PWDL w ramach Systemu e-Krew, * korzystania z Portalu PWDL, który pozwalać będzie m.in. na realizację nw. procesów: * procesu zamawiania krwi przez PWDL, * procesu zgłaszania reklamacji przez PWDL, * procesu zgłaszania niepożądanych zdarzeń i reakcji, * procesu uzyskiwania informacji w ramach procedury „Look Back” i „Trace Back”, * procedury zlecania wykonania badań immunohematologicznych oraz uzyskiwania dostępu do ich wyników, * procesu zwrotu krwi i jej składników.   Zakres szkoleń dot. wdrożenia i użytkowania Systemu e-Krew w PWDL w zakresie krwiolecznictwa. Główne obszary szkoleń, będą się odwoływały w szczególności do przepisów:   1. ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi; 2. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; 3. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; 4. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej; 5. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.   Zakłada się, iż, zakres szkoleń może być aktualizowany i rozszerzany w zależności od bieżących potrzeb.  **Główne zadania w projekcie:**  **Zadanie 1 Szkolenia dla pracowników podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, posiadających pracownie immunologii[[24]](#footnote-24) transfuzjologicznej połączonych z bankiem krwi.**  Szkolenia realizowane będą co najmniej w 80% tj. 330 podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, posiadających pracownie immunologii transfuzjologicznej połączonych z bankiem krwi, na terenie całego kraju w okresie 2021-06-01 r. – 2022-07-31 r. Organizowane szkolenia obejmą zakres merytoryczny wskazany powyżej. Szkolenia prowadzone będą przez zespoły szkoleniowe składające się z merytorycznych specjalistów CSIOZ oraz NCK. Zaplanowano, iż w 64 szkoleniach średnio udział weźmie co najmniej 4 pracowników z danego podmiotu leczniczego, co w sumie da 1320 przeszkolonych pracowników podmiotów leczniczych w całym kraju. Przeszkoleni pracownicy zostaną zobowiązani do przekazania nabytej wiedzy podczas szkoleń, pozostałym pracownikom wykonującym zadania związane z krwiolecznictwem w PWDL, w którym pracują na co dzień.  Rekrutacja dot. szkoleń w podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, posiadających pracownie immunologii transfuzjologicznej połączonych z bankiem krwi odbywać będzie się cyklicznie 4 razy w roku, w danym województwie. Każdy PWDL posiadający pracownię immunologii transfuzjologicznej połączona z bankiem krwi będzie miał możliwość przeszkolenia co najmniej 4 pracowników z danego PWDL. Poszczególne PWDL będą miały do dyspozycji 2 różne terminy szkoleń, w taki sposób w jednym terminie w szkoleniu weźmie udział 2 pracowników z PWDL, tak by nie zakłócić prawidłowego działania PWDL. Przewiduje się uruchomienie dodatkowych sesji rekrutacyjnych w przypadku braku dostatecznej liczby chętnych podmiotów w terminach podstawowych.  Proces rekrutacji będzie polegał na zgłoszeniu/zarejestrowaniu się podmiotów leczniczych za pośrednictwem specjalnie stworzonej platformy rekrutacyjnej. Wraz ze zgłoszeniem się, podmiot będzie zobowiązany do wskazania liczby i listy uczestników szkolenia. Następnie dedykowany zespół szkoleniowy CSIOZ w partnerstwie z NCK zajmie się merytoryczną organizacją i merytorycznym przeprowadzeniem szkolenia. Na zakończenie szkolenia uczestnicy zobowiązani będą do wypełnienia ankiety ewaluacyjnej oraz testu, który zweryfikuje wzrost wiedzy i umiejętności poszczególnych uczestników szkoleń.  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 1:*   1. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie – 330. 2. Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania– 1320.   Grupa docelowa:  **Bezpośrednia:**  Działania realizowane w ramach projektu skierowane będą do:  **Podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie krwiolecznictwa poprzez udział ich pracowników w szkoleniach organizowanych w ramach projektu.**  W ramach realizacji projektu CSIOZ oraz NCK odpowiedzialne będą bezpośrednio za:   1. obszar merytoryczny w tym: stworzenie i przeszkolenie zespołów szkoleniowych, przygotowanie materiałów szkoleniowych, prowadzenie szkoleń, przygotowanie i weryfikacja testów sprawdzających poziom wiedzy, 2. obszar dot. organizacji szkoleń dla PWDL (min. terminy, sale z wyposażeniem audiowizualnym, catering,), 3. obszar dot. koordynacji w tym: przygotowanie i realizację harmonogramu projektu oraz szkoleń i rekrutacji, nadzór nad umowami realizowanymi przez wykonawców zewnętrznych, działania informacyjno – promocyjne, współpraca z innymi jednostkami administracji publicznej wspierającymi proces realizacji projektu, 4. obszar dot. rekrutacji w tym: przygotowanie narzędzia niezbędnego do przeprowadzenia skutecznego procesu rekrutacji, prowadzenie rekrutacji, merytoryczną weryfikację i rozliczanie udziału uczestników w szkoleniu 5. obszar rozliczeń i sprawozdawczości w tym: bieżące uzupełnianie danych w systemie SL2014, przygotowanie wniosków o płatność, stały monitoring realizacji projektu w tym jego wskaźników, przygotowywanie i rozliczanie wniosków delegacyjnych, rozliczanie umów z Wykonawcami zewnętrznymi, zbieranie i weryfikacja dokumentów projektowych (Listy obecności, sprawozdania, dokumentacja fotograficzna, oświadczenia, ankiety ewaluacyjne).   Po stronie Wykonawców zewnętrznych pozostanie:   1. Zapewnienie cateringu dla uczestników szkoleń. 2. Zapewnienie sal z wyposażeniem audiowizualnym, obsługi technicznej i obsługi recepcji dla szkoleń. 3. Techniczne przygotowanie materiałów szkoleniowych (druk materiałów szkoleniowych przygotowanych przez CSIOZ i NCK oraz fizyczne przekazanie materiałów uczestnikom w dniu szkolenia). | | | | | | | | | | | |
| Podmiot zgłaszający projekt[[25]](#footnote-25) | | | | Minister właściwy ds. zdrowia | | | | | | | | | | | |
| Podmiot, który będzie wnioskodawcą | | | | Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą[[26]](#footnote-26) | | | | CSIOZ jest jednostką budżetową, której przedmiotem działalności jest m.in. realizacja zadań z zakresu budowy społeczeństwa informacyjnego, obejmujących organizację i ochronę zdrowia oraz wspomaganie decyzji zarządczych ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie prowadzonych analiz. Wnioskodawca posiada duże merytoryczne doświadczenie w realizacji projektów związanych z działalnością informacyjną w ochronie zdrowia (w tym współfinansowanych z funduszy UE), dodatkowo jako organ administracji państwowej posiada stabilność instytucjonalną. Centrum, jako jednostka odpowiedzialna z ramienia ministra właściwego ds. zdrowia, za tworzenie i utrzymywanie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w tym w szczególności za największy Projekt informatyczny w tym sektorze czyli budowę elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia, która umożliwi organom administracji publicznej i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych w zakresie zgodnym z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia posiada odpowiednie zaplecze merytoryczne do przygotowania oraz przeprowadzenia szkoleń związanych z tematyką informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie pobierania krwi i stosowania jej w lecznictwie w ramach projektu „e-Krew – informatyzacja publicznej służby krwi oraz rozwój nadzoru nad krwiolecznictwem”.  Warto także podkreślić, że w ramach dotychczasowych statutowych prac projektowych CSIOZ przygotowało m.in.   * Standaryzację w zakresie Polskiej Implementacji Standardu HL7 CDA, * Reguły tworzenia EDM, * Wytyczne w zakresie bezpiecznego przetwarzania EDM, * Model transportowy P1 (Polska implementacja profilu IHE.XDS.b).   Centrum bierze także czynny udział w bieżących pracach legislacyjnych związanych z Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Powyższe kwestie czynią CSIOZ jedynym właściwym podmiotem pod względem zarówno formalno-prawnym, jak i merytorycznym do realizacji przedmiotowego projektu. Dodatkowo, w ramach POIG 2007-2013 Centrum zrealizowało projekt pn. Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych (P2), Dziedzinowe systemy teleinformatyczne systemu informacji w ochronie zdrowia (P4). Z zakresu projektów informatycznych CSIOZ uczestniczyło w realizacji między innymi następujących przedsięwzięć: System Monitorowania Wypadków Konsumenckich, e-RZOZ Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług rejestru zakładów opieki zdrowotnej, Informacyjny System Statystyki Medycznej. W latach 2013-2015 CSIOZ zrealizowało Projekt pn.: Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez popularyzację wiedzy na temat technologii ICT (P3). Realizacja Projektu P3 miała na celu rozwiązanie problemu związanego z niezadowalającym poziomem wiedzy kadry medycznej i zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia, w zakresie dostępności, możliwości i korzyści płynących z wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych. W ramach Projektu P3 w 2015 r. zrealizowano cykl 24 szkoleń stacjonarnych, dotyczących tematyki związanej z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informacyjno – komunikacyjnych (ICT) w sektorze ochrony zdrowia. Dodatkowo, Centrum uczestniczyło w europejskim projekcie epSOS w roli obserwatora. Uczestnikami projektu epSOS są różne instytucje związane z ochroną zdrowia pochodzące z 26 państw europejskich. Dzięki przystąpieniu do projektu epSOS jednostka uzyskała możliwość skorzystania z doświadczeń zdobytych podczas procesu informatyzacji ochrony zdrowia w innych krajach Unii Europejskiej. Przedsięwzięcie epSOS jest głównym projektem europejskim w zakresie wymiany informacji transgranicznej w ochronie zdrowia. Celem projektu jest stworzenie mechanizmów, które pozwolą na wymianę danych medycznych o pacjentach pomiędzy krajami Europy. Centrum uczestniczy również w pracach polegających na wdrożeniu kompleksowej wielojęzycznej klinicznej terminologii światowej SNOMED w systemach ochrony zdrowia w Polsce. SNOMED wielowymiarowy słownik medyczny, który zbudowano w celu zhierarchizowania pojęć, raportowania danych w opiece zdrowotnej oraz prowadzenia elektronicznego rekordu pacjenta. Jest istotnym elementem dla bezpiecznego i skutecznego porozumiewania się i ponownego wykorzystania znaczących informacji na temat zdrowia.  Struktura organizacyjna Centrum jest dostosowana do sprawnego wdrożenia Projektu. W Centrum zdefiniowany zostanie skład zespołu zarządzania Projektem oraz zakres odpowiedzialności poszczególnych członków zespołu projektowego. Role w ramach realizacji Projektu zostaną dostosowane do bieżących potrzeb związanych z realizacją Projektu. Beneficjent dysponuje odpowiednim potencjałem kadrowym potrafiącym właściwie zarządzać realizacją Projektu oraz częściowo posiada specjalistów, którzy posiadają merytoryczne kompetencje, aby prowadzić szkolenia z obszaru wdrożenia w podmiocie leczniczym elektronicznej dokumentacji medycznej w tym wykorzystania udostępnianych e-usług min. procesu zamawiania krwi przez PWDL, procesu zgłaszania reklamacji przez PWDL, procesu zgłaszania niepożądanych zdarzeń i reakcji, procesu uzyskiwania informacji w ramach procedury „Look Back” i „Trace Back”, procedury zlecania wykonania badań immunohematologicznych oraz uzyskiwania dostępu do ich wyników czy procesu zwrotu krwi i jej składników.  Jednocześnie, warto wskazać, iż część z działań, które planowane są do realizacji w ramach niniejszego Projektu, Centrum z sukcesem realizuje na znacznie mniejszą skalę. Posiada zatem niezbędną wiedzę merytoryczną, a także odpowiednie zaplecze kadrowe potrzebne do efektywnego wykonania Projektu. Biorąc jednak pod uwagę zaawansowany i nieodwracalny proces wprowadzania do polskiego systemu ochrony zdrowia nowych obligatoryjnych e-usług dla wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie krwiolecznictwa, występuje konieczność zintensyfikowania i znacznego zwiększenia działań edukacyjnych w zakresie ich wykorzystania. W ocenie CSIOZ prowadzenie działań edukacyjno – informacyjnych na szeroką skalę jest niezbędne w celu podniesienia i wyrównania poziomu kompetencji pracowników medycznych w zakresie wykorzystania e-usług, co bezpośrednio przełoży się na podniesienie jakości świadczonych usług medycznych.  Podsumowując, wszystkie ww. doświadczenia, które są unikalne w skali kraju pozwalają na stwierdzenie, iż właściwą instytucją do realizacji projektu informacyjno-edukacyjnego związanego z informatyzacją podmiotów leczniczych m.in. w zakresie zamawiania krwi i jej składników, zgłaszania reklamacji czy niepożądanych zdarzeń i reakcji jest CSIOZ. | | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie? | | | | **TAK** | | **×** | | | **NIE** | | | | |  | |
| Podmioty, które będą partnerami  w projekcie  i uzasadnienie ich wyboru[[27]](#footnote-27) | | | | **Narodowe Centrum Krwi**  NCK jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a jego działalność jest finansowana z budżetu państwa. NCK, realizuje na rzecz ministra właściwego do spraw zdrowia szereg zadań w zakresie dotyczącym krwiodawstwa i krwiolecznictwa. NCK działa na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2010 r. sprawie Narodowego Centrum Krwi (Dz.Urz. MZ z 2010 Nr 9, poz. 60 z późn. zm.), nadającym NCK statut, stanowiący załącznik do ww. Zarządzenia.  Przedmiotem działalności NCK jest realizacja zadań związanych m.in. z nadzorem nad organizacją pobierania krwi, oddzielania jej składników, monitorowaniem potrzeb w zakresie zaopatrzenia w krew, jej składniki oraz osoczopochodne produkty lecznicze jak również opracowywaniem bieżących i perspektywicznych programów w tym zakresie. Jako organ administracji państwowej  posiada stabilność instytucjonalną. Partner posiada duże doświadczenie merytoryczne w proponowaniu oraz realizowaniu rozwiązań mających na celu zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej w krew i jej składniki. Jest realizatorem programów polityki zdrowotnej z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa tj. „Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2019-2023” oraz „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2015-2020”. Jednym z zadań ww. programu jest „Optymalizacja stosowania składników krwi i produktów krwiopochodnych”, która polega na poszerzeniu wiedzy personelu medycznego z zakresu krwiolecznictwa, opracowania standardu pracy komitetu transfuzjologicznego, zwiększeniu dostępności opracowanych standardów krwiolecznictwa.  Dzięki szkoleniom oraz opracowanym wytycznym nastąpi poprawa w zakresie optymalnego i bezpiecznego stosowania składników krwi i osoczopochodnych produktów  leczniczych. W konsekwencji spodziewane jest utrzymanie na stabilnym poziomie zużycia składników krwi i związanych z nim kosztów leczenia przy zachowanej skuteczności leczenia. Optymalizacja zużycia krwi i jej składników powinna się także przyczynić do zmniejszenia liczby poważnych niepożądanych reakcji i zdarzeń związanych z przetoczeniami.  Nie bez znaczenia jest również uczestnictwo w realizacji projektu „e-Krew – informatyzacja publicznej służby krwi oraz rozwój nadzoru nad krwiolecznictwem”. Powyższe działania przyczyniają się do usprawnienia krwiolecznictwa w podmiotach leczniczych, a tym samym lepszego dostępu pacjentów do bezpiecznych składników krwi, jak również pozwolą na podejmowanie perspektywicznych decyzji w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Warto także podkreślić, że NCK było jednym z uczestników działań Joint Action / VISTART 2014 on “Strengthening the Member States’ capacity of monitoring and control in the field of blood transfusion and tissue and cell transplantation” w ramach Trzeciego Programu działań Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia (2014-2020). Zadaniem Programu jest wspieranie i uzupełnienie działalności państw członkowskich w zakresie poprawy zdrowia wszystkich obywateli Unii i zmniejszenie nierówności w tym zakresie. Wdrażaniem programu zajmuje się Agencja Wykonawcza ds.Konsumentów, Zdrowia i Żywności w Luksemburgu (Consumer, Health and Food Executive Agency, CHAFEA ). Projekt był finansowany z funduszy europejskich. Projekt miał na celu zwiększenie bezpieczeństwa i kontroli procesów transfuzji krwi, wspomaganego rozrodu oraz transplantacji tkanek i komórek. Ponadto harmonizował procedury dotyczące tych procesów w Krajach Członkowskich.  Biorąc pod uwagę powyższe należy wskazać, że NCK posiada wiedzę merytoryczną, doświadczenie a także odpowiednie zaplecze kadrowe potrzebne do skutecznego wykonania Projektu. | | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie projektem grantowym? | | | | **TAK** | |  | | | **NIE** | | | | | **×** | |
| Przewidywany termin  złożenia wniosku  o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok) | | | | II kwartał 2020 | | | | | | | | | | | |
| Przewidywany okres realizacji projektu | | | | Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok) | | 2021-06-01 | | | Data zakończenia (miesiąc oraz rok) | | | | | 2022-07-31 | |
| **SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | |
| w roku 2019 | | w roku 2020 | | | w roku 2021 | | w roku 2022 | | | | | w roku 2023 | | | ogółem |
| - | | - | | | 1 027 776PLN | | 995 712 PLN | | | | | *-* | | | 2 023 488PLN |
| Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | Nie dotyczy | | | | | | | | | | NIE | | × | | |
| Szacowany wkład UE (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 705 395,68 (84,28%) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | | | | Wartość docelowa | | | | | | | |
| W podziale na:[[28]](#footnote-28) | | | | | Ogółem w projekcie | | |
| Kobiety | | Mężczyzn | | |  | | |
| Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu | | | | | | | | - | | - | | | 280 | | |
| Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli | | | | | | | | - | | - | | | 1 120 | | |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | | | | Wartość docelowa | | | | | | | |
| W podziale na:[[29]](#footnote-29) | | | | | Ogółem w projekcie | | |
| Kobiety | | Mężczyzn | | |
| Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie | | | | | | | | - | | - | | | 330 | | |
| Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania | | | | | | | | - | | - | | | 1 320 | | |
| **SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| … | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz dobrej jakości usług zdrowotnych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tytuł lub zakres projektu[[30]](#footnote-30) | | | | | | | | **Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwania się klasyfikacją ICD-11[[31]](#footnote-31) (I etap prac).[[32]](#footnote-32)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie realizacji projektu  w trybie pozakonkursowym[[33]](#footnote-33) | | | | | | | | Za realizacją projektu w trybie pozakonkursowym przemawiają co najmniej następujące powody:   1. Realizacja projektu umożliwi wdrożenie w Polsce jedenastej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) przyjętej przez WHO w Rezolucji 72 World Health Assembly WHA72.15 z 28 maja 2019 r. 2. Wdrożenie i upowszechnienie tej klasyfikacji ma strategiczne znaczenie dla całego kraju ze względu na powszechne korzystanie z jej kolejnych rewizji w ochronie zdrowia. Lekarze wszystkich specjalności (w tym podstawowej opieki zdrowotnej) określają - przy pomocy ICD - choroby, na które leczą swoich pacjentów. Następnie informacja - m.in. o kodzie rozpoznanej choroby lub problemu zdrowotnego - jest przekazywana przez podmioty lecznicze do Narodowego Funduszu Zdrowia w procesie rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. z kolei pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia posługują się tymi kodami w analizach stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców. Epidemiolodzy również wykorzystują kody omawianej tu klasyfikacji w przypadku badania stanu zdrowia społeczeństwa (w zakresie chorobowości, przyczyn zgonów przewidywanej długości trwania życia oraz przy dokonywaniu porównań między poszczególnymi krajami). Zakład Ubezpieczenia Społecznego i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego także od lat korzystają z tej klasyfikacji (np. w związku z zasiłkami chorobowymi), a koderzy GUS (na ogół lekarze) określają przy jej pomocy przyczyny zgonów. 3. Wprowadzenie nowej rewizji klasyfikacji ICD, po 30 latach od uchwalenia dziesiątej rewizji tej klasyfikacji, umożliwi bardziej precyzyjne, zgodne ze współczesną wiedzą medyczną, określanie chorób, problemów zdrowotnych i przyczyn zgonów. Z tego powodu wdrożenie ICD-11 pozytywnie wpłynie na poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia, w wyniku poprawy: procesu leczenia, jakości analiz epidemiologicznych oraz sposobu rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dlatego liczne kraje (takie jak państwa Grupy Wyszehradzkiej, Francja, Niemcy, Holandia, Chiny, Japonia), także prowadzą prace mające na celu wprowadzenie ICD-11 w życie. 4. Znaczny stopień trudności realizacji projektu wynikający z faktu, że ICD 11 bardzo różni się od swej poprzedniczki (tylko ok. 2% kodów nowej wersji klasyfikacji odpowiada kodom obecnej polskiej wersji ICD 10 w wersji z 2008r.). Ponadto w nowej anglojęzycznej wersji klasyfikacji sposób grupowania kodów jest zupełnie odmienny, a część pojęć stosowanych w niej nie ma utrwalonych odpowiedników w innych językach. z tych wszystkich powodów poszczególne kraje przewidują, że pełne dostosowanie nowej wersji klasyfikacji do potrzeb danego państwa będzie wymagało kilkuletnich prac wymagających współpracy specjalistów z różnych dziedzin medycyny.   W związku z powyższym uznano za wskazane, aby za projekt bezpośrednio odpowiadał Minister Zdrowia, a konkretnie Departament Systemu Zdrowia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany | | | | | | | | Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Priorytet inwestycyjny | | | | | | | | 9IV Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu | | | | | | | | (5) Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cel główny projektu | | | | | | | | Celem głównym projektu jest dostosowanie do warunków polskich całej klasyfikacji ICD -11, opracowanie ostatecznej polskiej wersji ICD-10 (uwzględniającej wszystkie dotychczasowe aktualizacje po 2008 r.),  stworzenie polskich wersji informatycznych narzędzi, wypracowanych przez WHO, które wspomagają użytkowników ICD-11, przeszkolenie kilkuset osób w korzystaniu z tej klasyfikacji oraz korzystania z narzędzi wspomagających, a ponadto informatyków w zakresie implementacji ICD-11 w systemach podmiotów leczniczych.  Cele szczegółowe opracowanie polskich wersji:   1. narzędzia WHO do odszukiwania kodów za pomocą słów kluczowych (*coding tool*); 2. funkcjonalności WHO umożliwiającej odszukiwanie określonych fragmentów tekstu ICD 11 (*full text search functionality*); 3. dydaktycznej i ostatecznej wersji, narzędzia WHO umożliwiającego określanie nieznanych kodów nowowprowadzonej jedenastej rewizji ICD przy pomocy - znanych w kraju od wieku lat - kodów ICD 10. Prace nad tym narzędziem wymagają m.in. przygotowania polskojęzycznej ostatecznej wersji dziesiątej rewizji ICD z 2019 r., która różni się od stosowanej obecnie w Polsce wersji tej klasyfikacji z 2008 r.; 4. wyszukiwarki dla ICD 11, która m.in. wspomaga użytkownika w spójnym łączeniu kodów nowej wersji klasyfikacji (ICD-11 Browser); 5. API - narzędzia WHO, które m.in. umożliwia stosowanie innych narzędzi obsługujących ICD 11; 6. innych informatycznych narzędzi wspierających korzystanie z ICD 11, o ile zostaną udostępnione przez WHO lub inny podmiot i ich dostosowanie do warunków polskich nie spowoduje przekroczenia kosztów projektu lub opóźnienia prowadzonych w nim prac. 7. przygotowanie co najmniej trzech innych pomocy dydaktycznych określonych w trakcie realizacji projektu; 8. przeszkolenie kilkuset osób w zakresie wybranych części klasyfikacji ICD 11 oraz z korzystania z narzędzi wspomagających, a ponadto przeszkolenie personelu technicznego w implementacji ICD-11 w systemach tele informatycznych podmiotów leczniczych.   Ze szkoleń e-learningowych będą korzystać pracownicy podmiotów leczniczych z bardzo różnym wykształceniem, dlatego zostaną wybrane różne części klasyfikacji ICD 11, aby im pokazać jakie problemy występują przy stosowaniu nowej wersji tej klasyfikacji i jak sobie z nimi radzić. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych | | | | | | | | W trakcie projektu będą realizowane następujące zadania:   1. opracowanie kilkuletniego programu wdrażania klasyfikacji ICD-11, w tym koncepcji dostosowania krajowego systemu informacji w ochronie zdrowia do ICD-11 – czas realizacji: od początku projektu do 30 czerwca 2021 r.;   Produkt(y) zadania:   * program wdrażania klasyfikacji ICD-11 wraz z opisem.   Szacunkowo 3 % kosztów bezpośrednich budżetu projektu – zostanie wykonane przez Lidera (Departament Systemu Zdrowia)  2. prowadzenie szkoleń e-learningowych dotyczących wiedzy o klasyfikacji ICD 11 i narzędzi wspomagających prawidłowe korzystanie z niej oraz przeprowadzenie warsztatów;  Szkolenia będą realizowane w ramach e-learningu, a warsztaty w trybie stacjonarnym. – czas realizacji szkoleń e-learningowych oraz warsztatów: od 30 września 2022 r. do 30 marca 2023 r. w szkoleniach e-learningowych udział wezmą pracownicy podmiotów leczniczych oraz pracownicy NFZ (głównie odpowiedzialni za rozliczanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej). W warsztatach zaś będą uczestniczyć: wykładowcy uczelni medycznych, koderzy przyczyn zgonów GUS, osoby prowadzące analizy epidemiologiczne.  Szkolenia, poza przekazaniem uczestnikom zajęć określonej wiedzy i umiejętności, pozwolą m.in. na uzyskanie doświadczenia na temat sposobów dalszego, skutecznego upowszechniania ICD 11 po wprowadzeniu nowej wersji klasyfikacji w życie.  Produkt(y) zadania:   * przeszkolenie w trakcie trwania projektu za pomocą programów e-learningowych - co najmniej 320 osób, * warsztaty - 3, * łączna liczba uczestników warsztatów – 60 osób.   Szacunkowo 5 % kosztów bezpośrednich budżetu projektu – warsztaty i jedno ze szkoleń e-learningowych zostaną zrealizowane przez podmioty wybrane przez Lidera, a drugie szkolenie e-learningowe (dla informatyków) przez CeZ (partnera projektu).  3.Kamienie milowe  Realizacja wymienionych poniżej zadań jest konieczna do przygotowania szkoleń, dlatego można je potraktować jako kamienie milowe.  3.1 opracowanie pod względem merytorycznym programów szkoleń e-learningowych oraz dla warsztatów – czas realizacji: od początku projektu do 06.2021;  Produkt(y) zadania:   * programy szkoleń e-learningowych – co najmniej 2, * programy dla poszczególnych warsztatów – 3.   Szacunkowo 5 % kosztów bezpośrednich budżetu projektu – programy warsztatów oraz jednego szkolenia e-learningowego zostaną przygotowane przez podmiot wybrany przez Lidera, a program szkolenia e-learningowego dla informatyków przez CeZ jako partnera.  3.2 dostosowanie do warunków polskich części elektronicznej jedenastej rewizji ICD oraz materiałów towarzyszących (co najmniej przewodnika po nowej klasyfikacji). Struktura danych w klasyfikacji zostanie dostosowana do formatów używanych w systemie informacji w ochronie zdrowia oraz umieszczona w Rejestrze Systemów Kodowania (RSK) skąd będzie mogła zostać pobrana przez uczestników systemu ochrony zdrowia także po zakończeniu projektu – czas realizacji: od początku projektu do 30.09. 2021 r.  Produkt(y) zadania:   * tekst części polskiej elektronicznej wersji klasyfikacji ICD 11, * polska wersja przewodnika po nowej klasyfikacji, * dostosowanie tekstu klasyfikacji do formatów używanych w systemie informacji w ochronie zdrowia.   Szacunkowo 9 % kosztów bezpośrednich budżetu projektu – zadanie zostanie wykonane przez drugiego, nieustalonego jeszcze, Partnera.  3.3.opracowanie dostosowanej do warunków polskich klasyfikacji ICD-10 w wersji z roku 2019. Struktura danych w klasyfikacji zostanie dostosowana do formatów używanych w systemie informacji w ochronie zdrowia oraz umieszczona w Rejestrze Systemów Kodowania (RSK) skąd będzie mogła zostać pobrana przez uczestników systemu ochrony zdrowia – czas realizacji: od początku projektu do 30.06. 2022 r.  Produkt(y) zadania:   * tekst polskiej elektronicznej wersji klasyfikacji ICD 10 (2019) po weryfikacji oraz dostosowaniu jej do formatów używanych w systemie informacji w ochronie zdrowia,   Szacunkowo 12 % kosztów bezpośrednich budżetu projektu – zadanie zostanie wykonane przez drugiego Partnera  3.4 Przygotowanie koncepcji dostosowania krajowego systemu informacji w ochronie zdrowia do ICD-11 oraz przygotowanie podręcznika dostosowania implementacji ICD-11 w systemach teleinformatycznych świadczeniodawców, w tym w postaci szkolenia elektronicznego oraz wkładu do szkoleń stacjonarnych od października 2021 r. do marca 2022 r.  Produkt(y) zadania:   * ekspertyza na temat koncepcji dostosowania krajowego systemu informacji w ochronie zdrowia do ICD-11 (stanowiąca część opracowania dotyczącego kilkuletniego programu wdrażania klasyfikacji ICD-11) * podręcznik dostosowania implementacji ICD-11 w systemach teleinformatycznych świadczeniodawców.   Szacunkowo 9 % kosztów bezpośrednich budżetu projektu – zadanie zostanie wykonane przez CeZ  3.5 Pomoc dydaktyczna w postaci polskich wersji narzędzi informatycznych, w tym narzędzia ułatwiającego określanie nowowprowadzanych kodów ICD-11, przy wykorzystaniu znanych polskiemu personelowi medycznemu kodów ICD-10 (niepełna dydaktyczna wersja tego narzędzia, wymaga dostosowania do warunków polskich kilku rozdziałów ICD-11 oraz zaktualizowania ICD 10 do wersji z 2019 r.).  Do opracowania polskiej wersji tego narzędzia zostaną wykorzystane tabele opracowane przez WHO: [ICD-10 / ICD-11 mapping Tables](https://icd.who.int/browse11/Downloads/Download?fileName=mapping.zip) Struktura danych w Mapping Tables zostanie dostosowana do formatów używanych w systemie informacji w ochronie zdrowia oraz umieszczona w Rejestrze Systemów Kodowania (RSK) skąd będzie mogła zostać pobrana przez uczestników systemu ochrony zdrowia. Narzędzie (w wersji dydaktycznej i ostatecznej) będzie można wykorzystać zarówno podczas szkoleń stacjonarnych jak również w związku z posługiwaniem się tym narzędziem na co dzień przez użytkowników klasyfikacji ICD 11, po wejściu jej w życie.  Narzędzia te zostaną opublikowane na stronach CeZ do publicznego dostępu dla wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia .- czas realizacji: od 1 października 2021 r. do 31. 08. 2022 r.;  Produkt(y) zadania:   * informatyczne narzędzie w wersji dydaktycznej, * ostateczna wersja narzędzia.   Szacunkowo 19 % kosztów bezpośrednich budżetu projektu – zadanie zostanie wykonane przez CeZ.  3.6 Opracowanie innych, co najmniej trzech pomocy dydaktycznych służących nabyciu umiejętności prawidłowego posługiwania się kodami klasyfikacji ICD-11 – czas realizacji: od początku projektu do 30 marca 2022 r. (szkolenia w postaci plików SCORM dostarczy Lider Projektu) – od 1 grudnia 2020 r. do sierpnia 2022 r. oraz rozwój i utrzymanie do końca projektu;  Produkt(y) zadania:   * informatyczne narzędzie dydaktyczne (z punktu 2.4) * Platforma e-learningowa * co najmniej dwie inne pomoce dydaktyczne, które zostaną określone we wniosku projektowym   Szacunkowo 15% kosztów bezpośrednich budżetu projektu – realizator zadania zostanie wybrany przez Lidera DSZ i partnera- CeZ  Kolejne zadanie to:  4. dostosowanie do warunków polskich, w tym przetłumaczenie całej klasyfikacji ICD 11 – prace te będą trwały od początku projektu do jego końca 30.06. 2023 r.;  Produkt(y) zadania:   * tekst całej klasyfikacji ICD 11 po weryfikacji Szacunkowo 23 % kosztów bezpośrednich budżetu projektu – zostanie wykonane przez drugiego Partnera projektu.   ***W ramach dalszych prac, prowadzonych po zakończeniu realizacji niniejszego projektu*** (analizowana będzie możliwość realizacji dalszego ciągu projektu w ramach perspektywy finansowej UE na lata 2021-2027)*, będą realizowane co najmniej następujące zadania:*  *1) podjęcie działań na rzecz utworzenia, np. w jednym z instytutów medycznych, centrum współpracy z WHO (WHO collaborative centre) - na wzór innych krajów, w tym Czech - w zakresie pieczy nad polskimi wersjami międzynarodowych klasyfikacji medycznych m.in. w celu ich stałej aktualizacji i upowszechniania wiedzy o nich. Na obecnym etapie prac zakłada się, że zadania Centrum będą realizowane ze środków finansowych budżetu państwa przyznanych danemu podmiotowi oraz częściowo ze środków projektów,*  *2) prowadzenie prac informatycznych, w tym:*   1. *dostosowanie ogólnokrajowych systemów i podsystemów informatycznych do korzystania z ICD 11 np. przez NFZ, ZUS i GUS,* 2. *wdrożenie przez GUS polskiej wersji automatycznego systemu kodowania przyczyn zgonów (IIris) dostosowanego do ICD-11;*   *3) zapewnienie porównywalności i jakości danych, w tym:*   1. *przeprowadzenie analizy skutków przejścia z ICD10 na ICD 11 w zakresie:*   *- sposobów rozliczania świadczeń przez publicznych płatników w ochronie zdrowia,*  *- statystyki chorobowości i zgonów,*  *- istniejących rozwiązań prawnych;*   1. *monitorowanie procesu wprowadzania konkretnych zmian związanych z wdrażaniem ICD 11,* 2. *monitorowanie porównywalności i jakości danych o zgonach i chorobowości wykorzystując zestaw wskaźników takich jak ANACOD 3 rekomendowanych przez podmioty międzynarodowe,* 3. *upowszechnienie stosowania polskiej wersji narzędzia umożliwiającego przechodzenie z kodów klasyfikacji ICD 10 na kody ICD 11 ;*   *4) upowszechnianie wiedzy i umiejętności korzystania z ICD 11, w tym:*   1. *opracowanie modelowych programów dydaktycznych dotyczących ICD 11 dla studentów uniwersytetów medycznych w zależności od rodzaju studiów, pracowników medycznych podmiotów leczniczych oraz innych zawodów korzystających z klasyfikacji ICD;*   *b) opracowanie nowych e-learningowych programów dydaktycznych,*  *c) przeprowadzenie dalszych szkoleń/warsztatów:*  *- stacjonarnych dla wykładowców uczelni medycznych, koderów GUS, epidemiologów, osób zajmujących się statystyką resortową MZ w zakresie chorobowości szpitalnej,*  *- e-learningowych w zakresie np. personelu medycznego i kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, pracowników NFZ, studentów.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot zgłaszający projekt[[34]](#footnote-34) | | | | | | | | Minister właściwy ds. zdrowia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot, który będzie wnioskodawcą | | | | | | | | Departament Systemu Zdrowia MZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą[[35]](#footnote-35) | | | | | | | | Jednym z regulaminowych zadań Departamentu Systemu Zdrowia jest prowadzenie we współpracy z Centrum e-Zdrowia spraw związanych z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych. Ponadto Departament zajmuje się m. in.: rozwiązaniami prawnymiokreślającymi zakres informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, a także posiada duże doświadczenie w prowadzeniu projektów.  Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego (przekształcony w 2019 r. w Departament Systemu Zdrowia), we współpracy ze Szkołą Główną Handlową, prowadził czteroletni projekt zatytułowany: *„Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ ”*, który zakończył się w grudniu 2013 r. Koszt realizacji tego projektu - współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – wyniósł 7 672 tys. zł. Głównym celem projektu było podniesienie kwalifikacji w zakresie wykorzystania narzędzi rachunkowości zarządczej w podmiotach leczniczych oraz w zakresie metodologii zbierania, przetwarzania i raportowania informacji o kosztach świadczeń zdrowotnych. w ramach projektu zostało przeszkolonych 6460 osób, w tym 6052 reprezentantów podmiotów leczniczych, w szczególności kadry zarządzającej oraz 408 przedstawicieli podmiotów tworzących. Wśród pracowników podmiotów leczniczych zostało przeszkolonych 1290 liderów rachunku kosztów.  Drugi, ponad trzyletni projekt predefiniowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego - dotyczący ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu - był prowadzony przez Departament w latach 2014-2017, we współpracy z NIZP-PZH. w trakcie projektu - współfinansowanego w części ze środków norweskich - którego wartość wyniosła ponad 3 mln euro, m.in. przeszkolono trzy tysiące osób zajmujących się zdrowiem publicznym. Opis projektu i jego wszystkich produktów znajduje się w bazie wiedzy (http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/start). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie? | | | | | | | | **TAK** | | | | | | | | | | | | | | **X** | | | | | | | | | | | | | | | **NIE** | | | | | | | | | |  | |
| Podmioty, które będą partnerami  w projekcie  i uzasadnienie ich wyboru[[36]](#footnote-36) | | | | | | | | Centrum e-Zdrowia będzie parterem w projekcie.  W części prac Projektu, dotyczących dostosowania do warunków polskich: ICD-11 oraz ostatecznej wersji ICD-10 (z 2019) będzie również uczestniczyć inny partner , który zostanie wybrany przed złożeniem wniosku o dofinansowanie.  Ponadto w trakcie realizacji całego projektu konieczna będzie współpraca co najmniej z: Narodowym Funduszem Zdrowia wykorzystującym ICD w procesie rozliczania świadczeń, ZUS i KRUS, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i uniwersytetami medycznymi, które będą uczyły sposobu korzystania z kodów ICD-11 oraz GUS odpowiedzialnym za koderów określających przyczyny zgonów, Konsultantami Krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny, instytutami naukowo badawczymi, wybranymi stowarzyszeniami zawodów medycznych oraz wybranymi świadczeniodawcami.  **Centrum e-Zdrowia**, zgodnie ze swoim statutem, jest jednostką podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Jako instytucja uczestnicząca w realizacji projektu *„Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowe posługiwanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)****”***, a także za kwestie techniczne dotyczące komunikacji systemów oraz standardów wymiany informacji, w tym w szczególności jako jednostka wskazana, w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, do administrowania i utrzymywania Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, a także Platformy Udostępniania On – Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych systemów teleinformatycznych obsługujących system informacji w ochronie zdrowia oraz większości wymienionych w ustawie dziedzinowych systemów teleinformatycznych. Niniejszy Projekt wpisuje się w działania jednostki i stanowić będzie dopełnienie realizowanych oraz planowanych do realizacji zadań związanych z informatyzacją systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz budowy społeczeństwa informacyjnego, stanowiących działania statutowe Centrum. CeZ uczestniczy w pracach Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia w Ministerstwie Zdrowia. Oprócz stałego uczestnictwa w posiedzeniach ww. zespołu, CSIOZ zgodnie ze swoimi kompetencjami zapewnia również wsparcie oraz opiniuje założenia dla przedsięwzięć informatycznych zaplanowanych do realizacji na poziomie regionalnym. Ponadto, Centrum inicjuje działania na rzecz rozwoju interoperacyjności w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce. w tym celu powołana została w CSIOZ Rada ds. Interoperacyjności. Zadaniem Rady jest rekomendowanie standardów interoperacyjności na poziomie technicznym, semantycznym (w tym w zakresie klasyfikacji i terminologii medycznych) czy organizacyjnym, wskazywanie kierunków systemu prawnego i strategii systemu ochrony zdrowia w zakresie niezbędnym dla osiągnięcia interoperacyjności funkcjonujących na rynku rozwiązań. w skład Rady wchodzą przedstawiciele wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia m.in: przedstawiciele samorządów zawodowych, organizacji pozarządowych, dostawców oprogramowania czy NFZ.  Dialog prowadzony przez CeZ z otoczeniem zewnętrznym widoczny jest również na arenie międzynarodowej. Centrum prowadzi merytoryczną współpracę z organizacją Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) w celu pozyskania niezbędnej wiedzy w zakresie opracowania i wskazania wykazu polskich przypadków użycia profili IHE (Polish Interoperability Use Cases). w ramach współpracy organizowane były warsztaty poświęcone teoretycznym podstawom profili integracyjnych IHE oraz ich praktycznemu wykorzystaniu w ramach wskazanych przypadków użycia w odniesieniu do centralnych, regionalnych i lokalnych systemów teleinformatycznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie projektem grantowym? | | | | | | | | **TAK** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **NIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **X** | |
| Przewidywany termin  złożenia wniosku  o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok) | | | | | | | | IV kwartał 2020 r. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przewidywany okres realizacji projektu | | | | | | | | Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok) | | | | | | październik 2020 r. | | | | | | | | | | | | | | Data zakończenia (miesiąc oraz rok) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | czerwiec 2023 r. | |
| **SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| w roku 2020 | | | | | | | | w roku 2021 | | | | | w roku 2022 | | | | | | | | | | | | | | w roku 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ogółem | |
| 940.358,22 | | | | | | | | 3.291.253,78 | | | | | 3.761.432,89 | | | | | | | | | | | | | | 1.410.537,33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 9.403.582,22 zł[[37]](#footnote-37) | |
| Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | |
| Szacowany wkład UE (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 914 995,15 (tj. 84,17% wartości proj.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ i OGÓŁEM)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | | | | | Wartość docelowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W podziale na:[[38]](#footnote-38) | | | | | | | | | | | | | | | Ogółem w projekcie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kobiety | | | | | Mężczyzn | | | | | | | | | |
| 1. Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli | | | | | | | | | Nd. | | | | | Nd. | | | | | | | | | | 340 osób, w tym:  Co najmniej 270 uczestników szkolenia e-learningowego.  Po wprowadzeniu obowiązku stosowania klasyfikacji ICD 11, opracowanej w projekcie~~,~~ programami e-learningowymi może być zainteresowanych ok. 23 000 podmiotów leczniczych w Polsce oraz 138 tys. praktyk lekarskich (zarówno osoby wykonujące zawód medyczny jak i kadry zarządzającej), podmioty publiczne takie jak Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, ZUS, KRUS, GUS i instytucje naukowo-badawcze zajmujące się analizami w zakresie ochrony zdrowia). Szkolenia będą również mogły być wykorzystane przez podejmujących decyzje w ochronie zdrowia (polityków) oraz organizacje pacjentów. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Liczba uczestników warsztatów (wykładowców uczelni medycznych, koderów przyczyn zgonów, osób prowadzących analizy epidemiologiczne). | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | 70 uczestników warsztatów | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Dostosowana do warunków polskich i przetłumaczona klasyfikacja ICD-11 – po weryfikacji | | | | | | | | | Nd. | | | | | Nd. | | | | | | | | | | 1 pełna wersja klasyfikacji  Po wprowadzeniu formalnego obowiązku stosowania klasyfikacji ICD 11 będą z niej korzystały wszystkie podmioty lecznicze w Polsce -tj. ok. 23 000 oraz 138 tys. praktyk lekarskich (zarówno osoby wykonujące zawód medyczny jak i kadry zarządzającej) podmioty publiczne takie jak Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, ZUS, KRUS, GUS i instytucje naukowo-badawcze zajmujące się analizami w zakresie ochrony zdrowia).Klasyfikacja będzie wykorzystywana także przez podejmujących decyzje w ochronie zdrowia (polityków) oraz organizacje pacjentów. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Polska wersja przewodnika do ICD 11 | | | | | | | | | Nd. | | | | | Nd. | | | | | | | | | | 1 pełna wersja elektroniczna  Po wprowadzeniu formalnego obowiązku stosowania klasyfikacji ICD 11 wszystkie podmioty lecznicze i inni użytkownicy w Polsce będą mogli korzystać z tego przewodnika. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Polska ostateczna (w pełni aktualna) wersja klasyfikacji ICD-10 | | | | | | | | | Nd. | | | | | Nd. | | | | | | | | | | 1 ostateczna wersja klasyfikacji  Po wprowadzeniu formalnego obowiązku stosowania klasyfikacji ICD 11 wszystkie podmioty lecznicze i pozostali użytkownicy w Polsce będą mogli korzystać z pełnej wersji ICD 10, w programie informatycznym umożliwiającym określanie nieznanych im jeszcze kodów ICD 11 za pomocą znanych im kodów ICD 10. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Wartość docelowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W podziale na:[[39]](#footnote-39) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ogółem w projekcie | | | | |
| Kobiety | | | | | | | | | | | | Mężczyzn | | | | | | | | | |  | | | | |
| 1. Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jej funkcjonowania.   Wskaźniki produktu projektu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | | | | Nd.. | | | | | | | | | | 400 osób przeszkolonych na dwóch rodzajach szkoleń e-learningowych. | | | | |
| 1. Liczba pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia zajmujących się rozliczeniami świadczeń opieki zdrowotnej lub prowadzeniem analiz na podstawie danych przekazywanych do Funduszu przez podmioty lecznicze. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 60 uczestników szkolenia e-learningowego dot. ICD-11. | | | | |
| 1. Liczba uczestników warsztatów (wykładowców uczelni medycznych, koderów przyczyn zgonów, osób prowadzących analizy epidemiologiczne). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 60 uczestników warsztatów. | | | | |
| **SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER | | | | | | | **5.2. Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tytuł lub zakres projektu[[40]](#footnote-40)** | | | | | | |  | | --- | | **Wsparcie procesów dotyczących dawstwa narządów i tkanek poprzez opracowanie i wdrożenie szpitalnego systemu jakości dawstwa i standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji szpitalnych koordynatorów dawstwa i kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi[[41]](#footnote-41)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Uzasadnienie realizacji projektu  w trybie pozakonkursowym[[42]](#footnote-42)** | | | | | | Za realizacją projektu w trybie pozakonkursowym przemawiają następujące powody:   1. Zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy 7 lipca 2017 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 projekt powinien być realizowany w trybie pozakonkursowych, gdyż cel projektu dotyczy obszaru, za który organizacyjnie odpowiedzialny jest Minister Zdrowia, jednocześnie charakter projektu wymaga udziału podmiotu z władztwem administracyjnym, które w tym zakresie przepisane jest także ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Kluczowym argumentem przemawiającym za trybem pozakonkursowym jest konieczność zapewnienia trwałości wypracowanych w projekcie rozwiązań oraz ich skuteczna implementacja, co będzie zdecydowanie łatwiejsze pod względem organizacyjnym w przypadku realizacji projektu przez Ministerstwo Zdrowia. Dodatkowo, po wdrożeniu szpitalnego systemu jakości dawstwa w grupie podmiotów leczniczych objętych projektem, zostanie on także wprowadzony, jako standard medyczno-organizacyjny, do systemowych rozwiązań w zakresie budowania, utrzymywania i rozwijania potencjału dawstwa w Polsce. Jednocześnie z uwagi na zaangażowanie w procesy koordynacji pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w Polsce podmiotem odpowiedzialnym za techniczną obsługę procesu akredytacji będzie jednostka podległa Ministrowi Zdrowia - Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji "Poltransplant". 2. Zaproponowane w projekcie zadania wynikają z ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów i leżą w kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia, z tego względu podmiotem właściwym do realizacji projektu jest Ministerstwo Zdrowia. W przypadku innych czynności realizowanych w przestrzeni transplantacyjnej, takich jak pobieranie narządów od dawcy żywego lub ich przeszczepianie, pozwoleń na ich wykonywanie udziela Minister Zdrowia, na podstawie wyników kontroli oraz rekomendacji Krajowej Rady Transplantacyjnej, w formie decyzji administracyjnej. W przypadku podmiotów leczniczych, które realizują inne czynności transplantacyjne mechanizmy dotyczące dawstwa są weryfikowane niejako przy okazji, jednak nie podlegają formalnej ocenie. W ramach realizacji projektu opracowany zostanie ujednolicony standard w zakresie szpitalnego sytemu jakości dawstwa, który następnie zostanie zaimplementowany w grupie podmiotów leczniczych objętych projektem (co zostanie potwierdzone certyfikatem) - ma to na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot identyfikujący i kwalifikujący potencjalnych dawców zmarłych określnych wymogów, w tym w zakresie rozwiązań organizacyjnych i standardów medycznych, co zagwarantuje efektywną realizację tych procesów. 3. Zgodnie z art. 38 ust. 3 ww. ustawy projekt powinien być realizowany w trybie pozakonkursowym, gdyż swoim zakresem obejmuje zadania publiczne dot. zapewnia dostępu do świadczeń zdrowotnych o kluczowym znaczeniu - w wielu przypadkach przeszczepienie narządu czy tkanki stanowi jedyny dostępny i skuteczny sposób leczenia. Dostępność tych świadczeń jest z kolei nierozerwalnie powiązana z liczbą dostępnych do przeszczepiania narządów i tkanek pozyskiwanych głównie od dawców zmarłych. 4. Wykonywanie przez podmioty lecznicze czynności dotyczących dawstwa narządów i tkanek na gruncie obowiązujących przepisów, tj. ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, nie wymaga uzyskania pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia na prowadzenie takiej działalności. W przypadku podmiotów leczniczych, w których jednocześnie prowadzone są programy przeszczepiania narządów i tkanek ten obszar działalności jest weryfikowany w ramach kontroli dotyczących czynności przeszczepiania. Zmarły dawca może jednak zostać zidentyfikowany i zgłoszony przez każdy podmiot leczniczy, a warunkiem koniecznym jest udział zatrudnionego w podmiocie zgłaszającym szpitalnego koordynatora donacyjnego bądź w przypadku jego braku, zaangażowanego w autoryzację pobrania koordynatora regionalnego. W Polsce zidentyfikowano około 380 podmiotów leczniczych, które spełnią podstawowe kryteria w zakresie potencjału dawstwa, tj. funkcjonuje w nich oddział intensywnej terapii, oddział udarowy lub oddział intensywnej opieki neurochirurgicznej. Ze wszystkich tych podmiotów leczniczych tylko 60 do 80 aktywnie zgłasza zmarłych dawców ze stwierdzoną śmiercią mózgu, a ok. 12 spośród nich zgłasza 10 i więcej potencjalnych dawców w ciągu roku kalendarzowego. Zgłaszanie potencjalnych dawców tkanek, w tym tkanek oka, bez powiązania z dawstwem narządowym należy obecnie do rzadkości. 5. Obecnie zatrudnienie w podmiocie leczniczym szpitalnego koordynatora donacyjnego nie jest równoznaczne z przyjęciem i stosowaniem jednolitego i powszechnego postępowania w zakresie identyfikacji i kwalifikacji potencjalnych dawców. Zgodnie z przepisami ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów jedyny wymagany prawem, a co za tym idzie ujednolicony, element to etap procesu autoryzacji pobrania polegający na potwierdzeniu braku sprzeciwu zmarłego na bycie dawcą po śmierci złożonego do Centralnego Rejestru Sprzeciwów. W przypadku innych form wyrażenia sprzeciwu, tj. w formie pisemnego oświadczenia lub ustnego poświadczonego przez dwóch świadków brak jest ujednoliconego sposobu postępowania w celu ustalenia woli osoby zmarłej i weryfikacji braku sprzeciwu. Szpitalni koordynatorzy donacyjni, we współpracy z kadrą zarządzającą, wypracowują różnorodne procedury uwzględniające lokalne uwarunkowania. Brak jednolitych standardów postępowania powoduje, iż bardzo często pomijana jest możliwość zgłaszania dawców wyłącznie tkankowych. Często, jeżeli zidentyfikowany potencjalny dawca nie spełnia kryteriów akceptacji dla dawstwa narządów, procedura nie jest rozpoczynana lub jest przerywana, choć nadal może istnieć możliwość pobrania tkanek, w tym tkanek oka. Realizacja projektu pozwoli na opracowanie, przyjęcie i stosowanie jednolitego i powszechnego postępowania w zakresie identyfikacji i kwalifikacji potencjalnych dawców, co niewątpliwe przełoży się na efektywność zaradzania przez szpitale procesami dotyczącymi dawstwa, a w konsekwencji spowoduje wzrost liczby potencjalnych dawców. 6. Projekt obejmować będzie 40 podmiotów leczniczych, które spełniają kryteria potencjału dawstwa i wykazywały się aktywnością donacyjną w okresie ostatnich 5 lat oraz 10 podmiotów leczniczych, które z uwagi na profil działalności nie realizują procedur dawstwa narządowego, a mogłyby skutecznie uczestniczyć w systemie dawstwa tkanek, w szczególności w zakresie dawstwa tkanek oka. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany** | | | | | | Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Priorytet inwestycyjny** | | | | | | 9.IV Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu** | | | | | | Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cel główny projektu** | | | | | | Celem głównym projektu jest zwiększenie liczby zmarłych dawców narządów i tkanek, w tym tkanek oka, poprzez poprawę możliwości identyfikacji i kwalifikacji potencjalnych dawców zmarłych w oddziałach intensywnej terapii i oddziałach udarowych.  Cele szczegółowe:   1. opracowanie i upowszechnienie szpitalnego systemu jakości, tj. dobrych praktyk organizacyjnych, w zakresie dawstwa narządów i tkanek co najmniej wśród 50 podmiotów objętych wsparciem w okresie realizacji projektu; 2. podniesienie w okresie realizacji projektu wiedzy, umiejętności oraz kwalifikacji zawodowych szpitalnych koordynatorów donacyjnych oraz kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych objętych wsparciem niezbędnych do efektywnego identyfikowania i kwalifikacji potencjalnych dawców zmarłych; 3. przeszkolenie szpitalnych koordynatorów donacyjnych, koordynatorów regionalnych i centralnych oraz kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych objętych wsparciem w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek; 4. wdrożenie w podmiotach objętych wsparciemszpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek; 5. wyszkolenie osób objętych wsparciem umiejętności do oceny spełnienia standardów w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek.   Kamienie milowe:   1. Opracowanie zestawu standardów w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek (do 6 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo - 20% budżetu projektu); 2. Przeprowadzenie szkoleń regionalnych z zakresu wdrożenia standardów szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek oraz w zakresie kontroli jego wdrożenia (do 5 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo - 30% budżetu projektu); 3. Wdrożenie standardów w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek w 40 podmiotach leczniczych, które spełniają kryteria potencjału dawstwa i wykazywały się aktywnością donacyjną w okresie ostatnich 5 lat oraz 10 podmiotach leczniczych, które z uwagi na profil działalności nie realizują procedur dawstwa narządowego, a mogłyby skutecznie uczestniczyć w systemie dawstwa tkanek, w szczególności w zakresie dawstwa tkanek oka (do 5 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo - 5% budżetu projektu); 4. Przeprowadzenie przeglądów akredytacyjnych (do 8 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo - 35% budżetu projektu); 5. Zagwarantowanie trwałości projektu - po wdrożeniu szpitalnego systemu jakości dawstwa w grupie podmiotów leczniczych objętych projektem, zostanie on także wprowadzony, jako standard medyczno-organizacyjny, do systemowych rozwiązań w zakresie budowania, utrzymywania i rozwijania potencjału dawstwa w Polsce.   Koszty pośrednie w projekcie: 10% budżetu projektu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych** | | | | | | Główne zadania w projekcie:  Zadanie 1 Opracowanie standardów w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek dla podmiotów leczniczych – przez zespół powołany przez konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w porozumieniu z Polskim Stowarzyszeniem Koordynatorów Transplantacyjnych z udziałem Ministerstwa Zdrowia i Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant". *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 1:*  *Opracowany standard akredytacyjny pt. „Szpitalny system jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek” – 1*  *Podręcznik wdrożeniowy dotyczący szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek dla podmiotów leczniczych – wydany w wersji elektronicznej – 1*   * 1. Organizacja konferencji (w formule stacjonarnej lub wirtualnej) inaugurującej projekt: 120 osób (uczestnicy)   2. Opracowanie projektu standardów w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek dla podmiotów leczniczych   3. Organizacja warsztatów (w formule stacjonarnej lub wirtualnej) dotyczących projektu standardów w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek z udziałem najefektywniejszych koordynatorów donacyjnych i kadry zarządzającej z tych podmiotów leczniczych: 30 osób (uczestnicy)   4. Opracowanie wersji elektronicznej i udostepnienie podręcznika wdrożeniowego dla standardów w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek dla podmiotów leczniczych   Zadanie 2:  Przeprowadzenie 6 regionalnych szkoleń (w formule stacjonarnej lub wirtualnej) z zakresu standardów szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek i ich wdrożenia oraz 1 szkolenia (w formule stacjonarnej w Warszawie lub wirtualnej) z zakresu kontroli wdrażania standardów szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek i jego kontroli:  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 2:*  *Liczba przeprowadzonych szkoleń w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek – 7*  *Liczba przeszkolonych osób – ok. 350*  *Liczba przeszkolonych przyszłych kontrolerów - 25*  2.1. Opracowanie programu szkoleń  2.2. Przeprowadzenie szkoleń dla szpitalnych koordynatorów donacyjnych, personelu medycznego zatrudnionego w oddziałach z potencjałem dawstwa, przedstawicieli zarządu podmiotów leczniczych z 40 podmiotów leczniczych, które w okresie ostatnich 5 lat wykazywały się najwyższą aktywnością donacyjną oraz 10 podmiotów leczniczych, które nie realizują procedur dawstwa narządowego, a mają potencjał w zakresie dawstwa tkanek, w szczególności w zakresie tkanek oka, jak również dla regionalnych i centralnych koordynatorów transplantacyjnych, konsultantów wojewódzkich w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, pracowników Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant" i Ministerstwa Zdrowia zaangażowanych w koordynację procesów dawstwa  2.3. Zarejestrowanie i przygotowanie szkolenia w formie e-learningu (webinar) udostępnianego w online na stronie internetowej Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"  2.4. Zorganizowanie dyżurów konsultacyjnych w zakresie sposobu wdrażania standardów szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek  Zadanie 3: Przeprowadzenie wizyt akredytacyjnych (w formule stacjonarnej lub wirtualnej) przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” oraz przeszkolonych kontrolerów.  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 3:*  *Liczba przeprowadzonych wizyt w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek – 50*  *Liczba pozytywnych wyników wizyt akredytacyjnych (certyfikatów) – min. 40.*  *\* w zakresie szkoleń realizowanych w ramach PO WER na podstawie wcześniejszych doświadczeń (np. Centrum Monitorowania Jakości) zakłada się skuteczność na poziomie min. 85% wspartych w projekcie.*  3.1 Przeprowadzenie wizyt akredytacyjnych w 50 podmiotach leczniczych  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 3:*  *Przeprowadzenie co najmniej 50 przeglądów akredytacyjnych*  3.*2.* Organizacja konferencji (w formule stacjonarnej lub wirtualnej) kończącej realizację projektu  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 3: 120 uczestników konferencji*  3.3. Wyniki projektu, po wdrożeniu szpitalnego systemu jakości dawstwa w grupie podmiotów leczniczych objętych projektem, zostaną także wprowadzone, jako standard medyczno-organizacyjny, do systemowych rozwiązań w zakresie budowania, utrzymywania i rozwijania potencjału dawstwa w Polsce. Dodatkowo wersja elektroniczna podręcznika wdrożeniowego dla standardów w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek oraz zarejestrowane szkolenie w formie e-learningu dostępne będą na stronie internetowej Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant"  Grupa docelowa:   1. Bezpośrednia: podmioty lecznicze, które spełniają kryteria potencjału dawstwa i wykazywały się aktywnością donacyjną w okresie ostatnich 5 lat oraz podmioty lecznicze, które z uwagi na profil działalności nie realizują procedur dawstwa narządowego, a mogłyby skutecznie uczestniczyć w systemie dawstwa tkanek, w szczególności w zakresie dawstwa tkanek oka. 2. Pośrednia: szpitalni koordynatorzy donacyjni. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Podmiot zgłaszający projekt[[43]](#footnote-43)** | | | | | | Minister właściwy do spraw zdrowia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Podmiot, który będzie wnioskodawcą** | | | | | | Departament Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą[[44]](#footnote-44)** | | | | | | Ministerstwo Zdrowia pełni kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia wyznaczając kierunki rozwoju systemu. Poprzez Wydział Transplantologii Departamentu Oceny Inwestycji, do zadań którego zgodnie z regulaminem należy m. in. planowanie, organizacja i nadzorowanie realizacji zadań z zakresu pobierania, przechowywania, przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz zastosowania u ludzi tkanek i komórek, realizuje zadania, które są zbieżne z zadaniami zaplanowanymi w projekcie. Dodatkowo Wydział realizuje zadania dotyczące prowadzenie spraw zakresie wydawania przez Ministra Zdrowia decyzji administracyjnych dotyczących udzielenia pozwolenia, odmowy udzielenia pozwolenia bądź cofnięcia pozwolenia na wykonywanie czynności transplantacyjnych, koordynacji oraz nadzoru merytorycznego nad Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym ds. Transplantacji „Poltransplant”. Realizacja projektu będzie miała zatem charakter komplementarny w stosunku do obecnie prowadzonych działań Wydziału Transplantologii Departamentu Oceny Inwestycji, do którego zdań należy planowanie, organizacja i nadzorowanie realizacji zadań z zakresu pobierania, przechowywania, przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, prowadzenie spraw dot. wydawania przez Ministra Zdrowia decyzji administracyjnych w zakresie wykonywania czynności transplantacyjnych (docelowo rozszerzonych o akredytacje związane z wdrożeniem standardów w zakresie szpitalnego systemu jakości w zakresie dawstwa narządów i tkanek) oraz opracowywanie i wdrażanie rozwiązań legislacyjnych i systemowych w zakresie transplantologii. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?** | | | | | | **TAK** | | | | | | | | **X** | | | | | | | | | | | | | | | **NIE** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Podmioty, które będą partnerami  w projekcie  i uzasadnienie ich wyboru[[45]](#footnote-45)** | | | | | | Zgodnie z art. 33 ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 projekt będzie realizowany na zasadach „projektu partnerskiego”. Partner w projekcie musi wykazać:   * zgodność działania z celami partnerstwa, tj. realizację zadań w zakresie koordynacji pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów na terenie kraju oraz organizowania i prowadzenia szkoleń dla osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów oraz bezpieczeństwo dawców i biorców; * wkład w realizację celu partnerstwa, tj. w zakresie zasobów ludzkich, organizacyjnych, technicznych lub finansowych związanych z kształtowaniem standardów postępowania, struktur organizacyjnych oraz programów kształcenia i doskonalenia zawodowego w obszarze dawstwa narządów, tkanek i komórek; * doświadczenie w realizacji projektów związanych z kształtowaniem standardów postępowania, struktur organizacyjnych oraz programów kształcenia i doskonalenia zawodowego w obszarze dawstwa narządów, tkanek i komórek. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy projekt będzie projektem grantowym?** | | | | | | **TAK** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **NIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | **X** | | | |
| **Przewidywany termin  złożenia wniosku  o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok)** | | | | | | IV kwartał 2020 r. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Przewidywany okres realizacji projektu** | | | | | | **Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok)** | | | | | | | | **06.2021** | | | | | | | | | | | | | | | **Data zakończenia (miesiąc oraz rok)** | | | | | | | | | | | | | | | | | **06.2023** | | | |
| **SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **w roku 2021** | | **w roku 2022** | | | | | | | | **w roku 2023** | | | | | | | | | | | **w roku 2024** | | | | | | | | | | | | | | | | | **w roku 2….** | | | | | | | | | | **ogółem** | |
| 1.327.500 | | 2.655.000 | | | | | | | | 1.917.500 | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | 5.900.000 zł[[46]](#footnote-46) | |
| **Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TAK** | **………………………………………………………… (PLN)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **NIE** | | | | | | | | | **x** | | | | |
| **Szacowany wkład UE (PLN)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.966.030.00 PLN (84,17% wartości całkowitej projektu)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa wskaźnika** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Wartość docelowa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **W podziale na:[[47]](#footnote-47)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ogółem w projekcie** | | | | |
| **Kobiety** | | | | | | | | | **Mężczyzn** | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | | | | | 43 | | | | |
| Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | | | | | 300[[48]](#footnote-48) | | | | |
| Liczba rzeczywistych dawców narządów zgłoszonych przez podmioty lecznicze, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | | | | | 255 | | | | |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa wskaźnika** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Wartość docelowa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **W podziale na:[[49]](#footnote-49)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ogółem w projekcie** | | | | |
| **Kobiety** | | | | | | | | | **Mężczyzn** | | | | | | | | | | | | |
| Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | | | | | 50 | | | | |
| Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | | | | | 350[[50]](#footnote-50) | | | | |
| Liczba rzeczywistych dawców narządów zgłoszonych przez podmioty lecznicze biorące udział w projekcie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | Nd. | | | | | | | | | | | | | 300 | | | | |
| **SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Uzasadnienie:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Uzasadnienie:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **…** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER | | | | | | | | | | | | | | | | | | **5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tytuł lub zakres projektu[[51]](#footnote-51) | | | | | Rozwój kompetencji i kwalifikacji zawodowych fizjoterapeutów, odpowiadających na współczesne problemy epidemiologiczno - demograficzne kraju oraz zwiększenie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz wdrażania innowacyjnych metod prowadzenia dokumentacji medycznej i jej sprawozdawania do Płatnika w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonalną[[52]](#footnote-52) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie realizacji projektu  w trybie pozakonkursowym[[53]](#footnote-53) | | | | | Krajowa Izba Fizjoterapeutów (KIF) jest samorządem zawodowym, zrzeszającym wszystkich polskich fizjoterapeutów z prawem wykonywania zawodu. Aby uzyskać Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty należy spełnić kryteria formalne określane w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2019 r. poz. 952).  KIF, jako podmiot reprezentujący osoby wykonujące zawód fizjoterapeuty i sprawujący pieczę nad należytym wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony gwarantuje odpowiednie zasoby merytoryczne i instytucjonalne (organizacyjne) dla skutecznej i efektywnej realizacji projektu.  Jednocześnie KIF posiada kompetencje pozwalające na wdrożenie wypracowanych koncepcji i narzędzi poprzez włączenie do głównych nurtów polityk publicznych w wymiarze ogólnokrajowym, w tym inicjowanie i implementowanie zmian prawnych.  Samorząd zawodowy fizjoterapeutów liczy ponad 67 tysięcy członków. Zrzesza fizjoterapeutów z tytułem zawodowym w stopniu magistra, licencjata, a także technika. Członkami KIF są zarówno fizjoterapeuci wykonujący zawód w podmiotach związanych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i poza systemem świadczeń gwarantowanych.  KIF prowadzi Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów, który jest dostępny dla wszystkich zainteresowanych osób w zakresie imienia, nazwiska, stopnia naukowego i tytułu naukowego, a także nazwy pracodawcy, łącznie z informacją o statusie aktywności zawodowej.  W Polsce fizjoterapeuta jest samodzielnym zawodem medycznym. Polscy pacjenci mają prawo do uzyskania usług fizjoterapeutycznych. Zarówno tytuł, jak i funkcje fizjoterapeuty są prawnie zdefiniowane. Fizjoterapeuta ponosi odpowiedzialność prawną za swoje działania zawodowe.  Zasadność realizacji przedmiotowego projektu wpisuje się w Krajowe ramy strategiczne – Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, cel operacyjny C w ramach:  **Narzędzie 37:** Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno–demograficznych.  Skoncentrowanie działań ukierunkowanych na przygotowanie pracowników systemu ochrony zdrowia do zachodzących trendów demograficznych i epidemiologicznych wymaga zaprojektowania wsparcia również dla osób wykonujących inne zawody w ochronie zdrowia, których umiejętności i kwalifikacje mają istotne znaczenie z punktu widzenia przyjętej logiki interwencji EFS dla ochrony zdrowia, a więc przeciwdziałaniu negatywnym trendom demograficznym i chorobom będącym istotnymi przyczynami dezaktywizacji zawodowej. w związku z tym realizowane będzie wsparcie dla ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych, pilotów LPR (ich kwalifikacje i umiejętności są istotne głownie w kontekście grupy schorzeń kardiologicznych i właściwego sposobu postępowania w przypadku urazów), **fizjoterapeutów**, terapeutów środowiskowych, opiekunów medycznych (ich kwalifikacje i umiejętności są istotne głownie z punktu widzenia zachodzących procesów związanych ze starzejącym się społeczeństwem). **Dodatkowo wysokie kwalifikacje fizjoterapeutów mają znaczenie w odniesieniu do chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego** oraz diagnostów laboratoryjnych w odniesieniu do chorób istotnych z punktu widzenia problemu wykluczenia zawodowego.  Realizacja projektu jest działaniem priorytetowym, ponieważ zapoznanie oraz przeszkolenie kadry podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dokumentacji medycznej w fizjoterapii z wdrażanymi narzędziami efektywnego zarządzania systemem informatycznym w ramach projektu, przyczyni się do **poprawy jakości usług medycznych** świadczonych dla społeczeństwa poprzez usprawnienie wymiany danych pomiędzy podmiotami uczestniczącymi w procesie leczenia pacjenta, skutecznego zarządzania uzyskanymi i wykorzystanymi danymi oraz znaczącej poprawy kompetencji cyfrowych świadczeniodawców na terenie całego kraju. Stając się jednocześnie istotnym wkładem w budowanie społeczeństwa informacyjnego zgodnie z założeniami dokumentów strategicznych takich jak np. Strategia „Sprawne Państwo 2020”.  KIF, zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty jest jednostką organizacyjna samorządu zawodowego fizjoterapeutów, nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie i formach określonych ww. ustawą. **Jest to jedyna organizacja zawodowa**, która zrzesza wszystkich polskich fizjoterapeutów z prawem wykonywania zawodu. Zarówno tytuł, jak i funkcje fizjoterapeuty są prawnie zdefiniowane. Głównymi zadaniami KIF jest reprezentowanie osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Tym samym powyższe czyni z KIF jedyny podmiot uprawomocniony do realizacji niniejszego projektu.  Jako instytucja odpowiedzialna za realizację projektu, jest jednocześnie odpowiedzialna za działania edukacyjne w zakresie wspomnianej tematyki. Niniejszy projekt wpisuje się w działania jednostki i stanowić będzie dopełnienie realizowanych oraz planowanych do realizacji zadań związanych z informatyzacją systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz budowy społeczeństwa informacyjnego, stanowiących działania statutowe KIF.  Dialog prowadzony przez KIF z otoczeniem zewnętrznym widoczny jest również na arenie międzynarodowej m.in.:  - KIF jest członkiem World Confederation for Physical Therapy (WCPT),  - KIF jest członkiem International Network of Physiotherapy Regulatory Authorities (INTPRA),  - KIF jest partnerem Physiotherapy Evidence Database (PEDro),  - KIF ściśle współpracuje z narodową Organizacją Zdrowia (WHO) w zakresie realizacji agendy Rehabilitacji 2030 oraz badań nad ICF.  Przedmiotem działalności KIF jest w szczególności:  1) sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty;  2) reprezentowanie fizjoterapeutów;  3) działanie na rzecz stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez fizjoterapeutów;  4) ustalanie oraz aktualizacja standardów lub wytycznych w fizjoterapii;  5) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia;  6) ustanawianie zasad etyki zawodowej i dbanie o jej przestrzeganie;  7) obrona godności zawodowej.  Argumentem, przemawiającym za realizacją projektu w trybie pozakonkursowym jest stopień skomplikowania rozwiązań technologicznych realizowanych w ramach projektu prowadzonego przez KIF oraz towarzyszących temu licznych uzgodnień związanych z implementacją standardów gromadzenia i wymiany danych medycznych w zakresie dokumentacji medycznej w fizjoterapii. Opisany projekt szkoleniowy jest projektem komplementarnym do realizowanego projektu finansowanego z POWER, ponieważ dotyczy zwiększenia kompetencji i kwalifikacji zawodowych fizjoterapeutów.  Podczas spotkań z przedstawicielami różnych grup interesariuszy rozwiązań udostępnianych w ramach wdrażanych przez KIF projektów, bardzo często artykułowane są potrzeby w zakresie zorganizowania kompleksowych i merytorycznych działań edukacyjnych (szkoleń) dot. wdrożenia i wykorzystania udostępnianych przez KIF usług w tym przede wszystkim tych związanych z tworzeniem, przetwarzaniem i udostępnianiem elektronicznej dokumentacji medycznej dla fizjoterapeuty przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.  Szczególnego znaczenia nabrała potrzeba przeprowadzenia szkolenia z zakresu fizjoterapii oddechowej, ze względu na leczenie powikłań osób zarażonych koronawirusem SARS-CoV-2.  Żaden inny podmiot oprócz KIF nie jest silniej merytorycznie przygotowany, ani umocowany formalno-prawnie do realizacji zadań związanych z wdrożeniem projektu w kraju, a co za tym idzie również planowanego projektu szkoleniowego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany | | | | | Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Priorytet inwestycyjny | | | | | 10iii wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i poza formalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu | | | | | 4. doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cel główny projektu | | | | | **Celem głównym projektu jest** podniesienie poziomu umiejętności i kwalifikacji fizjoterapeutów z obszaru całego kraju w zakresie chorób układu krążenia, chorób układu kostno stawowo mięśniowego odpowiadających na zidentyfikowane potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju, poprzez zastosowanie specjalistycznego wsparcia szkoleniowego.  Dla 2000 fizjoterapeutów (1500 K/500 M) zostaną przeprowadzone szkolenia w zakresie:  - fizjoterapii ortopedycznej,  - fizjoterapii neurologicznej,  - fizjoterapii kardiologiczno - oddechowej,  - fizjoterapii pediatrycznej,  - Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health ICF jako nowoczesne narzędzie: statystyczne, badawcze, kliniczne i edukacyjne,  - prowadzenia dokumentacji medycznej w fizjoterapii zgodnie z wymogami Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. 2019 poz. 952).  Realizacja projektu przy takim założeniu jest jak najbardziej realna z uwagi na fakt, że obecnie KIF realizuje 2-letni projekt szkoleniowy, skierowany do 500 fizjoterapeutów.  Możliwość przeszkolenia tak dużej ilości fizjoterapeutów, w tak krótkim czasie przyczyni się do **poprawy jakości usług medycznych** świadczonych dla społeczeństwa poprzez usprawnienie wymiany danych pomiędzy podmiotami uczestniczącymi w procesie leczenia pacjenta, skutecznego zarządzania uzyskanymi i wykorzystanymi danymi oraz znaczącej poprawy kompetencji cyfrowych świadczeniodawców na terenie całego kraju.  Termin realizacji projektu zaplanowano od **01.11.2020 r. do 31.10.2022 r.**  **Cele szczegółowe**  Tak sformułowany cel główny projektu bezpośrednio wpisuje się w cel szczegółowy PO WER Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno demograficzne kraju.  Zawód fizjoterapeuty został uporządkowany poprzez wejście w życie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, która zdefiniowała zawód fizjoterapeuty, który dotychczas był nieuregulowany. Jest to niezwykle istotne albowiem usługi fizjoterapeutyczne są świadczeniem medycznym, z których pacjenci najczęściej korzystają po POZ.  Zakres rzeczowy projektu obejmuje przeprowadzenie szkoleń z zakresie 5 modułów, z czego każdy z uczestników/czek zostanie objęty modułem dotyczącym szkolenia z nowoczesnej metody prowadzenia terapii, jaką jest ICF i dokumentowania prowadzonej terapii co wymusza na fizjoterapeutach wejście w życie Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Kolejne 4 moduły będą do wyboru przez uczestników, (uczestnik/ka może wybrać 1 z 4 modułów) i będą one obejmowały 4  podstawowe dziedziny fizjoterapii:  - fizjoterapii ortopedycznej,  - fizjoterapii neurologicznej,  - fizjoterapii kardiologiczno - oddechowej,  - fizjoterapii pediatrycznej.  **Kamienie milowe:**   1. Przygotowanie harmonogramów realizacji szkoleń oraz przygotowanie materiałów szkoleniowych w IV kwartale 2020.   Szacunkowo - 2% kosztów bezpośrednich budżetu projektu *- zostanie wykonane przez KIF.*  Zbudowanie narzędzia do rekrutacji uczestników w 11-12.2020 r. - I kwartał 2021 – *zostanie wykonane siłami własnymi KIF* - zostanie wykonane przez KIF.   1. Organizacja oraz przeprowadzenie 80 szkoleń, każde szkolenie obejmujące dwa moduły (średnio 5 szkoleń w każdym województwie) dla fizjoterapeutów/ fizjoterapeutek tj. zgodnie z Ustawą o zawodzie fizjoterapeuty osoby posiadające prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty nadane przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów. Każde szkolenie dla grupy będzie trwało do 3 dni (szkolenia prowadzone w trybie weekendowym: piątek-niedziela), dzień szkoleniowy od 8 do 10 godzin. Szkolenie będzie się kończyć egzaminem, a po jego pozytywnym zdaniu uczestnik szkolenia otrzyma certyfikat, rozpoznawalny na terenie kraju.   Szkolenia będą realizowane w zakresie:  - fizjoterapii ortopedycznej,  - fizjoterapii neurologicznej,  - fizjoterapii kardiologiczno-oddechowej,  - fizjoterapii pediatrycznej,  - Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health ICF jako nowoczesne narzędzie: statystyczne, badawcze, kliniczne i edukacyjne,  - prowadzenia dokumentacji medycznej w fizjoterapii zgodnie wymogami Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. 2019 poz. 952).  Zgodnie z prowadzonym przez KIF rejestrem wg stanu na dzień 01.04.2020 r. w rejestrze zarejestrowanych jest ponad 67 tyś fizjoterapeutów/ek, z tego ponad 75 % stanowią kobiety oraz 25% mężczyźni.  Do końca października 2022 r. Szacunkowo – 96 % kosztów bezpośrednich budżetu projektu. – *zostanie wykonane przez KIF.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych | | | | | Projekt odpowiada na potrzeby i oczekiwania Uczestników jak i systemu ochrony zdrowia w PL. Moduł obowiązkowy dla wszystkich Uczestników obejmuje zagadnienia z zakresu badania Fizjoterapeutycznego i dokumentacji medycznej w oparciu o ICF. Obecnie fizjoterapeuci w pracy powszechnie swoją pracę sprowadzają do wykonywania procedur medycznych bez zrozumienia konieczności dokumentacji indywidualnej pacjenta z pokazaniem obiektywnych efektów rehabilitacji. Tym samym pacjenci otrzymują mniej skuteczną terapię. Umiejętność przeprowadzenia rzetelnego badania funkcjonalnego pozwala na zaplanowanie skutecznej strategii terapii, następnie jej dokumentowanie i ocenienie wyników. Jedną z najskuteczniejszych metod dokonywania tego jest metoda ICF. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health; (ICF) opracowana została przez WHO i służy do opisu różnych aspektów zdrowia.  Kolejne 4 moduły będą do wyboru przez uczestników, (uczestnik/ka może wybrać 1 z 4 modułów) i będą one obejmowały 4 podstawowe dziedziny fizjoterapii:   1. Fizjoterapii ortopedycznej (FO):   - znaczenie wywiadu w FO czerwone flagi,  - badanie różnicowe i testy w FO na poziomie aktywności, uczestnictwa, struktury i funkcji ciała,  - strategia terapii hypomobilności (OSTH),  - OSTH i niestabilność,  - strategia terapii ból,  - znaczenie profilaktyki Fizjoterapeutycznej, ból kręgosłupa, choroby zwyrodnieniowe.  II. Fizjoterapii neurologicznej (FN):  - znaczenie wywiadu w FN czerwone flagi  - badanie i testy w FN na poziomie aktywności, uczestnictwa, struktury i funkcji ciała,  - omówienie strategii terapii wiotkość,  - omówienie strategii terapii spastyczność,  - zaburzenia równowagi,  - zasady współpracy w zespole: lekarz neurolog, logopeda,  - objawy towarzyszące.  III. Fizjoterapii kardiologiczno-oddechowej (FKO):  - znaczenie wywiadu w FKO czerwone flagi,  - badanie i testy w FKO na poziomie aktywności, uczestnictwa, struktury i funkcji ciała, testy wydolnościowe,  - omówienie strategii terapii w FKO najczęstsze problemy,  - zasady współpracy w zespole: lekarz kardiolog, pulmonolog, psycholog,  - znaczenie współpracy pacjenta, trening w domu. Fizjoterapia oddechowajest integralną częścią leczenia, usprawniania i opieki nad pacjentami z dysfunkcjami układu oddechowego. Poprzez szeroki zakres działań, fizjoterapeuci wyspecjalizowani w zakresie fizjoterapii oddechowej są w stanie wspomagać leczenie pacjentów w różnym wieku i z różnymi schorzeniami, od pacjentów w stanie krytycznym, ostrym czy też w przewlekłym w szpitalach, przychodniach, długoterminowej opiece domowej i innych ośrodkach rehabilitacji. Skuteczna fizjoterapia oddechowa, pozwalająca w perspektywie długofalowej poprawiać jakość życia chorych i skracać czas hospitalizacji, związanych z zaostrzeniem niewydolności oddechowej w przebiegu różnych schorzeń wymaga prowadzenie właściwej edukacji fizjoterapeutów, realizowanej w ramach kształcenia podyplomowego. Odpowiednio zaprojektowane szkolenia obejmujące zagadnienia zarówno z zakresu oceny i badania chorego z dysfunkcją układu oddechowego jak i stosowanych narzędzi terapeutycznych pozwolą na dynamiczny rozwój fizjoterapii oddechowej w Polsce. Wydaje się to być niezwykle istotne w obliczu obecnej epidemii SARS-Cov-2 i długofalowych jej następstw.  IV. Fizjoterapii pediatrycznej (FP):  - badanie pacjenta - elementy składowe i testy  - prawidłowy rozwój dziecka  - rodzaje niepełnosprawności występujące u dzieci i ich charakterystyka  - metody i koncepcje fizjoterapeutycznej stosowane w pediatrii i w pediatrii neurologicznej  - problemy w zarządzaniu ciężarem ciała  - kontrola postawy, liniowość stawów i ich wpływ na napięcie mięśniowe  - analiza chodu - zastosowanie i możliwości wykorzystania wyników  - dobór strategii terapeutycznych na podstawie analizy pacjenta na podstawie filmów lub konsultacji online - szczególnie istotne w dobie kwarantanny spowodowanej zagrożeniem epidemicznym.  Główne obszary szkoleń, będą się odwoływały w szczególności do przepisów:   1. ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty; 2. ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Strukturę dokumentacji medycznej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; 3. ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia; 4. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health; (ICF); 5. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej.   Zakłada się, iż, zakres szkoleń może być aktualizowany i rozszerzany w zależności od bieżących potrzeb.  **Główne zadania w projekcie:**  **Zadanie 1: Zbudowanie narzędzia do rekrutacji uczestników w 11-12.2020 -  I kwartał 2020 – *zostanie wykonane siłami własnymi KIF***  Rekrutacja będzie prowadzona w oparciu o ogólnie dostępny regulamin, który zostanie uchwalony przez zespół zarządzający projektem i opublikowany na stronach WWW oraz w biurze projektu.  Zgłoszenia będą przyjmowane drogą on-line za pośrednictwem istniejącego już Portalu Fizjoterapeuty, przy którym zostanie zbudowana na potrzeby projektu narzędzie usprawniające proces rekrutacji.  Narzędzie to pozwoli na automatyczne rejestrowanie Uczestników oraz weryfikowanie kryteriów uczestnictwa bez względu na porę dnia i nocy.  Zgłoszenia nie będą weryfikowane przez pracownika Biura Projektu KIF, dzięki czemu zostanie automatycznie przyspieszona rekrutacja.  **Zadanie 2: Szkolenie w zakresie 5 modułów, z czego każdy z uczestników/czek zostanie objęty modułem dotyczącym szkolenia z nowoczesnej metody prowadzenia terapii, jaką jest ICF i dokumentowania prowadzonej terapii, co wymusza na fizjoterapeutach wejście w życie Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Kolejne 4 moduły będą do wyboru przez uczestników, (uczestnik/ka może wybrać 1 z 4 modułów) i będą one obejmowały 4 podstawowe dziedziny fizjoterapii:**  **- fizjoterapii ortopedycznej,**  **- fizjoterapii neurologicznej,**  **- fizjoterapii kardiologiczno-oddechowej,**  **- fizjoterapii pediatrycznej.**  Szkolenia przeznaczone dla gr. docelowej - 2000 osób (1500 K/500 M) z obszaru całego kraju, składające się z dwóch części: pierwsza część obejmuje szkolenie w ramach modułu obligatoryjnego (3 dni szkoleniowe), druga część obejmuje szkolenie w ramach modułu specjalistycznego (do wyboru 1 moduł z 4 dostępnych modułów) – 3 dni szkoleniowe  Określenie dla każdego z Modułów 3-dniowego terminu trwania szkolenia podyktowane jest tym, że szkolenie obejmuje oprócz części teoretycznej (ok. 8-10 godzin) również część praktyczną (ok. 16-20 godzin). Ostatni dzień szkolenia, w każdym z modułów dodatkowo obejmuje przeprowadzenie egzaminu, zdawanego w formie testu oraz egz. praktycznego przez komisją.  Planuje się, że min. 90% (1350K i 450 M) Uczestników (U) ukończy szkolenie (szk.) z wynikiem pozytywnym.  Zakres rzeczowy proj. obejmuje przeprowadzenie szk. w zakresie 5 modułów, z czego każdy z U zostanie objęty modułem dotyczącym szkolenia z badania funkcjonalnego pacjenta oraz dokumentowania prowadzonej terapii w oparciu o metodę ICF. Kolejne 4 moduły będą do wyboru przez U (U może wybrać 1 z 4 modułów):  - fiz. ortopedycznej (30% U, 24 gr. szkol.)  - fiz. neurologicznej (30% U, 24 gr.)  - fiz. kardiologiczno-oddechowej (20% U, 16 gr.)  - fiz. pediatrycznej (20% U, 16 gr) .  U będzie uczestniczył w dwóch modułach. Każdy z modułów obej. przeprowadzenie egzaminu, zdawanego w formie testu oraz egz. praktycznego przez komisją.  Wynik pozytywny egzaminu oznacza zdobycie min.60% pkt. Warunkiem przystąpienia do egzaminu jest obecność na min. 90% zajęć.  Wydawane Certyfikaty będą rozpoznawalne na terenie kraju. Krajowa Izba Fizjoterapeutów jako właściciel Portalu Znajdź Fizjoterapeutę (<https://kif.info.pl/rejestr/>), dokona modyfikacji produktu, tak by otrzymany certyfikat, potwierdzający ukończenie szkolenia był widoczny przy danych fizjoterapeuty.  Szk. prowadzone przez 2 osoby: wykładowcę oraz wykładowcę wspomagającego, niezbędne z uwagi na praktyczny charakter szk. związany z pracą w oparciu o metodę ICF.  Planowany termin rozpoczęcia szk. to I kw. 2021r. – zakończenia szk. IV kw. 2022r.  Za rekrutację odpowiedzialny jest KIF.  Sposób rekrutacji: będzie prowadzona w oparciu o ogólnie dostępny regulamin, który zostanie uchwalony przez zespół zarządzający projektem i opublikowany na stronach WWW oraz w biurze projektu. w skład Komisji rekrutacyjnej wejdzie m. in Członek Prezydium KIF odpowiedzialny za kształcenie oraz specjalista/ka ds. rekrutacji. Nad rekrutacją czuwać będzie kierownik/czka projektu. O sposobie rekrutacji potencjalni kandydaci zostaną poinformowani przez niestereotypowe ulotki, plakaty oraz informacje na stronach internetowych (np. stronie KIF, forach odwiedzanych przez grupę docelową), w których będziemy unikać portretowania prac dla kobiet i mężczyzn, obecnie postrzeganych tylko dla jednej z płci (obecnie ok. 75% zarejestrowanych fizjoterapeutów stanowią kobiety, a 25% mężczyźni. Wpływa to na postrzeganie zawodu przez pryzmat jednej płci.)  Kadra zarządzającą weźmie bezpośredni udział w promowaniu projektu oraz przeprowadzanej rekrutacji.  Zgłoszenia będą przyjmowane drogą on-line za pośrednictwem istniejącego już Portalu Fizjoterapeuty. Warunkiem przystąpienia osoby do proj. będzie wypełnienie Formularza Rekrutacyjnego dostępnego na Portalu Fizjoterapeuty, według podanego wzoru. Określone zostaną kryteria rekrutacji i selekcji uczestników/czek (UP) projektu (formalne, wspomagające).  Nabór będzie prowadzony w trybie ciągłym, aż do wyczerpania liczby miejsc (średnio 25 osób na jedno szkolenie) i utworzeniu listy rezerwowej stanowiącej min. 15% liczby miejsc na szkolenia. o przyjęciu na szkolenie będzie decydowało spełnienie warunków rekrutacji i selekcji oraz data złożenia aplikacji.  Podczas procesu rekrutacji będzie przyjęta zasada równości szans kobiet i mężczyzn oraz nie będzie żadnych barier mających charakter dyskryminacji, niezależnie od rasy, stopnia niepełnosprawności czy wyznania.  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania:*   1. Liczba przedstawicieli innych zawodówistotnych z punktu widzeniafunkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS zostali objęciwsparciem w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno- demograficznymi – 2000, 2. Liczba przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje zawodowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi – 1800   Grupa docelowa:  **Bezpośrednia:**  Działania realizowane w ramach projektu skierowane będą do:  **Fizjoterapeutów/fizjoterapeutek tj. zgodnie z Ustawą o zawodzie fizjoterapeuty osoby posiadające prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty nadane przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów.**  W ramach realizacji projektu KIF odpowiedzialny będzie bezpośrednio za:   1. obszar merytoryczny w tym: wyłonienie zespołów szkoleniowych, przygotowanie materiałów szkoleniowych, przygotowanie i weryfikacja testów sprawdzających poziom wiedzy, 2. obszar dot. organizacji szkoleń dla Uczestników (min. terminy, sale z wyposażeniem audiowizualnym, catering), 3. obszar dot. koordynacji w tym: przygotowanie i realizację harmonogramu projektu oraz szkoleń i rekrutacji, nadzór nad umowami realizowanymi przez wykonawców zewnętrznych, działania informacyjno – promocyjne, współpraca z innymi jednostkami administracji publicznej wspierającymi proces realizacji projektu, 4. obszar dot. rekrutacji w tym: przygotowanie narzędzia niezbędnego do przeprowadzenia skutecznego procesu rekrutacji, prowadzenie rekrutacji, rozliczanie udziału uczestników w szkoleniu, 5. obszar rozliczeń i sprawozdawczości w tym: bieżące uzupełnianie danych w systemie SL2014, przygotowanie wniosków o płatność, stały monitoring realizacji projektu w tym jego wskaźników, przygotowywanie i rozliczanie wniosków delegacyjnych, rozliczanie umów z Wykonawcami zewnętrznymi, zbieranie i weryfikacja dokumentów projektowych (listy obecności, sprawozdania, dokumentacja fotograficzna, oświadczenia, ankiety ewaluacyjne).   Po stronie Wykonawców zewnętrznych pozostanie:   1. Zapewnienie cateringu dla uczestników szkoleń. 2. Zapewnienie sal z wyposażeniem audiowizualnym, obsługi technicznej i obsługi recepcji dla szkoleń. 3. Techniczne przygotowanie materiałów szkoleniowych (druk materiałów szkoleniowych przygotowanych przez KIF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot zgłaszający projekt[[54]](#footnote-54) | | | | | Minister właściwy ds. zdrowia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot, który będzie wnioskodawcą | | | | | Krajowa Izba Fizjoterapeutów | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą[[55]](#footnote-55) | | | | | Krajowa Izba Fizjoterapeutów (KIF) jest samorządem zawodowym, zrzeszającym wszystkich polskich fizjoterapeutów z prawem wykonywania zawodu. Umocowanie KIF do kształcenia fizjoterapeutów wynika z art. 62 ust. 1 pkt 3 oraz art. 62 ust. 2 pkt 8 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty:  art. 62 ust. 1 pkt 3 - Do zadań samorządu należy w szczególności: 3) działanie na rzecz stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez fizjoterapeutów;   * art. 62 ust. 2 pkt 8 - Samorząd wykonuje swoje zadania w szczególności przez: prowadzenie działalności edukacyjnej, naukowej lub badawczej.   Aby uzyskać Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty należy spełnić kryteria formalne określane w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2019 r. poz. 952, z późn. zm.). Głównymi zadaniami KIF jest reprezentowanie osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Wnioskodawca posiada duże merytoryczne doświadczenie w realizacji projektów związanych z działalnością informacyjną w ochronie zdrowia (w tym współfinansowanych z funduszy UE), dodatkowo jako samorząd zawodowy posiada stabilność instytucjonalną. KIF, jako podmiot reprezentujący fizjoterapeutów posiada odpowiednie zaplecze merytoryczne do przygotowania oraz przeprowadzenia szkoleń związanych z tematyką obejmującą zagadnienia z zakresu badania fizjoterapeutycznego i dokumentacji medycznej w oparciu o ICF.  Warto także podkreślić, że w ramach dotychczasowych statutowych prac przeprowadziło liczne szkolenia, m.in.:  - szkolenia dla fizjoterapeutów badanie i dokumentacja medyczna w fizjoterapii;  - szkolenia dla fizjoterapeutów w zakresie oceny funkcjonalnej i prowadzenia dokumentacji medycznej dla pacjentów w wieku rozwojowym (0-7 lat)  - szkolenia dla fizjoterapeutów ubiegających się o funkcję Biegłego Sądowego.  Powyższe kwestie czynią KIF jedynym właściwym podmiotem pod względem zarówno formalno-prawnym, jak i merytorycznym do realizacji przedmiotowego projektu. Dodatkowo, w ramach POWER 2014-2020 KIF realizuje do końca 2020 r. projekt pn. Podniesienie kompetencji zawodowych fizjoterapeutów zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia (<https://kif.info.pl/szkolenia-fizjoterapeutyczne-projekt-wspolfinansowany-przez-unie-europejska/>).  Struktura organizacyjna KIF jest dostosowana do sprawnego wdrożenia Projektu. w KIF zdefiniowany zostanie skład zespołu zarządzania Projektem oraz zakres odpowiedzialności poszczególnych członków zespołu projektowego. Role w ramach realizacji Projektu zostaną dostosowane do bieżących potrzeb związanych z realizacją Projektu. KIF dysponuje odpowiednim potencjałem kadrowym potrafiącym właściwie zarządzać realizacją Projektu.  Jednocześnie, warto wskazać, iż część z działań, które planowane są do realizacji w ramach niniejszego Projektu, KIF z sukcesem przetestował w ramach szkoleń sfinansowanych ze środków własnych. Potwierdza to, iż KIF posiada niezbędną wiedzę merytoryczną, a także odpowiednie zaplecze kadrowe potrzebne do efektywnego wykonania Projektu. w ocenie KIF prowadzenie działań edukacyjno – informacyjnych na szeroką skalę jest niezbędne w celu podniesienia i wyrównania poziomu kompetencji fizjoterapeutów, co bezpośrednio przełoży się na podniesienie jakości świadczonych usług medycznych.  Podsumowując, wszystkie ww. doświadczenia, które są unikalne w skali kraju pozwalają na stwierdzenie, iż właściwą instytucją do realizacji projektu informacyjno-edukacyjnego jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie? | | | | | **TAK** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **NIE** | | | | | | | | | | | | **X** | | | | | | |
| Podmioty, które będą partnerami w projekcie i uzasadnienie ich wyboru[[56]](#footnote-56) | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie projektem grantowym? | | | | | **TAK** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **NIE** | | | | | | | | | | | | **X** | | | | | | |
| Przewidywany termin  złożenia wniosku  o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok) | | | | | IV kwartał 2020 r. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przewidywany okres realizacji projektu | | | | | Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok) | | | | | | | | | | | 11.2020 | | | | | | | | | | | | | | | Data zakończenia (miesiąc oraz rok) | | | | | | | | | | | | 10.2022 | | | | | | |
| **SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| w roku 2020 | | | | | w roku 2021 | | | | | | | w roku 2022 | | | | | | | | | | | | | | w roku 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | ogółem | | | | | | |
| 90 000 | | | | | 2 275 000 | | | | | | | 2 185 000 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4.550 000 zł[[57]](#footnote-57) | | | | | | |
| Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | | | | | 136 500 (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | X | | | | | | | | |
| Szacowany wkład UE (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 829 735 (84,17%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ i OGÓŁEM)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Wartość docelowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W podziale na:[[58]](#footnote-58) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ogółem w projekcie | | | | | | | | |
| Kobiety | | | | | | | | | | | | | Mężczyzn | | | | | | | |
| 1. Liczba przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje zawodowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1350 | | | | | | | | | | | | | 450 | | | | | | | | 1800 | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Wartość docelowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W podziale na:[[59]](#footnote-59) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ogółem w projekcie | | | | | | | | |
| Kobiety | | | | | | | | | | | | | Mężczyzn | | | | | | | |
| 1. Liczba przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS zostali objęci wsparciem w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno- demograficznymi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1500 | | | | | | | | | | | | | 500 | | | | | | | | 2000 | | | | | | | | |
| **SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| … | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER** | | | | | | | | | | | | | | | | | Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tytuł lub zakres projektu[[60]](#footnote-60) | | | | **Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych[[61]](#footnote-61)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie realizacji projektu  w trybie pozakonkursowym[[62]](#footnote-62) | | | | Zakres rzeczowy projektu obejmuje szkolenia dotyczące ochrony praw pacjenta, w tym ich przestrzegania w podmiotach leczniczych oraz szkolenia pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Realizacja szkoleń bezpośrednio wpłynie na poprawę zarządzania w podmiotach leczniczych oraz poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Prawidłowe wykonywanie przez podmioty lecznicze obowiązków wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest niezbędne dla zachowania podstawowej wartości jaką jest szeroko rozumiane bezpieczeństwo pacjenta. Stopień przestrzegania praw pacjentów to również wysoko wykwalifikowane kadry organu odpowiedzialnego za ochronę praw pacjentów tj. Rzecznika Praw Pacjenta. W związku z powyższym istotne jest kompleksowe podejście do podniesienia jakości świadczonych usług zdrowotnych w zakresie przestrzegania prawa pacjentów z uwzględnieniem podniesienia kompetencji kadr Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Prawa pacjenta wpisują się w realizację konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, zawartego w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a ich celem jest zapewnienie pacjentowi maksymalnego bezpieczeństwa i komfortu w procesie leczenia. Tym samym projekt obejmuje bardzo ważny obszar zadań publicznych jakim jest ochrona praw pacjentów. Pacjenci jako osoby korzystające z systemu ochrony zdrowia bez względu na to czy z publicznego czy z niepublicznego (komercyjnego) w Polsce są objęci ochroną swoich praw, co więcej wielu uczestników życia publicznego wyróżnia również prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jako gwarancje ochrony zdrowia niezależną od uzyskiwanych dochodów. Wśród głównych praw pacjentów można wyróżnić:   * prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych prawo pacjenta do informacji oraz prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych * prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności pacjenta do dokumentacji medycznej * prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego * prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych * prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych * prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej   Ochrona powyższych praw stanowi podstawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w kontakcie z pacjentem. Ich przestrzeganie wobec każdego pacjenta bez względu na płeć, wiek, orientację seksualną, pochodzenie, wyznanie religie oraz status społeczny jest podstawowym zadaniem państwa. Stopień przestrzegania praw pacjenta w sposób bezpośredni i pozytywnie wpływa na skuteczność terapii, komfort pacjentów jak i ocenę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w przestrzeni publicznej. Organem władzy publicznej stojącej na straży ich ochrony jest Rzecznik Praw Pacjenta, który zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest organem właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów. Tym samym, należy podkreślić, że Rzecznik Praw Pacjenta jest jedynym właściwym organem, posiadającym delegację ustawową do podejmowania działań w zakresie ochrony praw pacjenta. Mając powyższe na uwadze, projekt w sposób jednoznaczny spełnia wszystkie przesłanki określone w art. 38 Ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 do realizacji w trybie pozakonkursowym. Przedmiot projektu obejmuje realizację zadań publicznych jakimi są działania na rzecz ochrony prawa pacjentów, zaś wnioskodawcą jest jedyny organ właściwy do realizacji tego zadania jakim jest Rzecznik Praw Pacjenta, posiadający w przedmiotowym zakresie unikalny charakter.  Dodatkowo w związku z wprowadzonym w Polsce w dniu 20.03.2020 roku stanem epidemii wynikającym z dużego zagrożenia zarażenia się koronawirsusem SARS – CoV – 2 oraz wynikającą z tego zagrożenia liczbą osób objętych opieką zdrowotną pomoc pacjentom i ochrona ich praw może być kluczowa w najbliższych kilku latach. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany | | | | Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Priorytet inwestycyjny | | | | 9IV Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu | | | | 1. Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne. 2. Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cel główny projektu | | | | Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia oraz podniesienie poziomu umiejętności i kwalifikacji pracowników systemu ochrony zdrowia z obszaru całego kraju w zakresie praw pacjenta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych | | | | Zadanie 1. Szkolenia w zakresie ochrony praw pacjenta. Szkolenia swoją tematyką będą obejmowały trzy główne obszary tematyczne takie jak: prawa pacjentów, komunikacja z pacjentem, procedury i standardy przestrzegania praw pacjentów w podmiotach leczniczych (przygotowanie, wdrożenie i kontrola).  1.1. Szkolenia w obszarze praw pacjenta będą w sposób przekrojowy obejmowały zagadnienie praw pacjenta tj. podstawy prawne ochrony praw pacjenta w podmiotach leczniczych, omówienie poszczególnych praw pacjenta, najczęstsze uchybienia w przestrzeganiu praw pacjenta i ich konsekwencje dla świadczeniodawcy, rola i zadania Rzecznika Praw Pacjenta. Ponadto to podzadanie obejmuje opracowanie interaktywnych treści o prawach pacjenta, które zostaną zamieszczone w witrynie internetowej RPP, a także opracowanie i wydanie broszury o prawach pacjenta – prawo do informacji.  1.2. Drugie podzadanie obejmuje szkolenia z zakresu dobrej komunikacji. Dobra komunikacja na linii pracownik podmiotu leczniczego (pracownicy rejestracji, osoby wykonujące zawód medyczny) – pacjent przełoży się na lepsze zrozumienie przez pacjenta zaleceń, opisu jednostki chorobowej. w wielu badaniach naukowych zostało potwierdzone, że skuteczność leczenia zależy w dużej mierze od tego, jak przebiega kontakt z chorymi. Ta część zostanie wzbogacona o opracowanie poradnika dobrej komunikacji zawodów medycznych z pacjentem, który byłby przygotowany przez grono ekspertów oraz praktyków. w poradniku zostaną min. pogłębione treści przekazywania informacji językiem dostosowanym do kompetencji zdrowotnych pacjenta, dobre praktyki komunikacji. Poradnik będzie dostosowany do wszystkich jego odbiorców, w tym osób z niepełnosprawnościami, w tym zakresie poradnik będzie komplementarny i będzie wykorzystywał produkty wypracowane w ramach projektu Dostępność plus dla zdrowia. Poradnik będzie również dostępny w wersji elektronicznej, która także będzie uwzględniała potrzeby odbiorców, zawierającej animowane lub w formie, krótkich filmów przykłady pozytywnych i pożądanych zachowań.  1.3. Zadanie obejmujące szkolenia z procedur i standardów przestrzegania praw pacjentów w podmiotach leczniczych będzie uwzględniało następujące etapy realizacji:   * analiza szczegółowych potrzeb szkoleniowych tj. powołanie zespołu eksperckiego (składającego się z min z przedstawicieli organizacji pacjenckich) który opracuje narzędzie „checklist” dotyczące przestrzegania praw pacjenta w podmiotach leczniczych oraz raport zawierający wyniki badań i analiz * opracowanie poradników/ procedur stanowiskowych dla pracowników i publikacja * przeprowadzenie szkoleń (również z używania opracowanego narzędzia) dla pracowników podmiotów leczniczych oraz przygotowanie wniosków z fazy szkoleniowej. Szkolenie będzie miało charakter praktyczny. W ramach tego szkolenia opracowane narzędzie będzie obejmowało rekomendowane przez Rzecznika Praw Pacjenta procedury jakie każdy podmiot leczniczy powinien posiadać w celu ochrony praw pacjenta. Procedury zostaną opisane w podręczniku dla pracowników podmiotów leczniczych i organów prowadzących z zakresu praw pacjentów, który będzie dostępny również w wersji elektronicznej wraz z opisaniem dobrych praktyk. W podręczniku znajdą się ponadto „checklisty” pozwalające na samokontrolę podmiotów leczniczych w zakresie przestrzegania praw pacjenta. Tym samym każdy podmiot leczniczy, który będzie objęty projektem nabędzie kompetencje do przeprowadzenia samokontroli w zakresie przestrzegania przepisów z zakresu ochrony praw pacjenta. Narzędzie będzie doskonałą pomocą dla kadr zarządzających do przeciwdziałania wystąpienia sytuacji niepożądanych w tym zakresie oraz do podniesienia jakości udzielanych świadczeń leczniczych. Realizacja szkolenia będzie istotna dla poprawy rozwiązań organizacyjnych z podmiotach leczniczych w zakresie ochrony praw pacjenta.   Reasumując zakres planowanych do realizacji szkoleń uwzględnia najczęstsze problemy w obszarze ochrony praw pacjenta z perspektywy organizacyjnej, a będące bardzo uciążliwe dla pacjentów, rzutujące na jakość świadczonych usług oraz sposób postrzegania służby zdrowia. w szkoleniach zostanie uwzględniona perspektywa pacjentów.  Zastosowane narzędzia będą praktyczną pomocą dla kadr zarządzających do przeciwdziałania wystąpienia sytuacji niepożądanych w powyższym zakresie.  Grupę docelową stanowią:   * pracownicy podmiotów leczniczych, w tym kadra zarządzająca, pracownicy rejestracji oraz osoby wykonujące zawód medyczny * pracownicy organów założycielskich dla podmiotów leczniczych * pracownicy jednostek samorządu terytorialnego * pracownicy sektora ochrony zdrowia   Planowany okres realizacji zadania IV kwartał 2020 roku – IV kwartał 2022 roku  Szacunkowo zadanie skonsumuje 74% kosztów bezpośrednich budżetu projektu – zostanie wykonane przez Lidera  Zadanie 2. Szkolenia pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta  Dbanie o jakość świadczonych usług zdrowotnych oraz przestrzeganie praw pacjentów w kontekście nowych wyzwań z jakimi mierzą się w swej pracy pracownicy BRP wymaga stałego podnoszenia swoich kwalifikacji. Szeroki zakres spraw jakimi zajmuje się personel wnioskodawcy wymaga specjalistycznych szkoleń przeznaczonych dla poszczególnych grup pracowników. do głównych obszarów tematycznych należą:   * szkolenia dla rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego w zakresie poszerzania wiedzy specjalistycznej z zakresu prawa i medycyny, szczególnie ochrony zdrowia psychicznego. Postulat taki zgłaszają sami Rzecznicy, jak również konsultanci krajowi i wojewódzcy wskazując, że optymalne wykonywanie zadań Rzeczników wymaga stałej aktualizacji wiedzy na temat chorób i zaburzeń psychicznych. * szkolenia podnoszące kwalifikacje pracowników BRPP między innymi w zakresie analizy danych, komunikacji, obsługi trudnego klienta, * szkolenia dla pracowników ogólnopolskiej infolinii RPP * szkolenie trenerów wewnętrznych BRPP w ramach których zdobędą wiedzę dotyczącą zasad przeprowadzenia szkoleń (w oparciu o cykl Kolba), pogłębią umiejętności badania potrzeb szkoleniowych oraz opanują umiejętności projektowania szkoleń (min. tworzenia programu, scenariusza szkolenia). w ramach praktycznego warsztatu pracownicy powinni poznać specyfiki i techniki prowadzenia szkoleń w obszarze ochrony zdrowia, nabyć umiejętności dobierania adekwatnych metod szkoleniowych oraz poznać sposoby udzielania informacji zwrotnych i dostosowania języka do odbiorców. Ponadto, w ramach szkolenia uczestnicy powinni wypracować jednolite standardy materiałów trenerskich ułatwiających pracę zespołu trenerów w BRPP.   Wskaźniki/produkty zadania: Liczba osób objętych wsparciem w projekcie - 130  Grupa docelowa: pracownicy (w tym osoby na umowę cywilnoprawną) Biura Rzecznika Praw Pacjenta  Planowany okres realizacji zadania IV kwartał 2020 roku – IV kwartał 2022 roku  Szacunkowo zadanie skonsumuje 9,00% kosztów bezpośrednich budżetu projektu – zostanie wykonane przez Lidera  Zadanie 3. Platforma e-learningowa wspomagająca realizację zadań 1 i 2.  Zadanie obejmuje zakup i opracowanie treści do realizacji szkoleń w formule e-learningowej w celu umożliwienia realizacji elementu samokształcenia uczestników projektu (dla każdego szkolenia w zadaniu pierwszym oraz szkoleń ogólnych skierowanych do wszystkich w zadaniu 2), aktualizacji wiedzy pracowników podmiotów leczniczych poprzez dodawanie nowych treści, aktualizację wiedzy pracowników BRPP. Platforma umożliwi realizację indywidualnych konsultacji z trenerami (we wszystkich realizowanych szkoleniach w projekcie), co ma bardzo istotne znaczenie w przypadku modułu dotyczącego wprowadzenia procedur zapewniających przestrzeganie praw pacjentów w podmiotach leczniczych. Platforma będzie wykorzystywana zarówno w okresie realizacji projektu jak i w okresie trwałości projektu. W okresie trwałości będzie wykorzystywana do realizacji szkoleń zarówno dla pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta jak i pracowników podmiotów leczniczych, pracowników sektora ochrony zdrowia, pracownicy organów założycielskich dla podmiotów leczniczych, pracowników JST oraz pracowników dysponentów środków publicznych dedykowanych ochronie zdrowia. Zamieszczone na platformie materiały szkoleniowe będą aktualizowane w okresie trwałości projektu, tak aby zawierały aktualne treści. Pozwoli to na długoterminowe utrzymanie osiągniętych w wyniku realizacji projektu efektów. Warto podkreślić, że Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego znajdują się we wszystkich województwach, a za pośrednictwem platformy będą mogli aktualizować swoją wiedzę bez konieczności częstych podróży do Warszawy. Rzecznik Praw Pacjentów choć posiada swoich przedstawicieli w każdym województwie to nie posiada w strukturze biur regionalnych.  Wskaźniki/produkty zadania: Liczba podmiotów leczniczych, którym udostępniono szkolenia w formie e-learningu - 400  Grupa docelowa:   * pracownicy podmiotów leczniczych, w tym kadra zarządzająca, pracownicy rejestracji oraz osoby wykonujące zawód medyczny * pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta * pracownicy organów założycielskich dla podmiotów leczniczych * pracownicy jednostek samorządu terytorialnego * pracownicy sektora ochrony zdrowia   Planowany okres realizacji zadania IV kwartał 2020 roku – i kwartał 2021 roku  Szacunkowo zadanie skonsumuje 17% kosztów bezpośrednich budżetu projektu – zostanie wykonane przez Lidera | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot zgłaszający projekt[[63]](#footnote-63) | | | | Minister właściwy ds. zdrowia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot, który będzie wnioskodawcą | | | | Rzecznik Praw Pacjenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą[[64]](#footnote-64) | | | | Rzecznik Praw Pacjenta jest organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów. Swoje zadania wykonuje na podstawie oraz w zakresie określonym przez Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Tym samym realizuje określone zadania publiczne. Działanie organu ma unikatowy i wyłączny charakter na obszarze całego kraju. Projekt wpisuje się w realizację zadań publicznych jakimi są zarówno ochrona zdrowia jak i przestrzeganie praw pacjentów. Prawa pacjenta wpisują się w realizację konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, zawartego w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a ich celem jest zapewnienie pacjentowi maksymalnego bezpieczeństwa i komfortu w procesie leczenia. Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 19 kwietnia 2016 r. przyjął następującą wykładnię: „Pierwszeństwo ma prawo podmiotowe pacjenta do ochrony zdrowia, zaliczane do praw podstawowych”. Wyłączny charakter realizowanych zadań jest uzasadniony również poprzez niezwykle wrażliwy obszar jakim są prawa pacjenta. Pacjenci to często osoby schorowane, które całą swoją aktywność życiową koncentrują na powrocie do zdrowia. Statystycznie, najczęściej są to seniorzy lub dzieci. Warto zauważyć, iż prawa te przysługują każdemu bez względu na status materialny.  Niezwykle istotną rolę pełni Rzecznik Praw Pacjenta w kontekście ochrony praw pacjentów szpitali psychiatrycznych. w skali kraju, w 197 szpitalach funkcjonują Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, do których w 2018 roku rozpatrywali 10315 spraw. Poza sprawami indywidualnymi wnioskodawca wydał w 2018 roku 21 decyzji dotyczących zbiorowych naruszeń praw pacjentów.  Warto podkreślić, że działalność RPP jest skuteczna i niezwykle merytoryczna co między innymi potwierdza fakt, że żadna z zaskarżonych do sądu administracyjnego decyzji wydanych w 2018 r. o uznaniu stosowania praktyk za naruszające zbiorowe prawa pacjentów nie została w tym trybie zakwestionowana.  W tym zakresie wnioskodawca nie posiada „konkurencji” w innych podmiotach albowiem posiada wyłączną delegację ustawową do wykonywania swoich zadań. Dodatkowo Rzecznik Praw Pacjenta posiada bogate, dziesięcioletnie doświadczenie w rozwiązywaniu problemów pacjentów związanych z egzekwowaniem należnych im praw. Potencjał wnioskodawcy do realizacji projektu stanowi Biuro Rzecznika Praw Pacjenta przy pomocy którego organ wykonuje swoje zadanie. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta mieści się w Warszawie oraz zatrudnia ponad 130 osób. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie? | | | | **TAK** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **NIE** | | | | | | | | | | | | **X** | | | | | | | |
| Podmioty, które będą partnerami  w projekcie  i uzasadnienie ich wyboru[[65]](#footnote-65) | | | | Nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie projektem grantowym? | | | | **TAK** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **NIE** | | | | | | | | | | | | **X** | | | | | | | |
| Przewidywany termin  złożenia wniosku  o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok) | | | | IV kwartał 2020 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przewidywany okres realizacji projektu | | | | Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok) | | | | | | | | | | | 15.10.2020 | | | | | | | | | | | | | | | Data zakończenia (miesiąc oraz rok) | | | | | | | | | | | | 31.12.2022 | | | | | | | |
| **SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| w roku 2020 | | | | w roku 2021 | | | | | | | w roku 2022 | | | | | | | | | | | | | | w roku 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | ogółem | | | | | | | |
| 644 000,00 | | | | 3 047 500,00 | | | | | | | 1 150 000,00 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 841 500,00 zł[[66]](#footnote-66) | | | | | | | |
| Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | | | | 242 075 (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NIE | | | | |  | | | | | | | | | |
| Szacowany wkład UE (PLN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 075 090,55 (84,17%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ i OGÓŁEM)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Wartość docelowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W podziale na:[[67]](#footnote-67) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ogółem w projekcie | | | | | | | | | |
| Kobiety | | | | | | | | | | | | | | Mężczyzn | | | | | | |
| 1. Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 518 | | | | | | | | | | | | | | 222 | | | | | | | 740 | | | | | | | | | |
| 2. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą , które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | 42 | | | | | | | | | |
| 3. Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | 298 | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Wartość docelowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W podziale na:[[68]](#footnote-68) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ogółem w projekcie | | | | | | | | | |
| Kobiety | | | | | | | | | | | | | | Mężczyzn | | | | | | |
| 1. Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 609 | | | | | | | | | | | | | | 261 | | | | | | | 870 | | | | | | | | | |
| 1. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | 50 | | | | | | | | | |
| 1. Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które zostały objęte działaniami projakościowymi w ramach programu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | 350 | | | | | | | | | |
| **SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER** | | | | **5.2. Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych** | | | | | | | |
| **FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO** | | | | | | | | | | | |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE o PROJEKCIE** | | | | | | | | | | | |
| Tytuł lub zakres projektu[[69]](#footnote-69) | **Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży[[70]](#footnote-70)** | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie realizacji projektu  w trybie pozakonkursowym[[71]](#footnote-71) | W Polsce żyje blisko 7 mln dzieci i młodzieży poniżej 18 r.ż. (dane GUS 2018). Statystyki światowe szacują, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w tej grupie wiekowej może dotyczyć od około 10 do nawet 20% populacji (dane WHO). Oznacza to, że system ochrony zdrowia psychicznego powinien być w stanie objąć opieką od 690 tyś do 1 mln 300 tyś osób poniżej 18 roku życia.  Zaburzenia psychiczne pojawiające się w dzieciństwie i adolescencji są wynikiem wielu czynników biologicznych i środowiskowych, mają związek z warunkami społecznymi i ekonomicznymi, relacjami w rodzinie, szkole oraz grupach rówieśniczych, stresem i narażeniem na kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się narastanie częstości zaburzeń zależnych lub częściowo zależnych od uwarunkowań cywilizacyjnych i kulturowych (np. zaburzenia depresyjne, próby samobójcze, samookaleczenia, zaburzenia odżywiania, uzależnienia, zaburzenia związane ze stresem). Zmianie ulega także obraz kliniczny zaburzeń - coraz częściej dominującymi objawami stają się zachowania agresywne i autoagresywne. Szczególnie poważnym problemem są tzw. próby samobójcze. Samobójstwa stanowią drugą po wypadkach komunikacyjnych przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży w Polsce. Śmierć w wyniku samobójstwa stanowi przyczynę 23% wszystkich zgonów w grupie wiekowej 1-19 lat (przyczyna śmierci 26% chłopców i 16% dziewcząt).  Stres związany z epidemią wirusa SARS-CoV-2, narzucanymi obostrzeniami oraz zmianami społecznymi, które zaszły w wyniku epidemii, pogłębił potrzebę zagwarantowania właściwej opieki dzieciom i młodzieży. Należy się spodziewać, że obecna sytuacja może przyczynić się do wzrostu występowania zaburzeń psychicznych w kolejnych latach. Dlatego niezwykle ważne jest zagwarantowanie dostępu do właściwej opieki specjalistycznej pozwalającej na ograniczenie jej negatywnego wpływu na rozwój psychospołeczny dzieci i młodzieży.  Wzrost częstości występowania problemów psychicznych pociąga za sobą narastającą potrzebę organizowania i rozwoju profesjonalnej pomocy na różnych poziomach opieki (nie tylko ambulatoryjnej lub szpitalnej opieki psychiatrycznej, ale także na poziomie systemu rodzinnego, systemu edukacji, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych, ośrodków pomocy społecznej, świetlic środowiskowych, ośrodków interwencji kryzysowej, rodzinnych ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych, centrów integracji społecznej, ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, itp.).  Zagwarantowanie właściwej pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi pozwala na ograniczenie negatywnego wpływu doświadczanych zaburzeń na proces socjalizacji do ról społecznych i poprawia szanse na rynku pracy w dorosłym życiu. z tego powodu zapewnienie właściwej opieki tej grupie pacjentów jest nie tylko wynikającym z konstytucji obowiązkiem władz publicznych, ale także warunkiem społecznego i gospodarczego rozwoju państwa w przyszłości.  Funkcjonujący obecnie system opieki psychiatrycznej dla osób w wieku rozwojowym znajduje się w pogłębiającym się kryzysie i nie gwarantuje dostępu do właściwej opieki wszystkim dzieciom na terenie kraju. z tego powodu Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na rozpoczęcie reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wprowadzanej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia z dnia 19 czerwca 2019 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.)  Głównymi założeniami reformy są:   * rozwój pomocy udzielanej w środowisku pacjentów (szczególnie we współpracy ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym); * zwiększenie roli specjalistów systemu ochrony zdrowia psychicznego nie będących lekarzami (tj. psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych); * stworzenie w ramach systemu warunków wspierających współpracę zarówno pomiędzy pracownikami systemu ochrony zdrowia jak i innymi specjalistami pracującymi na rzecz dziecka i rodziny; * konieczność niwelowania regionalnych różnic w dostępie do świadczeń.   W związku z wprowadzeniem nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego konieczne jest podjęcie działań których celem będzie upowszechnienie nowego sposobu udzielania świadczeń oraz zapewnienie odpowiedniej jakości udzielanego wsparcia.  **Ministerstwo Zdrowia pełni kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia wyznaczając kierunki rozwoju systemu oraz wprowadzając akty prawne w oparciu które udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej. Jest też podmiotem odpowiedzialnym za wdrożenie zaplanowanych reform i zapewnienie ich trwałości. z uwagi na ogólnopolski i systemowy charakter projektu, Ministerstwo Zdrowia jest jedyną instytucją mogącą pełnić rolę wnioskodawcy i lidera w projekcie.** | | | | | | | | | | |
| Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany | Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. | | | | | | | | | | |
| Priorytet inwestycyjny | 9IV Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. | | | | | | | | | | |
| Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu | 4. Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi). | | | | | | | | | | |
| Cel główny projektu | **Celem głównym projektu jest wzmocnienie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży poprzez wsparcie ośrodków poszczególnych poziomów referencyjnych oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu w okresie realizacji projektu na terenie całej Polski.**  Cele szczegółowe:   * opracowanie i upowszechnienie (co najmniej wśród placówek objętych wsparciem) standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych dla poszczególnych poziomów referencyjnych; * przygotowanie kadry ośrodków poszczególnych poziomów referencyjnych oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu do praktycznego wdrożenia standardów organizacyjnych i diagnostyczno- terapeutycznych poprzez przeszkolenie pracowników placówek nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego z zakresu organizacji pracy zespołów terapeutycznych oraz wytycznych dotyczących postępowania w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia występowania zaburzenia lub choroby psychicznej u pacjenta; * wsparcie upowszechnienia nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży poprzez podniesienie kompetencji w zakresie zarządzania zmianą pracowników i kierowników placówek nowego modelu oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu; * upowszechnienie informacji dotyczącej możliwości korzystania ze świadczeń w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego oraz współpracy z jego podmiotami poprzez prowadzenie działań promocyjnych i informacyjnych dotyczących nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego oraz z obszaru promocji zdrowia psychicznego; * monitoring i ocena procesu wdrażania zmian w systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży poprzez opracowanie co najmniej 2 raportów.   Głównymi kamieniami milowymi przewidzianymi w ramach realizowanych działań są:   1. Opracowanie i upowszechnianie (co najmniej wśród placówek objętych wsparciem) standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych dla poszczególnych poziomów referencyjnych   IV kwartał 2020 – II kwartał 2023  Szacunkowo 18% kosztów bezpośrednich budżetu projektu *– zostanie wykonane przez Lidera*   1. Przygotowanie programów, materiałów oraz kadr potrzebnych do przeprowadzenia kursów dla pracowników poszczególnych poziomów referencyjnych oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu   IV kwartał 2020 – I kwartał 2022  Szacunkowo 6% kosztów bezpośrednich budżetu projektu*– zostanie wykonane przez Lidera*   1. Przeprowadzenie kursów których celem będzie przygotowanie kadry poszczególnych poziomów referencyjnych do praktycznego wdrożenia standardów organizacyjnych i diagnostyczno- terapeutycznych   II kwartał 2021 – II kwartał 2023  Szacunkowo 21% kosztów bezpośrednich budżetu projektu *– zostanie wykonane przez Lidera*   1. Podniesienie kompetencji w zakresie zarządzania zmianą pracowników i kierowników placówek nowego modelu   I kwartał 2021 - II kwartał 2023  Szacunkowo 17% kosztów bezpośrednich budżetu projektu -*– zostanie wykonane przez Partnera*   1. Przeprowadzenie działań wspierających upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży poprzez prowadzenie działań informacyjnych dotyczących korzystania i współpracy z placówkami nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jak również wczesnego rozpoznawania objawów problemów psychicznych i promocji zachowania higieny psychicznej dzieci i młodzieży.   IV kwartał 2020 - II kwartał 2023 *– zostanie wykonane przez Lidera*  Szacunkowo 23% kosztów bezpośrednich budżetu projektu   1. Przygotowanie narzędzi monitoringu do oceny wdrażania zmian w systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz opracowanie raportów dotyczących stopnia wdrażania systemu opieki wraz z rekomendacjami   IV kwartał 2020 - II kwartał 2023  Szacunkowo 15% kosztów bezpośrednich budżetu projektu -*– zostanie wykonane przez Partnera* | | | | | | | | | | |
| Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych | W celu zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży niezbędne jest przygotowanie standardów organizacyjnych oraz diagnostyczno- terapeutycznych oraz zapewnienie ich wdrożenia przez placówki wchodzące w skład nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Konieczne jest także podniesienie kompetencji w zakresie zarządzania zmianą pracowników i kierowników placówek nowego modelu oraz pracowników jednostek samorządu terytorialnego a także prowadzenie działań promocyjnych i informacyjnych umożliwiających upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego.  Główne zadania w projekcie:  Zadanie 1.  Opracowanie i upowszechnianie standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych dla poszczególnych poziomów referencyjnych  Typy działań realizowanych w ramach zadania:   * + opracowanie i publikacja standardów organizacyjnych oraz diagnostyczno-terapeutycznych w zakresie postępowania z dziećmi i młodzieżą doświadczającymi zaburzeń psychicznych w ramach trzech poziomów referencyjnych (łącznie 6 standardów);   + organizacja dwóch konferencji merytorycznych dotyczących wypracowanych w projekcie standardów organizacyjnych i diagnostyczno- terapeutycznych.   Standardy zostaną przekazane podmiotom leczniczym z zaleceniem do stosowania przez wszystkich świadczeniodawców w systemie publicznym co najmniej w drodze dokumentu podpisanego przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub Pełnomocnika (jeśli zostanie powołany).  *Zadanie zostanie wykonane przez Lidera*  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 1*  Liczba placówek objętych wsparciem w ramach projektu: 200  Zadanie 2.  Przygotowanie programów, materiałów oraz kadr potrzebnych do przeprowadzenia kursów dla pracowników poszczególnych poziomów referencyjnych oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu  Typy działań realizowanych w ramach zadania:   * + przygotowanie założeń i programów kursów dotyczących aspektów organizacyjnych i klinicznych dla poszczególnych poziomów referencyjnych.   Celem kursów będzie przygotowanie pracowników I, II i III poziomu referencyjnego oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu do praktycznego wdrożenia standardów organizacyjnych i diagnostyczno- terapeutycznych opracowanych w zadaniu 1. Program kursów uwzględniać będzie m.in. praktyczną naukę dotyczącą rozpoznania i postępowania w przypadku zaburzeń klinicznych (staże kliniczne);  Punktem wyjścia do materiałów przygotowywanych w projekcie będą dokumenty opracowane w ramach projektu zintegrowanego „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę: projekt horyzontalny” (numer projektu POWR.04.01.00-00-D208/17).   * + przygotowanie trenerów i materiałów do realizacji kursów zgodnie z przygotowanymi założeniami i programami.   *Zadanie zostanie wykonane przez Lidera*  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 2*  Liczba placówek objętych wsparciem w ramach projektu: 200  Zadanie 3.  Przeprowadzenie kursów, których celem będzie przygotowanie kadry poszczególnych poziomów referencyjnych oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu do praktycznego wdrożenia standardów organizacyjnych i diagnostyczno- terapeutycznych  Typy działań realizowane w ramach zadania:   * + przeprowadzenie kursów szkoleniowych których celem będzie przygotowanie do praktycznego wdrożenia standardów organizacyjnych i diagnostyczno- terapeutycznych dla pracowników I, II i III poziomu referencyjnego oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu;   Kursy szkoleniowe będą prowadzone w oparciu o założenia i programy opracowane w ramach zadania 2, przez kadry przygotowane w zadaniu 2.  *Zadanie zostanie wykonane przez Lidera*  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 3*  Liczba placówek objętych wsparciem w ramach projektu: 200  Zadanie 4.  Podniesienie kompetencji w zakresie zarządzania zmianą pracowników i kierowników placówek nowego modelu oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu  Typy działań realizowane w ramach zadania:   * + przeprowadzenie szkoleń zarządzania zmianą dla pracowników i kierowników I, II i III poziomu referencyjnego oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu;   *Zadanie zostanie wykonane przez Partnera*  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 4*  Liczba placówek objętych wsparciem w ramach projektu: 200  Zadanie 5.  Działania wspierające upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży poprzez prowadzenie działań promocyjnych i informacyjnych  Typy działań realizowane w ramach zadania:   * + prowadzenie działań informacyjnych skierowanych do pracowników systemu zdrowia, oświaty, opieki społecznej, dzieci i młodzieży oraz ich rodzin i bliskich a także pracowników NFZ i jednostek samorządu terytorialnego.   Celem działań będzie dostarczenie informacji dotyczących możliwości korzystania ze wsparcia nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, współpracy z poziomami referencyjnymi jak również przekazanie informacji dotyczącej promocji higieny życia psychicznego dzieci i młodzieży oraz wczesnego rozpoznania objawów, które mogą wskazywać na zaburzenie lub chorobę psychiczną.  *Zadanie zostanie wykonane przez Lidera*  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 5*  Liczba placówek objętych wsparciem w ramach projektu: 200  Zadanie 6.  Monitoring i ocena procesu wdrażania zmian w systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży  Typy działań realizowane w ramach zadania:   * + przygotowanie narzędzi ewaluacji i monitoringu do oceny wdrażania zmian w systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży System Auxilio będzie rekomendowanym systemem dla podmiotów objętych wsparciem w ramach projektu systemowego, w tym dla beneficjentów realizujących projekty w ramach konkursu na skalowanie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży. W przypadku podmiotów nie korzystających z systemu Auxilio niezbędne będzie pozyskanie danych w oparciu o dostępne rozwiązania sprawozdawczości NFZ oraz narzędzia umożliwiające zebranie danych ilościowych. W projekcie nie przewiduje się finansowania innych informatycznych narzędzi monitoringu (systemów IT). Zakłada się, że w przyszłości system Auxilio lub wybrane funkcjonalności tego systemu zostaną włączone w system monitorujący efektywność działań.   + opracowanie raportów dotyczących stopnia wdrażania systemu opieki wraz z rekomendacjami.   *Zadanie zostanie wykonane przez Partnera*  *Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 6*  Liczba placówek objętych wsparciem w ramach projektu: 200  Działania realizowane w ramach projektu będą adresowane przede wszystkim do pracowników placówek poszczególnych poziomów referencyjnych oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu, ale także szerszego środowiska w którym nowe podmioty będą działać.  Grupą docelowa projektu są:   * podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą; * pracownicy sektora ochrony zdrowia; * pracownicy dysponentów środków publicznych dedykowanych ochronie zdrowia; * pracownicy jednostek samorządu terytorialnego; * pracownicy organów założycielskich podmiotów leczniczych; * członkowie organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką ochrony zdrowia pacjentów;   Pośredni odbiorcy wsparcia:   * dzieci i młodzież, ich rodziny oraz bliscy; * pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia; * inne osoby zajmujące się opieką nad dziećmi i młodzieżą (np. nauczyciele, pracownicy poradni psychologiczno- pedagogicznych, pracownicy przedszkoli i pomocy społecznej).   W ramach zadania zostanie wykorzystana aplikacja AUXILIO, wspierająca innowacyjny model procesu leczenia i opieki psychiatrycznej w Polsce w oparciu o Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego. System wspiera procesy zarządcze, administracyjne oraz organizacyjne centrów, umożliwiając sprawną rejestrację i obsługę pacjentów w oparciu o rozbudowany moduł Indywidualnego Planu Zdrowienia wykorzystujący klasyfikację ICF. | | | | | | | | | | |
| Podmiot zgłaszający projekt[[72]](#footnote-72) | Minister właściwy do spraw zdrowia | | | | | | | | | | |
| Podmiot, który będzie wnioskodawcą | Ministerstwo Zdrowia, Departament Zdrowia Publicznego i Rodziny | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą[[73]](#footnote-73) | Ministerstwo Zdrowia pełni kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia wyznaczając kierunki rozwoju systemu. w ramach trwających od początku 2018 r. prac Ministerstwo Zdrowia opracowało reformę systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Obecnie Ministerstwo Zdrowia zajmuje się wdrażaniem nowego modelu opracowując rozwiązania legislacyjne, współpracując przy tworzeniu koncepcji finansowania oraz innych elementów niezbędnych do upowszechnienia udzielania świadczeń na trzech poziomach referencyjnych. | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie? | **TAK** | | | **X** | | | **NIE** | | | |  |
| Podmioty, które będą partnerami  w projekcie  i uzasadnienie ich wyboru[[74]](#footnote-74) | Planuje się udział jednego partnera w projekcie.  Ze względu na specyfikę zadań realizowanych przez partnera projektu istotne jest aby partner posiadał doświadczenie w realizacji projektów zarządzania zmianą, których celem jest efektywne budowanie zespołów terapeutycznych zajmujących się opartą na pracy środowiskowej pomocą dla dzieci i młodzieży doświadczającej zaburzeń psychicznych. Istotne jest także doświadczanie badawcze partnera oraz doświadczenie w monitoringu i ewaluacji funkcjonowania podmiotów zajmujących się udzielaniem pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej, środowiskowej i psychiatrycznej dzieciom i młodzieży. Partner powinien także dysponować kadrą wykazującą się merytoryczną znajomością specyfiki systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz mogącą prowadzić szkolenia w tej tematyce. | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie projektem grantowym? | **TAK** | |  | | | | **NIE** | | | | **X** |
| Przewidywany termin  złożenia wniosku  o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok) | IV kwartał 2020 | | | | | | | | | | |
| Przewidywany okres realizacji projektu | Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok) | | 02.11.2020 | | | | Data zakończenia (miesiąc oraz rok) | | | | 30.06.2023 |
| **SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU** | | | | | | | | | | | |
| Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN) | | | | | | | | | | | |
| w roku 2020 | w roku 2021 | w roku 2022 | | | | w roku 2023 | | | | | ogółem |
| 0,2 mln zł | 3,84 mln zł | 2,84 mln zł | | | | 0,98 mln zł | | | | | 7,86 mln zł[[75]](#footnote-75) |
| Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN) | | | | | | | | | | | |
| TAK | ………………………………………………………… (PLN) | | | | | | | | NIE | X | |
| Szacowany wkład UE (PLN) | | | | | | | | | | | |
| 6.615.762,00 zł (84,17%) | | | | | | | | | | | |
| **ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ i OGÓŁEM)** | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | Wartość docelowa | | | | | | |
| W podziale na:[[76]](#footnote-76) | | | | | Ogółem w projekcie | |
| Kobiety | | | Mężczyzn | |
| Liczba placówek poszczególnych poziomów referencyjnych oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu | | | | | n/d | | | n/d | | 170 | |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | Wartość docelowa | | | | | | |
| W podziale na:[[77]](#footnote-77) | | | | | Ogółem w projekcie | |
| Kobiety | | | Mężczyzn | |
| Liczba placówek poszczególnych poziomów referencyjnych oraz podmiotów planujących przekształcenie się w placówki nowego modelu objętych wsparciem w programie | | | | | n/d | | | n/d | | 200 | |
| **SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU** | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO PODEJMOWANIA DECYZJI W ZAKRESIE PLANU DZIAŁANIA** | | | |
| Miejscowość, data | Warszawa,  $ezdDataPodpisu  r. | Pieczęć i podpis osoby upoważnionej | $ezdPracownikNazwa $ezdPracownikStanowisko  /dokument podpisany elektronicznie/ |
| **DATA ZATWIERDZENIA PLANU DZIAŁANIA I IDENTYFIKACJI PROJEKTÓW POZAKONKURSOWYCH, KTÓRYCH FISZKI**  **PO RAZ PIERWSZY ZAWARTO W PLANIE DZIAŁANIA, W ROZUMIENIU ART. 48 UST. 3 USTAWY Z DNIA 11 LIPCA 2014 R. *O ZASADACH REALIZACJI PROGRAMÓW W ZAKRESIE POLITYKI SPÓJNOŚCI W PERSPEKTYWIE FINANSOWEJ***  ***2014-2020* (DZ.U. Z 2017 R. POZ. 1460, z późn. zm.)**  *(wypełnia Instytucja Zarządzająca POWER, wprowadzając Roczny Plan Działania jako załącznik do Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych POWER)* | | | |
| **4 listopada 2020** | | | |

1. **Możliwość przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Monitorujący PO WER jest uzależniona od uprzedniego przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia** [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku konkursów na projekty koncepcyjne w wierszu *Cel szczegółowy, w ramach którego realizowane będą projekty* należy opisać również zasadnicze założenia interwencji publicznej, której wsparcie zaplanowano poprzez realizację projektów, które mają zostać wybrane w ramach konkursu. W przypadku konkursów na projekty innowacyjne i współpracy ponadnarodowej w wierszu *Cel szczegółowy, w ramach którego realizowane będą projekty* należy uwzględnić również temat/tematy, w ramach których projekty będą wybierane. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć właściwe pole z nr. miesiąca znakiem „X”, uwzględniając fakt, że zgodnie z art. 47 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca [↑](#footnote-ref-3)
4. r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.) aktualizacja harmonogramu naborów wniosków o dofinansowanie nie może dotyczyć naboru, którego przeprowadzenie zaplanowano w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące, licząc od dnia aktualizacji. Natomiast zgodnie z podrozdziałem 6.7 pkt 6 *Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020* dniem aktualizacji harmonogramu jest dzień jego publikacji na stronie internetowej IZ PO WER oraz na portalu internetowym, o którym mowa w art. 115 ust. 1 lit. b rozporządzenia ogólnego. [↑](#footnote-ref-4)
5. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia, typu projektów przewidzianych do realizacji w ramach konkursu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekty mają rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-5)
6. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia, typu projektów przewidzianych do realizacji w ramach konkursu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekty mają rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-6)
7. **Możliwość przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Monitorujący PO WER jest uzależniona od uprzedniego przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia** [↑](#footnote-ref-7)
8. W przypadku konkursów na projekty koncepcyjne w wierszu *Cel szczegółowy, w ramach którego realizowane będą projekty* należy opisać również zasadnicze założenia interwencji publicznej, której wsparcie zaplanowano poprzez realizację projektów, które mają zostać wybrane w ramach konkursu. W przypadku konkursów na projekty innowacyjne i współpracy ponadnarodowej w wierszu *Cel szczegółowy, w ramach którego realizowane będą projekty* należy uwzględnić również temat/tematy, w ramach których projekty będą wybierane. [↑](#footnote-ref-8)
9. Zaznaczyć właściwe pole z nr. miesiąca znakiem „X”, uwzględniając fakt, że zgodnie z art. 47 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca [↑](#footnote-ref-9)
10. r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.) aktualizacja harmonogramu naborów wniosków o dofinansowanie nie może dotyczyć naboru, którego przeprowadzenie zaplanowano w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące, licząc od dnia aktualizacji. Natomiast zgodnie z podrozdziałem 6.7 pkt 6 *Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020* dniem aktualizacji harmonogramu jest dzień jego publikacji na stronie internetowej IZ PO WER oraz na portalu internetowym, o którym mowa w art. 115 ust. 1 lit. b rozporządzenia ogólnego. [↑](#footnote-ref-10)
11. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia, typu projektów przewidzianych do realizacji w ramach konkursu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekty mają rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-11)
12. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia, typu projektów przewidzianych do realizacji w ramach konkursu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekty mają rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-12)
13. **Możliwość przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Monitorujący PO WER jest uzależniona od uprzedniego przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia** [↑](#footnote-ref-13)
14. w przypadku konkursów na projekty koncepcyjne w wierszu Cel szczegółowy, w ramach którego realizowane będą projekty należy opisać również zasadnicze założenia interwencji publicznej, której wsparcie zaplanowano poprzez realizację projektów, które mają zostać wybrane w ramach konkursu. w przypadku konkursów na projekty innowacyjne i współpracy ponadnarodowej w wierszu Cel szczegółowy, w ramach którego realizowane będą projekty należy uwzględnić również temat/tematy, w ramach których projekty będą wybierane.

    [↑](#footnote-ref-14)
15. Zaznaczyć właściwe pole z nr. miesiąca znakiem „X”, uwzględniając fakt, że zgodnie z art. 47 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca [↑](#footnote-ref-15)
16. r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) aktualizacja harmonogramu naborów wniosków o dofinansowanie nie może dotyczyć naboru, którego przeprowadzenie zaplanowano w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące, licząc od dnia aktualizacji. Natomiast zgodnie z podrozdziałem 6.7 pkt 6 *Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020* dniem aktualizacji harmonogramu jest dzień jego publikacji na stronie internetowej IZ PO WER oraz na portalu internetowym, o którym mowa w art. 115 ust. 1 lit. b rozporządzenia ogólnego. [↑](#footnote-ref-16)
17. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia, typu projektów przewidzianych do realizacji w ramach konkursu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekty mają rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-17)
18. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia, typu projektów przewidzianych do realizacji w ramach konkursu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekty mają rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-18)
19. Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu. [↑](#footnote-ref-19)
20. **Możliwość przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Monitorujący PO WER jest uzależniona od uprzedniego przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia** [↑](#footnote-ref-20)
21. W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa.* [↑](#footnote-ref-21)
22. Rozumie się przez to również pracownię serologii [↑](#footnote-ref-22)
23. Rozumie się przez to również pracownię serologii [↑](#footnote-ref-23)
24. [↑](#footnote-ref-24)
25. W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ. [↑](#footnote-ref-25)
26. W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-26)
27. Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. W przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech. [↑](#footnote-ref-27)
28. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-28)
29. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-29)
30. 1 Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu. [↑](#footnote-ref-30)
31. ICD-11 - jedenasta wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. [↑](#footnote-ref-31)
32. Możliwość przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Monitorujący PO WER jest uzależniona od uprzedniego przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia [↑](#footnote-ref-32)
33. wszczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-33)
34. w przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. w przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ. [↑](#footnote-ref-34)
35. w szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o *zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-35)
36. Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. w przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech. [↑](#footnote-ref-36)
37. Projekt zostanie przyjęty do dofinansowania pod warunkiem dostępności środków finansowych w Osi V PO WER. [↑](#footnote-ref-37)
38. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-38)
39. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-39)
40. Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu. [↑](#footnote-ref-40)
41. Możliwość przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Monitorujący PO WER jest uzależniona od uprzedniego przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. [↑](#footnote-ref-41)
42. W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-42)
43. W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ. [↑](#footnote-ref-43)
44. W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-44)
45. Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. W przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech. [↑](#footnote-ref-45)
46. Projekt zostanie przyjęty do dofinansowania pod warunkiem dostępności środków finansowych w Osi V PO WER. [↑](#footnote-ref-46)
47. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-47)
48. tj. szpitalni koordynatorzy donacyjni, personel medyczny zatrudniony na oddziałach z potencjałem dawstwa, kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi, koordynatorzy regionalni i centralni, konsultanci wojewódzcy, pracownicy instytucji administracji wspierający procesy dawstwa). [↑](#footnote-ref-48)
49. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-49)
50. tj. szpitalni koordynatorzy donacyjni, personel medyczny zatrudniony na oddziałach z potencjałem dawstwa, kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi, koordynatorzy regionalni i centralni, konsultanci wojewódzcy, pracownicy instytucji administracji wspierający procesy dawstwa). [↑](#footnote-ref-50)
51. Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu. [↑](#footnote-ref-51)
52. Możliwość przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Monitorujący PO WER jest uzależniona od uprzedniego przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. [↑](#footnote-ref-52)
53. w szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o *zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-53)
54. w przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. w przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ. [↑](#footnote-ref-54)
55. w szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o *zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-55)
56. Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. w przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech. [↑](#footnote-ref-56)
57. Projekt zostanie przyjęty do dofinansowania pod warunkiem dostępności środków finansowych w Osi V PO WER. [↑](#footnote-ref-57)
58. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-58)
59. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-59)
60. Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu. [↑](#footnote-ref-60)
61. Możliwość przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Monitorujący PO WER jest uzależniona od uprzedniego przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. [↑](#footnote-ref-61)
62. w szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o *zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-62)
63. w przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. w przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ. [↑](#footnote-ref-63)
64. w szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o *zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-64)
65. Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. w przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech. [↑](#footnote-ref-65)
66. Projekt zostanie przyjęty do dofinansowania pod warunkiem dostępności środków finansowych w Osi V PO WER. [↑](#footnote-ref-66)
67. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-67)
68. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-68)
69. Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu. [↑](#footnote-ref-69)
70. Możliwość przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Monitorujący PO WER jest uzależniona od uprzedniego przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. [↑](#footnote-ref-70)
71. w szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o *zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-71)
72. w przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. w przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ. [↑](#footnote-ref-72)
73. w szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o *zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-73)
74. Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. w przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech. [↑](#footnote-ref-74)
75. Projekt zostanie przyjęty do dofinansowania pod warunkiem dostępności środków finansowych w Osi V PO WER. [↑](#footnote-ref-75)
76. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-76)
77. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-77)