



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



## PLAN DZIAŁAŃ W SEKTORZE ZDROWIA

### I INFORMACJE OGÓLNE

#### I.1 WERSJA PLANU DZIAŁANIA (dalej PD)

nr wersji PD (z uwzględnieniem wszystkich PD przyjętych w danym roku kalendarzowym, niezależnie od celu szczegółowego/priorytetu).  
Przykładowo, jeśli po raz pierwszy wysyłany jest PD na 2023 r. wówczas wpisujemy nr wersji 1. W sytuacji, gdy do danego PD zostaną zgłoszone uwagi i IP/IZ wprowadzi pewne zmiany wówczas nadajemy nowy numer wersji (w tym wypadku 1.1). W przypadku, gdy przyjęty został już PD na 2023 r., wpisujemy 2/2023, 3/2023 itd. RRRR dotyczy roku, w którym składany jest PD.

[nr 1/2023]

#### I.2 NAZWA PROGRAMU

właściwa nazwa Programu, którego dotyczy PD

Fundusze Europejskie dla Rozwoju  
Społecznego (FERS)

### INFORMACJE O INSTYTUCJI OPRACOWUJĄCEJ PLAN DZIAŁANIA

#### I.3 Nazwa instytucji składającej PD

pełna nazwa instytucji

Ministerstwo Zdrowia

#### I.4 Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do złożenia PD

Małgorzata Iwanicka-Michałowicz  
Z-ca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji

#### I.5 Dane kontaktowe osoby (osób) do kontaktów roboczych

imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail

Dariusz Juszczynski  
Naczelnik  
Wydział Oceny i Monitorowania II  
Departament Oceny Inwestycji  
+48 880 340 050  
[d.juszczynski@mz.gov.pl](mailto:d.juszczynski@mz.gov.pl)

*Data i podpis osoby  
upoważnionej do złożenia Planu działań  
(zgodnie z informacją w pkt Informacje ogólne)*

16.08.2023 r.  
Małgorzata Iwanicka-Michałowicz  
*/zgodnie z podpisem elektronicznym/*

## II WYKAZ DZIAŁAŃ OPISANYCH W PLANIE DZIAŁAŃ

lista wszystkich naborów realizowanych w sposób konkurencyjny oraz projektów realizowanych w sposób niekonkurencyjny, które zostaną opisane w kolejnych częściach PD, tzn.:

- naborzy, które mają zostać ogłoszone w roku objętym danym PD i mają stanowić przedmiot oceny Komitetu Sterującego,
- projekty niekonkurencyjne, dla których wnioski o dofinansowanie mają zostać złożone w roku objętym danym PD i mają stanowić przedmiot oceny Komitetu Sterującego.

II.1 L.p.	II.2 Nr celu szczegółowego <sup>1</sup> (cs) właściwy nr cs w ramach którego ogłoszony zostanie nabór lub realizowany będzie projekt w` sposób niekonkurencyjny	II.3 Nr projektu w PD/naboru realizowanego w sposób konkurencyjny skrótowa nazwa programu - skrót nazwy województwa . numer priorytetu w programie . litera „P” gdy nr dot. projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny lub litera „K” gdy nr dot. naboru konkurencyjnego . kolejny numer projektu. Przykład: WD.1.P.1	II.4 Przedmiot projektu / naboru realizowanego w sposób konkurencyjny w przypadku naboru realizowanego w sposób konkurencyjny - jego zakres, natomiast w przypadku projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny - jego tytuł, lub jeśli nie jest jeszcze znany, jego zakres (w sposób syntetyczny)	II.5 Planowana alokacja [PLN]:			II.6 Planowany termin ogłoszenia naboru realizowanego w sposób konkurencyjny / złożenia wniosku o dofinansowanie dla projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny rok oraz kwartał [RRRR.KW]
				Całkowita wyrażona w PLN kwota przewidywanej alokacji. W przypadku projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny. suma wkładu UE oraz wkładu krajowego powinna dać wartość całkowitą inwestycji	Wkładu UE wyrażona w PLN kwota przewidywanego wkładu UE (kwalifikowalne środki z UE)	Wkładu krajowego wyrażona w PLN kwota wkładu krajowego (kwalifikowalne środki publiczne i prywatne). W przypadku projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny suma kwalifikowalnych środków publicznych i prywatnych oraz środków niekwalifikowalnych.	
1.	4(g)	FERS.1.P.1	Działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ	20 000 000,00	16 504 000,00	3 496 000,00	Złożenie wniosku planowane na IV kw. 2023 r.
2.	4(k)	FERS.3.P.1	Dostępność plus dla AOS	388 687 000,00	320 739 187,00	67 947 813,00	Złożenie wniosku planowane na III kwartał 2023 r.
3.	4(k)	FERS.4.P.1	Odwrócona Piramida Świadczeń	70 000 000,00	59 500 000,00	10 500 000,00	Złożenie wniosku planowane na III kw. 2023 r
4.	4(k)	FERS.4.P.2	Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez zdefiniowanie podstawowych regionów zabezpieczenia	60 100 000,00	49 500 000,00	10 600 000,00	Złożenie wniosku planowane na III kw. 2023 r.

<sup>1</sup> Określone w Załączniku IV rozporządzenia ogólnego nr 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021

5.	4(g)	FERS.1.P.2	Wspieranie kształcenia podyplomowego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno- demograficznych Polski	135 600 000,00	111 897 120,00	23 702 880,00	Złożenie wniosku planowane na III kwartał 2023 r.
----	------	------------	--	----------------	----------------	---------------	---

<b>III FIZSKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY<sup>1</sup></b> część wypełniana jest oddzielnie dla kaędego projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny, ujętym w wykazie działań zawartym w części Informacje ogólne. W przypadku zgłaszania w Planie więcej niż jednego projektu, kolejną fizskę należy przedstawić w oddzielnej części, przez powielenie formularza fizski projektu.	
<b>III.1 NUMER PROJEKTU W PD</b> skrócona nazwa programu - skrót nazwy województwa . numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu. Przykład: WD.1.P.1.	FERS.1.P.1
<b>III.2 DZIAŁANIE</b> numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (część Numer i nazwa działania FERS).
<b>III.3 Fundusz</b> skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy	EFS+
<b>III.4 Cel szczegółowy</b> numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.	Cel szczegółowy: 4(g) Wspieranie uczenia się przez całe życie, w szczególności elastycznych możliwości podnoszenia i zmiany kwalifikacji dla wszystkich, z uwzględnieniem umiejętności w zakresie przedsiębiorczości i kompetencji cyfrowych (...)
<b>III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP</b> typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).
<b>III.6 Zakres terytorialny inwestycji</b> pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).	ogólnopolski
	Województwo:
	Powiat:
	TERYT powiat:
<b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b>	
<b>III.7 Tytuł projektu</b>	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Tytuł lub zakres projektu).
<b>III.8 Beneficjent</b> nazwa beneficjenta, adres jego siedziby	Narodowy Fundusz Zdrowia Adres: ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa
<b>III.9 Cel główny projektu</b> cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).
<b>III.10 Opis projektu</b> zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).

<sup>1</sup> Istnieje możliwość przedstawienia informacji nt. projektu w postaci fizski projektu realizowanego w procedurze niekonkurencyjnej używanej przez Instytucję, jeśli w tej fizsce znajdują się wszystkie informacje wymagane oficjalnym wzorem planu działań Komitetu Sterującego, natomiast w przypadku gdy taki dokument nie zawiera wszystkich wymaganych wzorem informacji, konieczne jest uzupełnienie brakujących elementów w Planie działań.

<p><b>III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”<sup>2</sup></b> nazwa adekwatnego celu z dokumentu „Zdrowa Przyszłość” – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy w razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie</p>	<p>Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej</p>
<p><b>III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta</b> zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta</p>	<p>Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).</p>
<p><b>III.13 Opis zgodności projektu z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych i Krajowym / Wojewódzkim Planem Transformacji</b> zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu oraz Krajowego lub Wojewódzkiego Planu Transformacji</p>	<p>Projekt przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji <a href="https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/">https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/</a> w szczególności w części 2.4 punkt 4: „Ulepszanie mechanizmów koordynacyjnych dotyczących współpracy POZ z AOS i lecznictwem szpitalnym, NiŚOZ, medycyną pracy oraz mechanizmów wymiany (elektronicznej) dokumentacji medycznej, informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego potrzebach w związku z leczeniem specjalistycznym i hospitalizacją lub badaniami na potrzeby pracodawcy oraz w zakresie w zakresie rehabilitacji i opieki długoterminowej”.</p> <p>Z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wynika, że do podmiotów leczniczych realizujących świadczenia POZ w 2019 r. zapisanych było 88,82% populacji mieszkańców Polski. Świadczenia w ramach POZ obejmują zarówno świadczenia lecznicze, ale także świadczenia związane z profilaktyką i promocją zdrowia. Analiza MPZ pod kątem liczby pacjentów przyjmowanych na SOR i NiŚOZ oraz niski udział profilaktyki zdrowotnej w ramach POZ (<a href="https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/">https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/</a>), wskazuje na konieczność wzmocnienia tego obszaru opieki zdrowotnej. Realizacja projektu będzie miała bezpośredni wpływ na poprawę jakości i obsługi pacjentów, a także poprawę jakości i efektywności udzielanych świadczeń w POZ.</p> <p>Projekt przyczyni się także do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji <a href="https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/">https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/</a> dla obszaru działania podstawowej opieki zdrowotnej (pkt. 2.4) w zakresie ulepszania mechanizmów koordynacyjnych dotyczących współpracy POZ z AOS i lecznictwem szpitalnym, NiŚOZ, medycyny pracy oraz mechanizmów wymiany (elektronicznej) dokumentacji medycznej, informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego potrzebach w związku z leczeniem specjalistycznym i hospitalizacją. Wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, jako jednego z filarów zmian systemowych związanych z tzw. „odwróceniem piramidy świadczeń”, ma na celu odciążenie systemu szpitalnego i SOR na rzecz świadczeń o charakterze ambulatoryjnych – POZ, AOS i NiŚOZ (działanie 2.5.3 KPT). Projekt wpisuje się ściśle w działania 2.4.3 KPT ukierunkowane na wzmocnienie opieki koordynowanej POZ. Dzięki opiece koordynowanej pacjenci z najczęstszymi chorobami przewlekłymi uzyskują możliwość szybszego rozpoznania, zdiagnozowania i rozpoczęcia leczenia choroby przewlekłej, a dzięki koordynatorowi opieki zapewnienie właściwej organizacji całego procesu leczenia. Zakres i poziom kompetencji koordynatora jest zatem kluczowy do zapewnienia właściwej jakości opieki i zadowolenia pacjenta z tej nowej formy opieki w POZ.</p>

<sup>2</sup> Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

<b>III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie</b> rok oraz kwartał [RRRR.KW]	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie).			
<b>III.15 Przewidywany okres realizacji projektu</b> orientacyjna informacja dotycząca roku oraz kwartału rozpoczęcia/zakończenia realizacji projektu	<b>Data rozpoczęcia</b>	[RRRR.KW]	<b>Data zakończenia</b>	[RRRR.KW]
<b>III.16 Opinia Ministra Zdrowia</b> Oświadczenie o posiadaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, o ile projekt dotyczy zakresu: - e-zdrowia, dostępności placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i telemedycyny, - psychiatrii, - kształcenia kadr medycznych i okulistycznych.	Nd.			

SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU	
Szacowana kwota wydatków w projekcie	
<b>III.17 Planowany koszt całkowity [PLN]</b> całkowita wartość projektu, obejmująca zarówno wydatki kwalifikowalne (wkład UE i wkład krajowy), jak i niekwalifikowalne, w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Szacowany budżet). W projekcie nie przewiduje się wydatków niekwalifikowalnych (wydatki niekwalifikowalne – 0 PLN) .
<b>III.18 Planowany koszt kwalifikowalny [PLN]</b> wartość wydatków kwalifikowalnych w projekcie (wkład UE i wkład krajowy) w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Szacowany budżet).
<b>III.19 Poziom dofinansowania UE [%]</b> poziom dofinansowania UE przeznaczanego na projekt w %	82,52%
<b>III.20 Poziom wkładu krajowego [%]</b> poziom dofinansowania krajowego przeznaczanego na projekt w %	17,48%

ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI			
III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba osób, które podniosły swoje kompetencje dzięki udziałowi w szkoleniach oraz kształceniu podyplomowym prowadzonych w ramach programu	osoba	2000	95360
w razie potrzeby należy dodać wiersze			
III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego	osoba	2100	119200
w razie potrzeby należy dodać wiersze			

FERS.1.P.1

Tytuł lub zakres projektu: **Działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ**

**Informacje o instytucji opracowującej fiszkę:**

Numer i nazwa Priorytetu: 1. Umiejętności

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych:

Dariusz Juszczynski

Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II

Departament Oceny Inwestycji

+48 880 340 050

[d.juszczynski@mz.gov.pl](mailto:d.juszczynski@mz.gov.pl)

**Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny**

**Podstawowe informacje o Projekcie:**

Typ projektów FERS: Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających systemu ochrony zdrowia

**Podmiot, który będzie wnioskodawcą:** Narodowy Fundusz Zdrowia

**Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą:**

Koordinacja opieki jako jeden z celów podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ) został określony w ustawie z dn. 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Zgodnie z zapisami art. 14 ust. 2 ustawy, każda placówka POZ w procesie koordynacji jest zobowiązana do wyznaczenia osoby – koordynatora opieki. Do zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielania informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ, NFZ finansuje realizację zadań koordynatora opieki, o których mowa w art. 14 ust. 2 ustawy o POZ. Z tego też względu jest właściwym podmiotem do prowadzenia i organizacji szkoleń.

NFZ posiada ponadto odpowiednie kwalifikacje i zasoby do przeprowadzenia projektu dotyczącego szkoleń podnoszących kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ. W okresie grudzień 2017 – maj 2022 NFZ realizował projekt pn. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa - model POZ+” współfinansowany ze środków programu POWER, w ramach którego zidentyfikowano potrzeby w obszarze opieki koordynowanej oraz nawiązano kontakty z placówkami POZ w całej Polsce. Ponadto, w ramach wdrażania opieki koordynowanej w POZ, Fundusz ściśle współpracuje z Konsultantem Krajowym ds. Medycyny Rodzinnej oraz Zespołem powołanym przez Ministra Zdrowia ds. wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Projekt dot. zwiększania kompetencji koordynatorów opieki nie stanowi kontynuacji projektu POZ PLUS, ale jest komplementarny w obszarze opieki koordynowanej.

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 poz. 2561 z późn. zm.)



2. Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2022 poz. 2527)
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. (t.j. Dz.U z 2021 poz. 540 z póź. zm.)
4. Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 79/2022/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (z póź. zm.)

**Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:**

ESO4.7. Wspieranie uczenia się przez całe życie, w szczególności elastycznych możliwości podnoszenia i zmiany kwalifikacji dla wszystkich, z uwzględnieniem umiejętności w zakresie przedsiębiorczości i kompetencji cyfrowych, lepsze przewidywanie zmian i zapotrzebowania na nowe umiejętności na podstawie potrzeb rynku pracy, ułatwianie zmian ścieżki kariery zawodowej i wspieranie mobilności zawodowej (EFS+).

**Cel główny projektu:**

Zwiększenie kompetencji min. 2 100 koordynatorów opieki w celu wsparcia wdrożenia opieki koordynowanej w POZ, poprawy jakości i obsługi pacjentów, poprawy jakości i efektywności udzielanych świadczeń w POZ, w okresie 3 lat realizacji projektu.

Projekt będzie miał za zadanie zunifikowanie kompetencji koordynatorów oraz wyłonienie grupy liderów (trenerów), którzy będą stanowić wsparcie dla tej grupy zawodowej po zakończeniu projektu.

Koordynator opieki jest nowym zawodem w opiece zdrowotnej i jest ściśle związany z opieką koordynowaną. Opieka koordynowana w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń. To także taki sposób realizacji świadczeń medycznych, który zapewnia uzyskanie ciągłości i kompleksowości diagnostyki i leczenia w chorobie przewlekłej. Opieka koordynowana w części dotyczącej zadań koordynatora opieki została wdrożona w Polsce od 1 października 2021 r. Zgodnie z zapisami art. 14 ust. 2 ustawy o poz, każda placówka POZ jest zobowiązana do wyznaczenia osoby – koordynatora opieki. Mając na uwadze fakt, że jest to nowe rozwiązanie, należy przeprowadzić cykl szkoleń, w których koordynatorzy opieki będą mogli podnieść swoje kompetencje związane z powierzonymi im zadaniami.

Udział w szkoleniach może wziąć każda osoba, która pełni funkcję koordynatora w podmiocie leczniczym posiadającym umowę z NFZ na opiekę koordynowaną. Będzie obowiązywała kolejność zgłoszeń, a liczba koordynatorów, która może zgłosić się na szkolenie z danej jednostki będzie zależała od jej wielkości, tj. liczby pacjentów objętych opieką przez dany

podmiot. Indywidualny plan szkolenia zostanie określony na podstawie ankiety oceniającej poziom kompetencji niezbędnych na tym stanowisku, wypełnionej przez każdego kandydata.

Nabór na liderów (trenerów) koordynacji opieki odbywać się będzie dwutorowo:

1. nabór na zasadach ogólnych po wypełnieniu ankiety kompetencji koordynatora i lidera (trenera). Po osiągnięciu ustalonego poziomu oceny kandydatowi będzie proponowany udział w szkoleniu na lidera (trenera);
2. koordynatorom, którzy ukończyli szkolenie podstawowe z wysokim wynikiem na teście końcowym oraz posiadający predyspozycje trenerskie (ankieta kompetencji koordynatora lidera (trenera) będzie proponowany udział w szkoleniu na lidera (trenera).

Udział w szkoleniu na lidera (trenera) nie będzie obligatoryjny. Kandydaci, którzy będą kwalifikowali się na szkolenie lidera (trenera) będą mogli odmówić w nim udziału.

Na podstawie danych NFZ o zawartych umowach na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na dzień 18.04.2023 r. do opieki koordynowanej przystąpiło 1 162 podmioty, a ok. 235 podmioty oczekują na rozpatrzenie wniosku o zawarcie takiej umowy. Miejsc udzielania świadczeń POZ w Polsce jest ponad 8 000, a świadczeniodawców POZ jest ok. 6 100.

Zakładając, że jeden koordynator w ramach jednej umowy może obsługiwać kilka miejsc udzielania świadczeń, należy przyjąć, że szkoleniom podlegać będzie min. 2 100 pracowników.

Szkolenia dla koordynatorów polegać będą na uzupełnieniu luk kompetencyjnych w zdefiniowanych obszarach (modułach szkoleniowych). Dzięki szkoleniom, koordynatorzy uzyskają bądź wzmocnią umiejętności, które pomogą im w codziennej pracy. Projekt zakłada również specjalistyczne szkolenie dla grupy 100 osób, które będą mogły później szkolić nowych koordynatorów.

Szkolenia dla liderów (trenerów): koordynatorzy, którzy ukończyli szkolenie dla liderów (trenerów) będą współprowadzili / prowadzili w ramach praktyk szkolenia dla koordynatorów w swoim regionie.

Ocena jakościowa przeprowadzona zostanie na podstawie badania ankietowego satysfakcji pacjentów, którzy korzystali z opieki koordynowanej w podmiocie POZ oraz badania ankietowego członków zespołu POZ. Badanie odbędzie się po okresie 4-6 miesięcy od ukończenia przez koordynatora szkolenia.

Materiały szkoleniowe (pdf) oraz wybrane moduły szkoleniowe (tematyczne) (blended learning) będą dostępne i wykorzystywane podczas szkoleń stacjonarnych oraz po zakończeniu projektu na portalu poświęconym opiece koordynowanej [koordynowana.nfz.gov.pl](http://koordynowana.nfz.gov.pl).

Program szkoleniowy oraz część materiałów dla uczestników będzie oparty na know-how zdobytym podczas realizacji projektu pilotażowego wdrożenia opieki koordynowanej POZ PLUS.

Programy oraz materiały szkoleniowe będą konsultowane przez radę naukową powołaną na potrzeby projektu. Rada składać się będzie z konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej, zdrowia publicznego, zarządzania w ochronie zdrowia, komunikacji, itp.

Wdrożenie opieki koordynowanej docelowo zmniejszy zapotrzebowanie na liczbę porad specjalistycznych w zakresie AOS, a tym samym zwiększy się ich dostępność. Dodatkowo, koordynator, realizując zadania związane z budowaniem relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces leczenia pacjenta, przez ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej, porządkuje ścieżkę pacjenta w systemie opieki zdrowotnej.

W ramach realizacji projektu POZ PLUS w programie PO WER, przeprowadzono analizę potrzeb koordynatorów zatrudnionych w placówkach biorących udział w pilotażowym wdrożeniu opieki koordynowanej w POZ. Wynika z niej, że koordynatorzy to najczęściej osoby pełniące wcześniej w podmiocie funkcję rejestratorek medycznych, bądź osoby nowo zatrudnione, które nie miały przygotowania organizacyjnego do pełnienia nowej funkcji. W niektórych placówkach funkcję tę pełnili edukatorzy zdrowotni.

Przy opracowaniu programu szkoleń dla koordynatorów zostaną wykorzystane wnioski z raportów ewaluacyjnych i publikacji opracowanych przy realizacji projektu POZ PLUS (<https://koordynowana.nfz.gov.pl/poz-plus/>):

- „Ocena realizacji programu pilotażowego POZ PLUS oraz ocena poziomu satysfakcji świadczeniodawców z zastosowaniem metody indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI)”
- „Raport Ex post” – Bank Światowy
- „Ocena pilotażu POZ PLUS oraz ocena poziomu satysfakcji pacjentów i lekarzy w ramach projektu POZ PLUS z zastosowaniem metody zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI)”
- „Wdrożenie opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej” – podręcznik wdrażania

**Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie, ze wskazaniem grup docelowych (o ile dotyczy), planowanych terminów realizacji zadań (o ile dotyczy) oraz szacunkowych kosztów ich realizacji (% budżetu projektu – o ile dotyczy)<sup>3</sup>:**

**Zadanie 1** – Przygotowanie szkoleń i rekrutacja uczestników – 20% budżetu projektu, okres realizacji zadania od 9 do 12 miesięcy

Opis zadania: opracowanie programu szkoleń i materiałów szkoleniowych dla koordynatorów oraz dla liderów (trenerów), przeprowadzenie rekrutacji, ocena poziomu kompetencji uczestników oraz dobór modułów szkoleniowych. Rekrutacja na szkolenia będzie prowadzona w trybie ciągłym do wyczerpania miejsc. Ocena kompetencji uczestników odpowiadać będzie obszarom tematycznym modułów szkoleniowych: monitorowanie i ewaluacja indywidualnych planów opieki medycznej (IPOM) pacjenta oraz współpraca z pacjentem, organizacja pracy w zespole, dokumentacja medyczna, komunikacja z pacjentem i w zespole, system opieki zdrowotnej i rozliczenia, profilaktyka i promocja zdrowia. Ocena kompetencji uczestników jest jednym z elementów rekrutacji i wraz z rekrutacją będzie prowadzona w trybie ciągłym. Ocena kompetencji przed szkoleniem ma na celu właściwy dobór modułów szkoleniowych. Do opracowania programów szkoleń i materiałów szkoleniowych zostaną zaangażowani przede wszystkim eksperci zewnętrzni, oraz praktycy – osoby, które pełniły funkcję koordynatorów w pilotażu opieki koordynowanej w projekcie POZ PLUS, a także eksperci NFZ zarówno z Centrali jak Oddziałów Wojewódzkich Funduszu.

Opracowane zostaną:

- 2 programy szkoleniowe, przy udziale ekspertów zewnętrznych
- materiały szkoleniowe – 5 zestawów (zgodnie z modułami szkoleniowymi),
- 2 webinary,
- 2 filmy instruktażowe.

**Zadanie 2** – Realizacja szkoleń – 65% budżetu projektu, okres realizacji zadania 30-36 m-cy

Opis zadania: Realizacja szkoleń w formie stacjonarnej lub zdalnej – łącznie dla 2 000 koordynatorów i 100 trenerów.

Szkolenia stacjonarne: 40 szkoleń (20 godz.) po 50 osób

Szkolenia dla trenerów: 5 szkoleń (40 godz.) po 20 osób

Zostanie zatrudniony sztab szkoleniowy oraz osoby odpowiedzialne za organizację szkoleń. Do grona sztabu szkoleniowego zostaną zatrudnieni trenerzy zewnętrzni - eksperci z kompetencjami odpowiadającymi prowadzonym modułom szkoleniowym. w gronie trenerów

---

<sup>3</sup> Nie dotyczy projektów instrumentów finansowych i wybranych projektów wskazanych przez IZ (np. projekty koordynacyjne ROPS).

znajdą się również pracownicy NFZ Centrali i OW NFZ, którzy będą prowadzili szkolenia w modułach: system opieki zdrowotnej i rozliczenia oraz profilaktyka i promocja zdrowia.

**Zadanie 3** – Ewaluacja wyników projektu na podstawie badań jakościowych (ocena szkoleń, ankiety satysfakcji uczestników szkoleń oraz pacjentów POZ) sporządzenie raportu podsumowującego oraz organizacja seminarium/ warsztatów / wymiany doświadczeń i dobrych praktyk dla koordynatorów (networking) – 15% budżetu projektu, okres realizacji zadania 6 m-cy

Opis zadania: Przeprowadzenie ankiet badającej satysfakcję uczestników oraz pacjentów POZ, analiza ankiety oraz sporządzenie raportu. Badania ankietowe będą prowadzone w okresie 4-6 miesięcy od zakończenia szkolenia przez koordynatora. Ankieta uczestnika szkolenia będzie obejmowała oceną nie tylko samego szkolenia, ale także przydatność i adekwatność zdobytej wiedzy w codziennej pracy. W podmiotach POZ, w których pracują przeszkoleni koordynatorzy prowadzone będzie ankieta satysfakcji wśród pacjentów, którzy oceniają współpracę z koordynatorem. Na podstawie prowadzonych badań jakościowych i doświadczeń z przeprowadzonych szkoleń zostanie przygotowany raport podsumowujący. Raport będzie wykorzystany do opracowania docelowego profilu kompetencyjnego dla nowego zawodu koordynatora opieki. Na etapie ewaluacji, ale także w trakcie trwania szkoleń, będą inicjowane działania zachęcające koordynatorów do wzajemnej współpracy, dzielenia się na forum wiedzą, doświadczeniem i dobrymi praktykami z codziennej pracy. W trakcie trwania projektu do tego celu będą wykorzystywane media społecznościowe oraz strona dedykowana opiece koordynowanej: [koordynowana.nfz.gov.pl](http://koordynowana.nfz.gov.pl) Podsumowaniem realizacji projektu i procesu szkoleniowego będzie organizacja seminarium.

Grupa docelowa – kadry organizacyjne / administracyjne / zarządzające systemu ochrony zdrowia

Liczba pracowników podmiotów POZ, które mają zawartą umowę z NFZ w zakresie świadczenia lekarza POZ – 2 100.

Wsparcie udzielane w bezpośrednim związku ze świadczeniem usług zdrowotnych udzielanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia przez podmiot, na podstawie umów zawartych z NFZ, nie będzie podlegało zasadom pomocy publicznej. Wynika to z tego, że świadczenia te co do zasady są skierowane do obywateli polskich na warunkach przewidzianych przez polskie prawo, a także są realizowane w ramach systemu utworzonego w obszarze zadań państwa związanych z ochroną zdrowia obywateli. Mając na uwadze powyższe, tak udzielone wsparcie, co do zasady, pozostanie bez wpływu na wymianę handlową między państwami członkowskimi Unii Europejskiej. Nie są więc spełnione przesłanki wystąpienia pomocy publicznej. Przesłanki te bowiem muszą być spełnione łącznie.

Natomiast świadczenie usług opieki zdrowotnej przez podmiot za wynagrodzeniem pobieranym bezpośrednio od pacjentów lub z ich ubezpieczenia prywatnego stanowi działalność gospodarczą w rozumieniu prawa europejskiego. Podmioty lecznicze świadczące takie usługi komercyjne są przedsiębiorstwami w rozumieniu prawa europejskiego. W takim przypadku może wystąpić do pewnego stopnia konkurencja między podmiotami w zakresie świadczenia usług opieki zdrowotnej. W takiej sytuacji możliwe jest wystąpienie pomocy publicznej lub pomocy de minimis. Powyższe będzie potwierdzone przez dany podmiot otrzymujący wsparcie.

**Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie? :**

- Nie

**Czy projekt będzie projektem grantowym? :**

- Nie

**Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie:** ogłoszenie naboru nastąpi w 4. kw. 2023 r.

**Przewidywany okres realizacji projektu:** styczeń 2024 – czerwiec 2028 (54 miesiące)

**Szacowany budżet Projektu**

Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN):

- w roku 2024: 5 000 000,00
- w roku 2025: 5 000 000,00
- w roku 2026: 5 000 000,00
- w roku 2027: 3 000 000,00
- w roku 2028: 2 000 000,00
- ogółem: 20 000 000,00

Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):

- Nie

Procentowy poziom wymaganego wkładu własnego: Nie dotyczy

Szacowany wkład UE (PLN):

16 504 000,00

Cross-financing:

- Kwota: nie dotyczy
- %: nie dotyczy

## **Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami**

### **Wskaźniki Rezultatu**

1. Liczba osób, które podniosły swoje kompetencje dzięki udziałowi w szkoleniach oraz kształceniu podyplomowym prowadzonych w ramach programu

Wartość docelowa dla projektu: 2 000

### **Wskaźniki Produktu**

1. Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego

Wartość docelowa dla projektu: 2100

### **Szczegółowe kryteria wyboru projektów**

Nie dotyczy

<b>II FIZSKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY<sup>4</sup></b> część wypełniana jest oddzielnie dla każdego projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny, ujętym w wykazie działań zawartym w części Informacje ogólne. W przypadku zgłaszania w Planie więcej niż jednego projektu, kolejną fiszkę należy przedstawić w oddzielnej części, przez powielenie formularza fiszki projektu.	
<b>III.1 NUMER PROJEKTU W PD</b> skrócona nazwa programu - skrót nazwy województwa . numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu. Przykład: WD.1.P.1.	FERS.3.P.1
<b>III.2 DZIAŁANIE</b> numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Numer i nazwa działania FERS).
<b>III.3 Fundusz</b> skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy	EFS+
<b>III.4 Cel szczegółowy</b> numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.	Cel szczegółowy: 4(k) Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej (...)
<b>III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP</b> typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).
<b>III.6 Zakres terytorialny inwestycji</b> pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).	ogólnopolski
	Województwo:
	Powiat:
	TERYT powiat:
<b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b>	
<b>III.7 Tytuł projektu</b>	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Tytuł lub zakres projektu).
<b>III.8 Beneficjent</b> nazwa beneficjenta, adres jego siedziby	Ministerstwo Zdrowia Ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
<b>III.9 Cel główny projektu</b> cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).

<sup>4</sup> Istnieje możliwość przedstawienia informacji nt. projektu w postaci fiszki projektu realizowanego w procedurze niekonkurencyjnej używanej przez Instytucję, jeśli w tej fiszce znajdują się wszystkie informacje wymagane oficjalnym wzorem planu działań Komitetu Sterującego, natomiast w przypadku gdy taki dokument nie zawiera wszystkich wymaganych wzorem informacji, konieczne jest uzupełnienie brakujących elementów w Planie działań.



<p><b>III.10 Opis projektu</b> zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe</p>	<p>Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).</p>
<p><b>III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”<sup>5</sup></b> nazwa adekwatnego celu z dokumentu „Zdrowa Przyszłość” – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy w razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie</p>	<p>Cel 1.1 [Dostępność] Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa</p>
<p><b>III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta</b> zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta</p>	<p>Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).</p>
<p><b>III.13 Opis zgodności projektu z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych i Krajowym / Wojewódzkim Planem Transformacji</b> zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu oraz Krajowego lub Wojewódzkiego Planu Transformacji</p>	<p>Projekt przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji <a href="https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/">https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/</a> w szczególności w Działaniu 2.13.8: „Wdrożenie działań projakościowych w systemie ochrony zdrowia polegających na dostosowaniu placówek POZ i szpitali do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (głównie osoby z niepełnosprawnością i osoby starsze) (...)”.</p> <p>Projekt związany z poprawą dostępności dla placówek AOS wpisuje się bezpośrednio w cele pkt 2.13 Krajowego Planu Transformacji. W ramach działania 2.13.8 został zidentyfikowany obecnie realizowany projekt, dotyczący poprawy dostępności placówek POZ oraz szpitali. Projekt Dostępność plus dla AOS jest kontynuacją realizowanych działań w projekcie finansowanym ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Placówki Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej otrzymają grant na poprawę ich dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób starszych i z niepełnosprawnością. Wsparcie zostanie udzielone w 3 obszarach: architektonicznym, cyfrowym i informacyjno-komunikacyjnym. Warto podkreślić, że projekt poprzez komponent cyfrowy, wpisuje się w ogólne potrzeby i cele systemu opieki zdrowotnej, dotyczące pogłębiającego się procesu cyfryzacji sektora ochrony zdrowia, który „umożliwi poprawę dostępności do świadczeń w kraju, w szczególności zapewni stałą opiekę osobom starszym i osobom z niepełnosprawnościami, a także przygotuje system na możliwość wystąpienia nieprzewidywalnych zdarzeń epidemiologicznych w przyszłości” (KPT, pkt 2.13 Pozostałe, str. 68). Należy tutaj przede wszystkim zwrócić uwagę na rozwiązania telemedyczne czy też rozwiązania organizacyjno-zarządcze, pozwalające na sprawną organizację pracy placówki i dostosowanie do potrzeb pacjentów, szczególnie starszych i z niepełnosprawnością.</p> <p>Zgodnie z zapisami przedstawionymi w Mapach potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., AOS pełni ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej umożliwiając pacjentom leczenie specjalistyczne niedostępne w POZ. Dodatkowo wzmocnienie AOS i jednocześnie odciążenie leczenia szpitalnego jest od lat wykazywane jako priorytet w reformie polskiego systemu opieki zdrowotnej.</p>

<sup>5</sup> Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

<b>III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie</b> rok oraz kwartał [RRRR.KW]	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie).			
<b>III.15 Przewidywany okres realizacji projektu</b> orientacyjna informacja dotycząca roku oraz kwartału rozpoczęcia/zakończenia realizacji projektu	<b>Data rozpoczęcia</b>	[RRRR.KW]	<b>Data zakończenia</b>	[RRRR.KW]
<b>III.16 Opinia Ministra Zdrowia</b> Oświadczenie o posiadaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, o ile projekt dotyczy zakresu: - e-zdrowia, dostępności placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i telemedycyny, - psychiatrii, - kształcenia kadr medycznych i okołomedycznych.	Nd.			

<b>SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU</b>	
<b>Szacowana kwota wydatków w projekcie</b>	
<b>III.17 Planowany koszt całkowity [PLN]</b> całkowita wartość projektu, obejmująca zarówno wydatki kwalifikowalne (wkład UE i wkład krajowy), jak i niekwalifikowalne, w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Szacowany budżet). W projekcie nie przewiduje się wydatków niekwalifikowalnych (wydatki niekwalifikowalne – 0 PLN).
<b>III.18 Planowany koszt kwalifikowalny [PLN]</b> wartość wydatków kwalifikowalnych w projekcie (wkład UE i wkład krajowy) w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Szacowany budżet).
<b>III.19 Poziom dofinansowania UE [%]</b> poziom dofinansowania UE przeznaczonego na projekt w %	82,52%
<b>III.20 Poziom wkładu krajowego [%]</b> poziom dofinansowania krajowego przeznaczonego na projekt w %	17,48%

<b>ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI</b>
<b>III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU</b>

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba podmiotów leczniczych świadczących AOS, które wdrożyły standard obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami	sztuka	250	250
w razie potrzeby należy dodać wiersze			
<b>III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU</b>			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba podmiotów leczniczych świadczących AOS, objętych wsparciem w ramach podnoszenia standardu obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami	sztuka	250	250
w razie potrzeby należy dodać wiersze			

FERS.3.P.1

Tytuł lub zakres projektu: **Dostępność plus dla AOS**

**Informacje o instytucji opracowującej fiszkę:**

Numer i nazwa Priorytetu: III – Dostępność i usługi dla osób z niepełnosprawnościami

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych:

Dariusz Juszczyński

Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II

Departament Oceny Inwestycji

+48 880 340 050

[d.juszczyński@mz.gov.pl](mailto:d.juszczyński@mz.gov.pl)

Numer i nazwa działania FERS: 03.07 Dostępność podmiotów leczniczych

## Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny

Podstawowe informacje o Projekcie:

Typ projektów FERS:

**Poprawa dostępności podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie AOS**

Podmiot, który będzie wnioskodawcą: **Ministerstwo Zdrowia**

**Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą:**

Projekt ma strategiczne znaczenie dla społeczno-gospodarczego rozwoju kraju, bowiem jego realizacja wynika z rządowego Programu Dostępność Plus, którego celem jest **zapewnienie swobodnego dostępu do dóbr, usług oraz możliwości udziału w życiu społecznym i publicznym osób o szczególnych potrzebach**. Program ten koncentruje się na dostosowaniu przestrzeni publicznej, architektury, transportu i produktów do wymagań wszystkich obywateli. Program Dostępność Plus wymienia służbę zdrowia jako czwarty z obszarów Programu, wskazując, że **efektem jego realizacji** będą „zmiany w wybranych placówkach opieki medycznej, polegające na poprawie ich wyposażenia w sprzęt ułatwiający komunikację (z osobą niesłyszącą, z osobą z zaburzeniami mowy), poruszanie się (oznaczenia, podjazdy, podnośniki), oraz zmianie procedur pozwalających na asystowanie osobie z niepełnosprawnościami przez personel placówki.” Jak wskazują zapisy Programu: „Dostępność placówek medycznych, czyli między innymi przychodni i szpitali to warunek konieczny dla zapewnienia każdemu obywatelowi realizacji prawa do równego traktowania. Nowe lub wyremontowane budynki szpitali i przychodni spełniają na ogół kryteria dostępności architektonicznej, głównie dla osób z niepełnosprawnością ruchową. w przypadku starszych budynków konieczne są dodatkowe usprawnienia, dzięki którym osoby o szczególnych potrzebach będą mogły bez trudności poruszać się po placówce świadczącej pomoc medyczną.” Ministerstwo Zdrowia (dalej: MZ), w ramach Programu PO WER realizowało projekt „Dostępność Plus dla zdrowia”, którego celem była poprawa dostępności w placówkach POZ oraz szpitalach. Projekt Dostępność plus dla AOS będzie polegał na opracowaniu standardów dostępności dla placówek Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (dalej: AOS) i **realizacji projektów grantowych przez AOS w oparciu o przyjęte Standardy Dostępności dla AOS. Placówki AOS świadczą, na podstawie kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ) zadania publiczne o charakterze zdrowotnym.**

Realizacja projektu w formule niekonkurencyjnej z wykorzystaniem grantu jest najbardziej optymalnym rozwiązaniem także z punktu widzenia celów projektu. Zakłada się opracowanie w ramach projektu, na pierwszym jego etapie, Standardów Dostępności dla AOS, który

następnie będzie testowany oraz wdrażany na kolejnych etapach projektu, w ramach projektów grantowych w placówkach AOS wyłonionych w procedurze grantowej.

Standardy Dostępności AOS będą obejmowały opis koniecznych do podjęcia działań nie tylko w obszarze inwestycji o charakterze infrastrukturalnym, ale także zaopatrzenia w sprzęt podnoszący dostępność, jak również szkolenia kadry. Dlatego też fundamentalne znaczenie ma w tym przypadku zapewnienie kompleksowości zaproponowanego wsparcia. Celem MZ jest nie tylko zaopatrzenie placówek medycznych świadczących AOS w niezbędną infrastrukturę i sprzęt, ale przede wszystkim przeprowadzenie szeregu działań o charakterze szkoleniowym i edukacyjnym. Wsparcie przewidziane w projekcie będzie miało kompleksowy charakter i będzie obejmowało przewyższanie nie tylko barier architektonicznych, ale także cyfrowych i informacyjno-komunikacyjnych.

MZ pełni kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia wyznaczając kierunki rozwoju tego systemu, w tym odpowiada za proces wdrażania środków europejskich zarówno w zakresie infrastruktury, jak również kształcenia kadr medycznych. Ponadto, należy zwrócić uwagę na proces informatyzacji systemu ochrony zdrowia, za który również odpowiada MZ.

Kluczowym argumentem jest ponadto posiadane przez MZ doświadczenie w realizacji projektów związanych z poprawą dostępności placówek medycznych w skali całego kraju. Od 2019 r. MZ realizuje projekt pn. Dostępność Plus dla zdrowia. Projekt związany ze wsparciem placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS) będzie w dużej mierze realizowany w sposób analogiczny do poprzedniego projektu, z uwzględnieniem wniosków, rekomendacji i doświadczeń wynikających z jego wdrażania. To zapewni wypracowanie najbardziej efektywnych rozwiązań oraz zrealizowanie wszystkich wymaganych wskaźników w zaplanowanym budżecie i harmonogramie. Projekt przeznaczony dla placówek AOS będzie mieć charakter komplementarny w stosunku do obecnie realizowanego projektu Dostępność plus dla zdrowia, który swym wsparciem obejmował szpitale i Placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (dalej: POZ), ale bez AOS.

MZ jest członkiem Rady Dostępności, na forum której może dokonywać niezbędnych konsultacji, zarówno z przedstawicielami innych urzędów centralnych, jak również przedstawicielami strony społecznej, która od lat zajmuje się reprezentowaniem osób z niepełnosprawnościami. Oprócz Rady Dostępności, MZ będzie współpracować z Doradcą, który zostanie wyłoniony w postępowaniu przetargowym i będzie stanowić wymierne wsparcie w toku realizacji całego projektu. . Ponadto, MZ na przestrzeni ostatnich lat zbudowało odpowiednie zaplecze kadrowe, które nie tylko zna się na problematyce dostępności, ale również posiada kompetencje związane z realizacją dużych projektów. Kapitał ludzki zbudowany na bazie realizacji projektu Dostępność Plus dla zdrowia powinien zostać w pełni wykorzystany, co zminimalizuje wszelkie ryzyka, które mogą się pojawić w projekcie

Dostępność Plus dla AOS. Personel projektu, oprócz typowej opieki merytoryczno-finansowej grantobiorców, brał udział w szkoleniach z obszaru dostępności, postępowaniach przetargowych, organizacji szkoleń, czynnościach audytowych przy współudziale ekspertów zewnętrznych, kontrolach oraz na bieżąco współpracował z organizacjami pozarządowymi reprezentującymi osoby z niepełnosprawnościami. Dotyczy to nie tylko zadań projektowych, ale również ustawowych.

W związku z powyższym, wdrożenie rozwiązań o charakterze systemowym, służących poprawie sytuacji osób z niepełnosprawnościami w obszarze ochrony zdrowia, powinno zostać powierzone MZ, posiadającemu oprócz wypracowanego know-how, odpowiednie narzędzia organizacyjne oraz kadrowe do skoordynowania całego procesu wsparcia przy współudziale różnych grup interesariuszy. MZ za szczególnie ważne uznaje opracowanie właściwych standardów jakościowych oraz transparentnych metod ich kontroli. Kluczowe jest wykorzystanie własnych zasobów kadrowych, posiadających bardzo duże doświadczenie w obszarze dostępności, zdobyte zarówno przy realizacji projektu Dostępność Plus dla zdrowia, jak również zadań ustawowych, nałożonych na MZ.

#### **Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:**

ESO4.11. Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej (EFS+)

#### **Cel główny projektu:**

Celem głównym projektu jest opracowanie i wdrożenie standardu dostępności dla placówek AOS, co przyczyni się do poprawy dostępności tych placówek medycznych dla osób ze szczególnymi potrzebami oraz zwiększenia jakości realizowanych przez nie świadczeń. Konieczność opracowania odrębnych standardów dla AOS wynika z odmiennej specyfiki tych podmiotów w stosunku do POZ czy szpitali. AOS to lekarze specjaliści w różnych dziedzinach medycyny. Szczegółowe rozwiązania służące zapewnianiu dostępności będą charakterystyczne dla tego rodzaju placówek, również katalog sprzętów, które będą podnosiły dostępność będzie odmienny, w stosunku do katalogu wskazanego w standardach dostępności dla POZ czy dla szpitali.

Opracowane standardy dostępności będą dotyczyć 3 obszarów dostępności: architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej, zgodnie z zakresem ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. w zakresie dostępności cyfrowej, również w oparciu o ustawę z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron

internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych. w trakcie prac nad standardami, wykorzystane zostaną istniejące standardy dla POZ i szpitali, w zakresie, w jakim mogą być one właściwe również dla placówek AOS. Placówki AOS będą mogły ubiegać się o grant na poprawę dostępności w oparciu o przygotowany Standard Dostępności AOS w 3 wyżej wymienionych obszarach.

W opiece zdrowotnej, od lat utrzymuje się niski poziom dostępności placówek medycznych. Personel nie jest wystarczająco przygotowany do przyjmowania pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Często osoby z niepełnosprawnościami zgłaszające się na leczenie czy badanie muszą korzystać z pomocy osób asystujących (znajomych, rodziny), co odbiera im możliwość samodzielnego korzystania z usług opieki zdrowotnej, utrudniając tym samym niezależne życie. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że osoby z niepełnosprawnościami 2 razy częściej cierpią z powodu nieodpowiedniego przygotowania placówek medycznych i pracowników służby zdrowia, 3 razy częściej narażone są na odmowę opieki medycznej i 4 razy częściej cierpią z powodu niewłaściwego podejścia ze strony służby zdrowia w stosunku do osób, które nie doświadczają takich barier.

Zgodnie z informacjami Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, w zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 4,9 mln osób do 7,7 mln osób.

Artykuł 68 Konstytucji wskazuje, że zapewnia się szczególną ochronę zdrowia między innymi osobom w podeszłym wieku i osobom niepełnosprawnym, ponieważ w Polsce właśnie te grupy społeczne są zagrożone ryzykiem wykluczenia z opieki zdrowotnej. Pacjenci z niepełnosprawnościami, świadomi swoich praw, coraz częściej składają skargi na usługi w obszarze opieki zdrowotnej. Najczęściej dotyczą one: utrudnień w rejestracji – obowiązek osobistego dostarczenia skierowania do placówki, świadczenia usług w obiektach niedostępnych architektonicznie, niedostosowania urządzeń diagnostycznych dla osób z niepełnosprawnościami, braku przygotowania placówek medycznych na obecność osób z niepełnosprawnościami – brak łóżek z regulacją wysokości, brak podnośników, zbyt wąskie drzwi do toalet czy bariery komunikacyjne polegające np. na trudności z obsługą osób głuchych oraz z dysfunkcją mowy – brak tłumaczy.

W latach 2019-2023 jest realizowany projekt pn. „Dostępność plus dla zdrowia”, finansowany ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, mający na celu poprawę dostępności placówek POZ oraz szpitali dla osób ze szczególnymi potrzebami. w ramach projektu zostały wypracowane Standardy Dostępności POZ i szpitali. Wsparciem w projekcie zostanie objętych co najmniej 270 placówek POZ oraz 72 szpitale. w toku realizacji projektu przeprowadzono ponad 330 audytów wstępnych w podmiotach na obszarze całego kraju. Spośród wszystkich zaudytowanych placówek nie znalazła się nawet jedna, która spełniałaby

standardy dostępności chociaż w minimalnym stopniu. To pokazuje skalę potrzeb i konieczność kontynuacji działań związanych z poprawą dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami, także w obszarze AOS.

Wsparcie placówek medycznych w zakresie poprawy dostępności dla pacjentów z niepełnosprawnościami dotyczy nie tylko barier architektonicznych, ale również cyfrowych czy informacyjno-komunikacyjnych. Placówki powinny posiadać niezbędne zaplecze oraz procedury do wsparcia wszystkich pacjentów, zarówno z niepełnosprawnością narządów ruchu, intelektualną, narządów wzroku czy słuchu, jak i w najcięższych przypadkach występowania niepełnosprawności sprzężonej.

Dla MZ, jako podmiotu publicznego, zapewnianie dostępności jest szczególnie ważnym procesem, także wykraczającym poza ramy projektów finansowanych z funduszy UE. Od października 2021 r. MZ prowadzi Teleplatformę Pierwszego Kontaktu (TPK), która jest dostępna poza godzinami pracy POZ. Kontaktując się z TPK, pacjent otrzyma poradę pielęgniarki/położnej lub lekarską w formie telekonsultacji. Może uzyskać poradę medyczną, e-receptę, e-skierowanie, e-zwolnienie. Aby zapewnić osobom z niepełnosprawnością narządu słuchu równy dostęp do usługi, MZ wspólnie z operatorami TPK oraz ze stroną społeczną, uruchomiło usługę tłumacza języka migowego (PJM oraz SJM) osobom głuchym.

Dla realnego zapewniania dostępności przez podmioty ochrony zdrowia szczególnie ważne jest podejmowanie współpracy i wymiana informacji pomiędzy instytucjami. Dlatego też rozwijamy współpracę pomiędzy Biurem Rzecznika Praw Pacjenta, NFZ czy Centrum E-Zdrowia. Tematem, w którym planujemy rozwinąć współpracę, jest komunikacja z pacjentami ze szczególnymi potrzebami.

Realizacja projektu przyczyni się do wzrostu efektywności systemu ochrony zdrowia i osiągnięcia poniższych efektów:

- Opracowanie rozwiązań systemowych związanych ze wsparciem pacjentów ze szczególnymi potrzebami w ramach obszaru ochrony zdrowia.
- Podniesienie jakości usług zdrowotnych poprzez wdrożenie standardu obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- Zniwelowanie barier architektonicznych utrudniających dostęp pacjentów ze szczególnymi potrzebami do placówek medycznych.
- Podniesienie dojrzałości cyfrowej placówek medycznych w zakresie dotyczącym obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- Stworzenie lub zoptymalizowanie systemów IT w obszarze obsługi pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów ze szczególnymi potrzebami.



- Wzrost kompetencji kadry medycznej i niemedycznej placówek medycznych w zakresie obsługi narzędzi IT służących poprawie sytuacji pacjentów ze szczególnymi potrzebami (podniesienie kompetencji cyfrowych).
- Podniesienie poziomu świadomości kadry medycznej i niemedycznej placówek zdrowotnych związanej z pacjentami ze szczególnymi potrzebami.
- Poprawa kompetencji interpersonalnych personelu medycznego, związanych z komunikacją z pacjentami ze szczególnymi potrzebami.
- Poprawa procedur i innych aspektów organizacyjnych w placówkach medycznych w zakresie obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

W celu zapewnienia trwałości wypracowanych rezultatów projektu, MZ w ramach podpisywanych umów z grantobiorcami wprowadzi zapisy obligujące do jej zachowania przez okres 5 lat od daty płatności końcowej przekazanej grantobiorcy. Wypracowane efekty projektu, przede wszystkim Standard Dostępności AOS, zostaną publicznie udostępnione i będą promowane przez MZ w celu możliwie najszerszej implementacji w systemie ochrony zdrowia.

**Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie, ze wskazaniem grup docelowych, planowanych terminów realizacji zadań oraz szacunkowych kosztów ich realizacji (% budżetu projektu):**

**Zadanie 1 – Współpraca z Doradcą Dostępności** - 3% budżetu projektu, okres realizacji zadania od IV kw. 2023 r. do IV kw. 2028 r.

Opis zadania:

MZ planuje wyłonić w postępowaniu przetargowym podmiot pełniący funkcję Doradcy Dostępności. Zakres działań doradcy będzie obejmował:

- przygotowanie Standardu Dostępności AOS w terminie ok. 6 miesięcy od zawarcia umowy;
- przygotowanie minimalnego wzoru raportu audytowego dla audytów początkowych, uzupełniających oraz końcowych w terminie miesiąca od zawarcia umowy;
- doradztwo w skomplikowanych kwestiach merytorycznych, dotyczących dostępności przez cały okres obowiązywania umowy ;
- przeprowadzanie kontroli lub wizyt monitoringowych w placówkach AOS – kontrole lub wizyty monitoringowe wstępne – w celu weryfikacji przeprowadzonego w AOS audytu wstępnego, śródkresowe, i końcowe;
- przygotowanie raportu końcowego ze wsparcia grantowego w AOS;

- realizację szkoleń centralnych (szczegółowy opis w zadaniu nr 4).

Najważniejszym zadaniem Doradcy będzie przygotowanie Standardu Dostępności AOS. Chociaż ogólne potrzeby związane z dostępnością będą podobne we wszystkich placówkach, wyzwaniem będzie uwzględnienie szczególnych potrzeb pacjentów pod kątem konkretnych specjalizacji w obszarze AOS. Inne potrzeby będą mieć np. pacjenci placówki laryngologicznej, a inne ortopedycznej. Beneficjent będzie na bieżąco współpracował z Doradcą przy opracowaniu Standardów i monitorował postępy prac. Harmonogram prac zostanie zdefiniowany w ramach dokumentacji przetargowej. Ostatecznie, to Beneficjent zatwierdzi dokument, który będzie stanowił podstawę do uruchomienia naborów grantowych. w sytuacji pojawienia się potrzeby szerszych konsultacji, Beneficjent jako członek Rady Dostępności wystąpi z wnioskiem o podjęcie tematu i zajęcie stanowiska przez Radę.

W postępowaniu przetargowym, będą mogły wziąć udział podmioty znajdujące się w wykazie podmiotów dokonujących certyfikacji, o których mowa w art. 17 ustawy o zapewnianiu dostępności. Doradca będzie musiał oświadczyć, że ani on, ani jego personel, nie będą brać udziału w czynnościach audytowych zleconych przez placówki w celu ubiegania się o powierzenie grantu lub jego realizacji, ani innych czynnościach mogących rzutować na ich bezstronność.

Doradca Dostępności będzie odpowiadać za przeprowadzenie kontroli lub wizyt monitoringowych w wybranych placówkach, w celu potwierdzenia prawidłowości realizacji grantów zgodnie z zakresem wynikającym z wniosku o powierzenie grantu i Standardu Dostępności AOS. Wstępnie planuje się przeprowadzenie kontroli 10% podmiotów na każdym z etapów –wstępnym, śródkresowym oraz końcowym.

Na koniec zostanie przygotowany przez Doradcę raport końcowy z realizacji projektu przez MZ, który będzie uwzględniał kluczowe informacje związane z procesem wdrażania dostępności w placówkach AOS, z uwzględnieniem rekomendacji co do dalszych działań, po zakończeniu projektu.

**Zadanie 2 – Przygotowanie i przeprowadzenie naboru wniosków o powierzenie grantu dla placówek AOS** - okres realizacji zadania od II kw. 2024 do I kw. 2027 r. Zadanie finansowane z kosztów pośrednich.

Opis zadania:

Zadanie będzie realizowane bezpośrednio przez MZ. Nabór będzie mieć charakter otwarty i składać się z etapu oceny formalno-merytorycznej oraz negocjacji. Przed otwarciem naboru, podmiotom zostaną udostępnione standardy wraz ze wzorem raportu audytowego, w celu umożliwienia poddania się audytowi przed ubieganiem się o powierzenie grantu. Placówki będą mogły złożyć wniosek dopiero po poddaniu się procedurze audytu przeprowadzonego przez

podmiot, który znajduje się w wykazie podmiotów dokonujących certyfikacji, o którym mowa w art. 17 ustawy o zapewnianiu dostępności. Wydatek poniesiony na przeprowadzenie audytu będzie mógł zostać uznany za kwalifikowalny po podpisaniu umowy o powierzenie grantu oraz weryfikacji spełnienia wymogów kwalifikowalności wynikających z wytycznych.

Doświadczenia projektu Dostępność plus dla zdrowia pokazują, że realizacja audytów dopiero w ramach procesu oceny wniosków o powierzenie grantu centralnie przez MZ byłaby zbyt długotrwała i generowałaby znaczące opóźnienia. Powodowałaby, że od momentu złożenia wniosku do jego faktycznej realizacji mija tak dużo czasu, że zarówno zakres, jak i przewidziane stawki mogłyby być nieprzystające do aktualnej sytuacji rynkowej.

Nabór zostanie opublikowany na stworzonej przez MZ Platformie Oceny Projektów Inwestycyjnych (POPI), która jest dostępna cyfrowo. Złożenie wniosku o powierzenie grantu będzie możliwe wyłącznie w formie elektronicznej. Umowa o powierzenie grantu z placówką AOS również będzie zawierana w formie elektronicznej z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego. Cyfrowy obieg dokumentów zapewnia wyższy poziom dostępności dla osób z niepełnosprawnością wzroku.

Wsparciem zostanie objętych co najmniej 250 placówek AOS. Zgodnie z art. 41 ust 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, wybór grantobiorców będzie odbywał się w drodze otwartego naboru projektów grantowych dla placówek AOS (podmiotów publicznych lub prywatnych), ogłoszonego przez MZ.. MZ w trakcie oceny formalnej wniosku zweryfikuje i potwierdzi, że grantobiorcą nie jest jednostka samorządu terytorialnego (ani podmiot zależny lub kontrolowany przez jednostkę samorządu terytorialnego), w której obowiązują ustanowione przez organy tej JST dyskryminujące akty prawa miejscowego. Szczegółowy sposób weryfikacji tej zasady będzie określony w procedurach projektu grantowego.

Wnioskodawcą będzie mógł być świadczeniodawca udzielający, na dzień składania Wniosku, w placówce medycznej, w której planowana jest realizacja Przedsięwzięcia, świadczeń gwarantowanych w rodzaju AmbulATORYJNA Opieka Specjalistyczna. Ww. świadczenia muszą być udzielane co najmniej od 3 lat, na podstawie umowy bezpośrednio zawartej pomiędzy Wnioskodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia. Jeden Wnioskodawca będzie mógł otrzymać wyłącznie jeden Grant w ramach Naboru. Grantobiorcą będą mogły być zarówno podmioty działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak również placówki niepubliczne. Warunkiem udziału w projekcie będzie udzielanie świadczeń w rodzaju AmbulATORYJNA Opieka Specjalistyczna w więcej niż jednej specjalizacji. Minimalna liczba i zakres specjalizacji zostanie szczegółowo określony w Procedurze naboru. Będzie się na nie składać na przykład: kardiologia, okulistyka, onkologia, ginekologia, ortopedia, laryngologia, stomatologia, geriatria, psychiatria, chirurgia ogólna. Grantobiorcami będą przede wszystkim

placówki położone w małych miejscowościach lub wsiach, gdzie dostęp do fachowej opieki medycznej jest zdecydowanie bardziej ograniczony, niż w dużych ośrodkach miejskich.

W myśl zapisu art. 41 ust. 10 ustawy wdrożeniowej, właściwa instytucja zatwierdzi procedury dotyczące realizacji projektu grantowego opracowane przez beneficjenta projektu grantowego.

Beneficjent będzie dokonywać weryfikacji występowania placówek rekomendowanych do dofinansowania w Rejestrze podmiotów wykluczonych z możliwości otrzymania środków przeznaczonych na realizację programów finansowanych ze środków europejskich, prowadzonym przez Ministerstwo Finansów.

Ze względu na możliwość wystąpienia pomocy publicznej, na etapie aplikowania o grant placówki AOS zobligowane będą do wypełnienia testu pomocy publicznej, który będzie weryfikowany przez Beneficjenta na etapie oceny wniosku o powierzenie grantu.

**Zadanie 3 – Realizacja przedsięwzięć grantowych przez placówki AOS - 96% budżetu projektu**  
– kosztów bezpośrednich, okres realizacji zadania od II kw. 2025 r. do II kw. 2028 r.

Opis zadania:

Realizacja projektów przez placówki AOS będzie przebiegać w oparciu o zakres rzeczowy wniosku o powierzenie grantu, wynikający z zapisów raportu z audytu wstępnego przeprowadzonego przez placówkę aplikującą o grant, przed złożeniem wniosku o powierzenie grantu. Zakres będzie musiał być spójny z opracowanym w projekcie Standardem Dostępności AOS.

Przedmiotem Grantu będą przedsięwzięcia polegające na realizacji zadań umożliwiających spełnienie wybranych przez Wnioskodawcę wymagań zawartych w Standardzie Dostępności dla AOS, który będzie stanowił załącznik do Procedury. Wymagania będą odnosić się do trzech zakresów dostępności: architektonicznej (np. montaż windy, budowa podjazdu do budynku, dostosowanie toalety, montaż pętli indukcyjnej), cyfrowej (np. systemy e-rejestracji, budowa/dostosowanie strony placówki zgodnie z wytycznymi WCAG) i informacyjno-komunikacyjnej (np. szkolenia w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, koszt usługi tłumacza polskiego języka migowego). Wnioskodawca, na podstawie zidentyfikowanych w placówce barier dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami oraz po przeanalizowaniu w ich kontekście potrzeb placówki, zaplanuje zakres rzeczowy Grantu, wskazując konkretne zadania do realizacji w ramach wsparcia grantowego – w tym niezbędne prace, usługi bądź też niezbędny sprzęt medyczny podnoszący dostępność placówki. Za wyjątkiem kosztów audytów wstępnych, przedmiotem Grantu nie będą mogły być zadania zrealizowane przed złożeniem wniosku. Przedsięwzięcie będzie mogło dotyczyć wyłącznie

jednego miejsca udzielania świadczeń, tj. placówki medycznej, w której Wnioskodawca udziela świadczeń gwarantowanych w rodzaju AOS.

W przypadku konieczności wprowadzenia we wniosku o powierzenie grantu istotnych zmian w zakresie merytorycznym, może zaistnieć konieczność przeprowadzenia audytu uzupełniającego. Planuje się udzielenia wsparcia grantowego 250 placówkom AOS.

Maksymalna wartość grantu nie przekroczy równowartości 200 tys. euro, według wartości w PLN przeliczonej po aktualnym kursie.

Minimalna wartość Grantu, o którą będzie można wnioskować: 150 000 zł. Maksymalna wartość Grantu, o którą będzie można wnioskować: 900 000 zł (ale nie więcej niż równowartość 200 tys. euro). Ostateczna wysokość Grantu określona zostanie na etapie negocjacji z Grantobiorcą i w zależności od wyników negocjacji, pozostanie na pierwotnie wnioskowanym poziomie lub zostanie obniżona. Wartość dofinansowania będzie mogła wynieść do 100% wnioskowanej kwoty. Nie będzie wymagane wniesienie wkładu własnego. w odniesieniu do wysokości grantu będzie obowiązywał limit dot. wydatków należących do kategorii cross-financingu. Maksymalna wartość wydatków w ramach cross-financingu nie będzie mogła przekroczyć 25% wartości grantu. Cross-financing na poziomie Grantobiorcy wliczany jest do limitu cross-financingu na poziomie projektu.

Granty będą rozliczane w oparciu o faktycznie ponoszone wydatki. Zostanie opracowany katalog wydatków, dzięki któremu MZ przyporządkuje je do kategorii podlegających limitom.

Audyty w placówkach AOS będą mogły przeprowadzać podmioty znajdujące się w wykazie podmiotów dokonujących certyfikacji, o których mowa w art. 17 ustawy o zapewnianiu dostępności, za wyjątkiem podmiotu pełniącego funkcję doradcy. To kryterium zapewni z jednej strony rzetelność wykonawców, z drugiej strony przyspieszy cały proces, który w przypadku zlecenia jednemu wykonawcy był bardzo długi. Zrealizowanie samych audytów wstępnych w co najmniej 250 placówkach przez jeden podmiot mogłoby potrwać nawet 2 lata. Audyty w placówkach AOS stanowić będą koszty kwalifikowalne projektu, możliwe do rozliczenia w ramach grantu, pod warunkiem ich przeprowadzenia przez podmioty uprawnione do przeprowadzania audytów dostępności, których lista jest opublikowana na stronach MFIPR.

**Zadanie 4 – Przeprowadzenie szkoleń centralnych personelu placówek AOS - 1% budżetu projektu, okres realizacji zadania od II kw. 2025 r. do II kw. 2028 r.**

Opis zadania:

Realizacja projektu Dostępność Plus dla zdrowia pokazała, jak istotnym czynnikiem jest prowadzenie szkoleń na poziomie centralnym, które porządkują i uzupełniają już pozyskaną przez uczestników wiedzę w obszarze dostępności. MZ chce je kontynuować, uwzględniając przy tym zebrane doświadczenia, a ponadto rozszerzyć zakres szkoleń poprzez utworzenie

dedykowanego kanału komunikacji zdalnej, za pośrednictwem którego będą udostępniane, oprócz materiałów szkoleniowych, także dodatkowe dokumenty, poszerzające wiedzę o dostępności.

Zakres tematyczny szkoleń będzie dotyczyć zarówno dostępności placówek AOS rozumianej w ujęciu horyzontalnym, w oparciu o opracowany wcześniej Standard Dostępności, jak i praktycznych aspektów komunikacyjnych, związanych z obsługą pacjenta ze szczególnymi potrzebami.

Za realizację szkoleń odpowiedzialny będzie Doradca Dostępności, wyłoniony w postępowaniu przetargowym, o którym mowa w zadaniu 1.

Szkolenia planowane są w formule zdalnej. Jest to związane z praktyką funkcjonowania placówek medycznych, w których z uwagi na bardzo duże obłożenie pacjentów, udział w 2 dniowym szkoleniu stacjonarnym mógłby zniechęcać do udziału w projekcie. w przypadku uczestnictwa w szkoleniu osób ze szczególnymi potrzebami, m.in. os. z niepełnosprawnością słuchu, zapewnimy uczestnikom tłumaczenie szkolenia na polski język migowy. Oprócz szkolenia zostanie przygotowany kanał na platformie informatycznej, w ramach którego będą dostępne materiały szkoleniowe oraz inne dokumenty, przydatne z punktu widzenia poszerzenia wiedzy o dostępności. Wszystkie materiały szkoleniowe, jak i platforma będą dostępne cyfrowo. Kanał zapewni uczestnikom wsparcie także po szkoleniu, możliwość zadawania pytań i wymiany doświadczeń. w celu upowszechnienia wiedzy w zakresie zapewniania dostępności i komunikacji z pacjentami ze szczególnymi potrzebami, Beneficjent planuje zlecić nagranie szkolenia o tematyce dostępności w formie e-learningu, które będzie udostępnione na platformie wszystkim zainteresowanym podmiotom AOS, również niebędącymi Grantobiorcami projektu Dostępność dla AOS.

Łącznie planuje się przeszkolić 1 000 uczestników, którzy będą delegowani przez placówki AOS, które otrzymały wsparcie grantowe. Obowiązek wydelegowania odpowiedniej liczby pracowników zostanie zawarty w umowie o powierzenie grantu.

#### **Grupa docelowa (liczebność, cechy, potrzeby, oczekiwania)**

Grupę docelową w projekcie będą stanowić placówki medyczne z całego kraju, posiadające kontrakt z NFZ w rodzaju AOS, które wymagają poprawy dostępności świadczonych usług dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Priorytetem będzie skierowanie wsparcia przede wszystkim do placówek położonych w małych miejscowościach lub wsiach, gdzie dostęp do fachowej opieki medycznej jest zdecydowanie bardziej ograniczony, niż w dużych ośrodkach miejskich. Planuje się podział alokacji przeznaczonej na nabór ze względu na przeciętny dochód w danej gminie w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Większa kwota alokacji zostanie przeznaczona na gminy, w których dochód jest niższy od przeciętnego wskazywanego przez GUS. Zakłada się

udzielenie pierwszeństwa we wsparciu dla tych podmiotów, które nie aplikowały o środki w ramach projektu Dostępność Plus dla zdrowia w projekcie PO WER.

Wsparcie będzie mogło zostać przeznaczone wyłącznie na działania związane z działalnością placówki w ramach kontraktu z NFZ. Jak pokazują doświadczenia przeprowadzonych audytów w projekcie Dostępność Plus dla zdrowia, w każdym z obszarów dostępności wynikających z ustawy występują ogromne deficyty dostępności. Biorąc pod uwagę, że część placówek POZ posiada również AOS, skalę potrzeb i wyzwań można zdiagnozować jako zbliżoną do sytuacji, z jaką MZ zmierzył się w poprzednim projekcie.

W sposób pośredni grupą docelową jest także personel, który weźmie udział w szkoleniach centralnych. Będą to osoby pracujące w placówkach AOS, których obszar działalności jest szczególnie istotny w kontekście obsługi pacjentów z niepełnosprawnościami, włączając w to:

1. pracowników pionów administracyjnych podmiotów np. rejestratorki i rejestratorzy, którzy na co dzień odpowiadają za pierwszy kontakt pacjenta z placówką;
2. kadrę zarządzającą, odpowiedzialną za ogólne funkcjonowanie i dostępność placówek (np. dyrektorzy, managerowie ochrony zdrowia);
3. kadrę medyczną, przede wszystkim posiadającą w zakresie swoich obowiązków funkcje administracyjne lub zarządcze, np. pielęgniarki, lekarzy, mogących wpływać na strukturę, organizację pracy oraz ogólne funkcjonowanie danej jednostki pod kątem dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami w wymiarze najbardziej istotnym dla pacjenta, czyli realizacji konkretnych usług medycznych.

**Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?:**

- Nie

**Czy projekt będzie projektem grantowym?:**

- Tak

**Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie:** III kwartał 2023 r.

**Przewidywany okres realizacji projektu:** 02.11.2023 r. – 31.10.2028 r.

**Szacowany budżet Projektu**

Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN):

- w roku 2023: 270 000,00
- w roku 2024: 3 400 000,00
- w roku 2025: 96 250 000,00
- w roku 2026: 96 250 000,00

- w roku 2027: 96 250 000,00
- w roku 2028: 96 267 000,00

ogółem: 388 687 000,00 PLN.

Ostateczna wartość projektu będzie wynikać z przeliczenia kwoty 87 345 393 EUR na PLN po aktualnym kursie. Ewentualne zwiększenie wartości projektu będzie się wiązać z proporcjonalnym zwiększeniem wartości wskaźników.

**Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):**

- Nie

**Procentowy poziom wymaganego wkładu własnego (o ile dotyczy):**

nie dotyczy

**Szacowany wkład UE (PLN):**

320 739 187,00

**Cross-financing:**

- Kwota 97 171 750,00 PLN
- 25%

Rodzaj planowanych wydatków w ramach cross-financingu:

Wydatki związane z zapewnieniem dostępności architektonicznej dla osób ze szczególnymi potrzebami, mające na celu zniwelowanie barier architektonicznych takich jak: podjazdy, windy, poszerzanie wejść do budynków i drzwi wewnętrznych, likwidacja wysokich progów, montaż posadzek antypoślizgowych, dostosowanie pomieszczeń sanitarnych, rejestracji pacjentów, włączników i tablic informacyjnych, zakup pętli indukcyjnych, zakup łóżek z regulacją itp.

Ostateczny zakres wydatków związanych z obszarem cross-financingu zostanie określony na etapie przygotowania Standardu Dostępności AOS.

Poza wsparciem grantowym dedykowanym placówkom AOS, nie przewiduje się wydatków w ramach cross-financingu.

**Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami**

**Wskaźniki Rezultatu**

2. Liczba podmiotów leczniczych świadczących AOS, które wdrożyły standard obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami

Wartość docelowa dla projektu: 250



<b>II FIZSKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY<sup>6</sup></b> część wypełniana jest oddzielnie dla każdego projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny, ujętym w wykazie działań zawartym w części Informacje ogólne. W przypadku zgłaszania w Planie więcej niż jednego projektu, kolejną fiszkę należy przedstawić w oddzielnej części, przez powielenie formularza fiszki projektu.	
<b>III.1 NUMER PROJEKTU W PD</b> skrócona nazwa programu - skrót nazwy województwa . numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu. Przykład: WD.1.P.1.	FERS.4.P.1
<b>III.2 DZIAŁANIE</b> numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (część Numer i nazwa działania FERS).
<b>III.3 Fundusz</b> skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy	EFS+

### 3. Liczba wdrożonych Standardów AOS

Wartość docelowa dla projektu: 1

4. Liczba pracowników podmiotów świadczących AOS, którzy dzięki uczestnictwu w szkoleniu centralnym, podnieśli swoje kompetencje w zakresie obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami

Wartość docelowa dla projektu: 900

### Wskaźniki Produktu

1. Liczba podmiotów leczniczych świadczących AOS, objętych wsparciem w ramach podnoszenia standardu obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami

Wartość docelowa dla projektu: 250

2. Liczba opracowanych Standardów AOS

Wartość docelowa dla projektu: 1

3. Liczba pracowników podmiotów świadczących AOS, objętych wsparciem w ramach szkoleń centralnych

Wartość docelowa dla projektu: 1 000

### Szczegółowe kryteria wyboru projektów

Kryteria dostępu:

Nie dotyczy

<sup>6</sup> Istnieje możliwość przedstawienia informacji nt. projektu w postaci fiszki projektu realizowanego w procedurze niekonkurencyjnej używanej przez Instytucję, jeśli w tej fiszce znajdują się wszystkie informacje wymagane oficjalnym wzorem planu działań Komitetu Sterującego, natomiast w przypadku gdy taki dokument nie zawiera wszystkich wymaganych wzorem informacji, konieczne jest uzupełnienie brakujących elementów w Planie działań.

<b>III.4 Cel szczegółowy</b> numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.	Cel szczegółowy: 4(k) Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej (...)
<b>III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP</b> typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).
<b>III.6 Zakres terytorialny inwestycji</b>  pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).	ogólnopolski
	Województwo:
	Powiat:
	TERYT powiat:
<b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b>	
<b>III.7 Tytuł projektu</b>	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Tytuł lub zakres projektu).
<b>III.8 Beneficjent</b> nazwa beneficjenta, adres jego siedziby	Ministerstwo Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
<b>III.9 Cel główny projektu</b> cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).
<b>III.10 Opis projektu</b>  zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).
<b>III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”<sup>7</sup></b> nazwa adekwatnego celu z dokumentu „Zdrowa Przyszłość” – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy w razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie	Cel 2.4 [Piramida świadczeń] Optymalizacja piramidy świadczeń

<sup>7</sup> Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

<p><b>III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta</b></p> <p>zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta</p>	<p>Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).</p>
<p><b>III.13 Opis zgodności projektu z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych i Krajowym / Wojewódzkim Planem Transformacji</b></p> <p>zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu oraz Krajowego lub Wojewódzkiego Planu Transformacji</p>	<p>Projekt przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji <a href="https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/">https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/</a>. Potrzeba realizacji projektu została ujęta w Działaniu 2.5.3 w Krajowym Planu Transformacji. Projekt adresuje potrzeby wskazane w Krajowym Planie Transformacji w zakresie AOS a jego cele zakładają:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) odciążenie systemu szpitalnego od konieczności realizacji świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym i przeniesienie ich realizacji w ramach AOS i POZ;</li> <li>2) wprowadzenie płacenia za wynik (paying for performance) oraz różnicowania płatności w zależności od stopnia komplikacji przypadku;</li> <li>3) opracowanie schematów współpracy/komunikacji pomiędzy szpitalem, AOS, POZ w ramach diagnostyki i leczenia, w tym rozwijanie w platformie DOM;</li> <li>4) wdrożenie pakietów diagnostycznych umożliwiających racjonalizację wykorzystania zasobów AOS przez zmniejszenie generowania wizyt;</li> <li>5) modyfikację i optymalizację charakterystyki JGP, w tym również uwzględnienie rozpoznań U07 związanych z diagnostyką i leczeniem COVID-19.</li> </ol> <p>Tym samym projekt przyczyni się do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zwiększenia jakości i efektywności świadczeń przy jednoczesnej organizacji opieki w sposób bardziej dostępny dla pacjentów (opieka ambulatoryjna) oraz przesunięcie zasobów, które obecnie ulokowane są w sposób nadmiarowy w lecznictwie stacjonarnym;</li> <li>- zwiększenie efektywności wykorzystania potencjału zasobów w ramach hospitalizacji oraz stworzenie bodźców promujących wynik i jakość, w szczególności;</li> <li>- zwiększenia udziału świadczeń outpatient (ambulatoryjnych i jednodniowych);</li> <li>- racjonalizacji wykorzystania zasobów AOS i</li> <li>- poprawy patient experience.</li> </ul> <p>Ponadto projekt wykorzystywał będzie dane z mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie AOS oraz leczenia szpitalnego. Zakłada również, że wprowadzone zmiany będą wpływały na zmiany w systemie i wymuszały aktualizację danych w MPZ obrazując wpływ jaki ma na niego projekt.</p> <p>Zgodnie z rekomendowanymi kierunkami działań w mapie potrzeb zdrowotnych w części dotyczącej lecznictwa szpitalnego, konieczne jest: „zapewnienie systemu finansowania motywującego do wykonywania w AOS większej liczby świadczeń, które nie wymagają hospitalizacji, a stanowią często podstawę skierowania na leczenie szpitalne (dotyczy to w szczególności pogłębionej diagnostyki i mniej skomplikowanych zabiegów).”.</p> <p>Dodatkowo w rozdziale dotyczącym AOS wskazano, że niezbędne jest: „przygotowanie szczegółowego wykazu procedur, które mogłyby być wykonywane w większym stopniu w AOS wraz z ustaleniem dokładnego odsetka możliwego do przeniesienia przy wykorzystaniu szerszej konsultacji ze środowiskiem medycznym [...]”.</p> <p>Cele projektu wpisują się wprost w te rekomendacje, bo wskazują m.in. na odciążenie systemu szpitalnego od konieczności realizacji świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym i przeniesienie ich realizacji w ramach AOS i POZ.</p>

<b>III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie</b> rok oraz kwartał [RRRR.KW]	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie).			
<b>III.15 Przewidywany okres realizacji projektu</b> orientacyjna informacja dotycząca roku oraz kwartału rozpoczęcia/zakończenia realizacji projektu	<b>Data rozpoczęcia</b>	[RRRR.KW]	<b>Data zakończenia</b>	[RRRR.KW]
<b>III.16 Opinia Ministra Zdrowia</b> Oświadczenie o posiadaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, o ile projekt dotyczy zakresu:  - e-zdrowia, dostępności placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i telemedycyny,  - psychiatrii,  - kształcenia kadr medycznych i okołomedycznych.	Nd.			

## SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU

### Szacowana kwota wydatków w projekcie

<b>III.17 Planowany koszt całkowity [PLN]</b> całkowita wartość projektu, obejmująca zarówno wydatki kwalifikowalne (wkład UE i wkład krajowy), jak i niekwalifikowalne, w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Szacowany budżet). W projekcie nie przewiduje się wydatków niekwalifikowalnych (wydatki niekwalifikowalne – 0 PLN).
<b>III.18 Planowany koszt kwalifikowalny [PLN]</b> wartość wydatków kwalifikowalnych w projekcie (wkład UE i wkład krajowy) w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Szacowany budżet).
<b>III.19 Poziom dofinansowania UE [%]</b> poziom dofinansowania UE przeznaczonego na projekt w %	82,52%
<b>III.20 Poziom wkładu krajowego [%]</b> poziom dofinansowania krajowego przeznaczonego na projekt w %	17,48%

## ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI

### III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
<i>W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych.</i>	<i>W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych</i>	<i>W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych</i>	<i>W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych</i>
w razie potrzeby należy dodać wiersze			
<b>III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU</b>			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
<i>W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych.</i>	<i>W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych</i>	<i>W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych</i>	<i>W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych</i>
w razie potrzeby należy dodać wiersze			

FERS.4.P.1

Tytuł lub zakres projektu: **Odwrócona Piramida Świadczeń**

**Informacje o instytucji opracowującej fiskę:**

Numer i nazwa Priorytetu: IV - Spójność społeczna i zdrowie

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych:

Dariusz Juszczyński

Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II

Departament Oceny Inwestycji

+48 880 340 050

[d.juszczyński@mz.gov.pl](mailto:d.juszczyński@mz.gov.pl)

**Numer i nazwa działania FERS: 04.15 Skuteczny i odporny system ochrony zdrowia**

**Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny**

Podstawowe informacje o Projekcie:

Typ projektów FERS: Podnoszenie jakości zarządzania świadczeniami zdrowotnymi

Podmiot, który będzie wnioskodawcą: **Ministerstwo Zdrowia (MZ)**

**Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą:**

MZ uczestniczy w ustalaniu polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia. Odpowiada za jej treść i realizację poprzez kierowanie działem administracji rządowej zdrowie. Tym samym jest jedynym podmiotem, który może w tym zakresie dokonywać reform, zgodnych z ustaloną strategią sektorową „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030” oraz zaleceniami Komisji Europejskiej. Ma także narzędzia do wdrażania zmian.

Projekt ma charakter systemowy – zakłada odwrócenie piramidy świadczeń, stanowiące główny cel tego projektu. Odwrócenie piramidy świadczeń będzie polegać na modyfikacji istniejącego systemu prawno-organizacyjnego regulującego proces udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w sposób, który powinien przyczynić się do m.in. do:

- prowadzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego w Polsce w większym stopniu w leczeniu otwartym,

- skracania czasu trwania tego procesu oraz
- minimalizowania liczby hospitalizacji możliwych do uniknięcia.

Projekt realizowany w partnerstwie z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ), wpisuje się w „Strategię Rozwoju NFZ” oraz został wskazany w Krajowym Planie Transformacji na lata 2022-2027.

**Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:**

ESO4.11. Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej (EFS+)

**Cel główny projektu:**

Celem projektu jest stworzenie warunków prawno-organizacyjnych do odwrócenia piramidy świadczeń. Cel zostanie osiągnięty poprzez opracowanie założeń i wdrożenie rozwiązań systemowych, rozumianych w szczególności jako kompleksowa rewizja definicji produktów rozliczeniowych w zarządzeniach Prezesa NFZ oraz umożliwienie odpowiednich modyfikacji w rozporządzeniach ministra zdrowia.

Cele szczegółowe to:

- 1) zmiana struktury udzielanych świadczeń na korzyść trybu ambulatoryjnego oraz wyeliminowania bodźców do udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym w ramach świadczeń szpitalnych, a tym samym redukcja kosztów opieki;

Cel zostanie osiągnięty przez równoległą modyfikację produktów rozliczeniowych dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i stacjonarnych w taki sposób, aby wyeliminować motywację świadczeniodawców do zbędnych hospitalizacji. w chwili obecnej część hospitalizacji ma charakter diagnostyczny, ze względu na niedostępność świadczeń na poziomie ambulatoryjnym, która nierzadko jest powodowana zaburzonymi relacjami kosztowo-przychodowymi pomiędzy produktami ambulatoryjnymi i stacjonarnymi. Równolegle prowadzone będą prace nad poszerzeniem możliwości realizacji wybranych świadczeń na poziomie ambulatoryjnym w przypadkach, w których nie jest to w chwili obecnej możliwe ze względów prawnych. w uzasadnionych sytuacjach tworzone będą rozwiązania umożliwiające opiekę nad pacjentem w jego miejscu zamieszkania;

- 2) wypracowanie mechanizmów umożliwiających płacenie za wynik (paying for performance) oraz dostosowanie płatności do stopnia złożoności przypadku i wartości środków niezbędnych do jego realizacji;

Cel zostanie osiągnięty przez wypracowanie w trakcie kompleksowej rewizji produktów rozliczeniowych premii bądź redukcji refundacji warunkowej osiąganiem wybranych wskaźników jakościowych, efektywnościowych lub innych (np. wolumenowych);

- 3) opracowanie schematów współpracy i komunikacji pomiędzy szpitalem, AOS, POZ w ramach diagnostyki i leczenia oraz kontynuacji opieki nad pacjentem, a także opracowanie mechanizmów prawnych lub organizacyjnych (w tym finansowych) umożliwiających wdrożenie opracowanych schematów;

Cel zostanie osiągnięty poprzez rewizję funkcjonujących schematów leczenia i diagnostyki, określenie momentów w procesie diagnostyki i leczenia wymagających wprowadzenia schematów komunikacji, wypracowanie rozwiązań (tj. w zakresie współpracy i komunikacji odnoszących się do ścieżki diagnostycznej i leczenia pacjenta na wszystkich poziomach opieki).

Przykładem wdrożenia możliwym do określania na etapie wniosku, bez wykonania pracy analitycznej i konsultacyjnej zaplanowanej w projekcie, może być wprowadzenie pakietów diagnostycznych w AOS, których rozliczenie wymaga ustalenia terapii oraz przekazania „Informacji dla lekarza kierującego/POZ” (analogicznie do już wdrożonego rozwiązania w chorobach tarczycy).

Efektami projektu będą:

- poszerzenie możliwości realizacji wybranych świadczeń na poziomie ambulatoryjnym,
- zmniejszenie liczby potrzebnych wizyt pacjenta w AOS w poszczególnych zakresach świadczeń, w których możliwe będzie wdrożenie nowych pakietów diagnostycznych w AOS,
- wypracowanie z interesariuszami systemu (w tym z pacjentami) schematów współpracy i komunikacji pomiędzy szpitalem, AOS, POZ w ramach diagnostyki i leczenia oraz kontynuacji opieki nad pacjentem,
- wypracowanie systemu bieżącego monitorowania efektów zmian,
- optymalne dostosowanie zasobów infrastrukturalnych, sprzętowych i kadrowych na poszczególnych poziomach opieki w związku z odwróceniem piramidy świadczeń.

Projekt stanowi również odpowiedź na oczekiwania Komisji Europejskiej oraz wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza samych pacjentów – szybszy dostęp oraz skuteczniejsza diagnoza i leczenie. Rezultaty i efekty działania będą spójne



z postawionymi celami, dotyczącymi polepszenia sytuacji grup szczególnie wrażliwych, oraz doprowadzą do zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Osiągnięcie efektów projektu wspierane będzie poprzez wykorzystanie potencjału infrastrukturalnego, sprzętowego i kadrowego dofinansowanego w ramach polityki spójności oraz środków KPO.

#### Opis problemu:

Obecnie funkcjonujący system umożliwia nieoptymalne z punktu widzenia systemu i pacjenta realizowanie procedur diagnostycznych i wybranych procedur leczniczych w leczeniu szpitalnym. Dotychczasowe analizy prowadzone przez Wnioskodawcę wskazują na brak mechanizmów lub ich nieefektywność w zakresie przechodzenia pacjenta pomiędzy poziomami leczenia i diagnostyki, wraz z postępem procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Tym samym obserwowane jest obciążenie szpitali realizacją świadczeń zbędnie generujących koszty, absorbujących potencjał szpitalny, co ogranicza racjonalizację wykorzystania zasobów szpitalnych, a także prowadzi do szeregu ryzyk zdrowotnych. Zaproponowane podejście do rozwiązania tego problemu, bazujące na wprowadzeniu systematycznej rewizji systemu udzielania świadczeń, w szczególności po stronie produktów rozliczeniowych płatnika oraz zaangażowaniu najważniejszych interesariuszy, umożliwi wprowadzenie istotnej zmiany systemowej, zgodnej z przyjętą wizją dla systemu ochrony zdrowia.

Skutkiem braku systematycznej rewizji systemu jest również ograniczenie dostępności świadczeń i długi czas oczekiwania na diagnostykę i świadczenia, w szczególności poradę specjalisty w ramach AOS.

Zidentyfikowanym problemem, na który odpowiada projekt, jest także niedobór funkcjonujących schematów komunikacji w opiece koordynowanej i współpracy w opiece nad pacjentem na różnych poziomach leczenia. Analizy demograficzne oraz analizy zapotrzebowania kadrowego w ochronie zdrowia wskazują na potrzebę efektywnego alokowania i wykorzystania zasobów kadry medycznej. Zaplanowane w projekcie działania związane z optymalizacją procesu diagnostyki i leczenia pacjenta będą prowadziły do uwolnienia zasobów kadrowych, przekładając się na poprawę dostępności usług zdrowotnych. Obecnie wdrażana jest opieka koordynowana na poziomie POZ. Zmiana ta wymaga komplementarnych zmian na wyższych poziomach opieki, które umożliwią w pełni wykorzystanie powstałego potencjału w POZ.

#### Opis tego, co już zostało zrobione:

Projekt jest komplementarny względem dotychczas realizowanych projektów, w tym finansowanych ze środków unijnych. Umożliwi między innymi wykorzystanie rozwiązań, które powstały w ramach projektu pilotażowego POZ PLUS (POWR.05.02.00-00-0039/17) oraz potencjału związanego z rozwojem opieki koordynowanej na poziomie POZ – potrzeby

zdrowotne pacjentów skierowanych z wyższych poziomów opieki zostaną zaspokojone w optymalny sposób na niższym poziomie, bardziej dostępnym.

Potrzebę kontynuowania działań związanych z odwracaniem piramidy świadczeń potwierdzają zrealizowane dotychczas przez NFZ działania:

- zmiany w finansowaniu świadczeń okulistycznych, które przyczyniły się do znaczącego wzrostu dostępności świadczeń, w szczególności w obszarze zaćmy (efekty zmian monitorowane są w raporcie pod adresem:  
<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/choroby-narzadu-wzroku>),
- zmiany w finansowaniu świadczeń dotyczących leczenia chorób tarczycy, które doprowadziły do znacznej redukcji hospitalizacji osób z chorobami tarczycy (efekty zmian monitorowane są w raporcie pod adresem:  
<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/choroby-tarczycy>).

Dotychczas Wnioskodawca zebrał doświadczenie w ramach wskazanych wyżej dwóch dziedzin. Potrzebne jest jednak kompleksowe podejście, by zmienić cały system, dlatego projekt zakłada objęcie zakresem wszystkich sekcji Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Są to grupy pacjentów w systemie rozliczania świadczeń zdrowotnych przez płatnika (w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia). Poszczególne grupy JGP są jednorodne pod względem klinicznym oraz muszą obejmować pacjentów o podobnej kosztochłonności, rozumianej jako zużycie zasobów szpitala.

Zastosowane w projekcie podejście polegające na sukcesywnym przejściu przez zakresy i sekcje JGP, zapewni kompleksowość i stabilność wypracowywanego rozwiązania i możliwość realnego odwrócenia piramidy świadczeń, a doświadczenia Wnioskodawcy i partnera gwarantują wykonalność przyjętej logiki projektowej.

#### Opis wykorzystania efektów po projekcie:

Efektem projektu będzie umożliwienie optymalizacji opieki na różnych poziomach, przez co rozumie się implementację zmian regulacyjnych i prawnych, zapewniających warunki do osiągnięcia składowych celu głównego, które opisano powyżej. Po zakończeniu projektu, system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej będzie funkcjonował zgodnie z wypracowanymi i wdrożonymi w ramach projektu rozwiązaniami. Co więcej, zostanie zbudowana i utrzymywana po projekcie sprawność operacyjna w ramach MZ i NFZ do ewaluacji i dalszej ewolucji systemu.

W ramach projektu utworzony zostanie współpracujący z MZ zespół analityczno-wdrożeniowy w NFZ, odpowiadający za stałe monitorowanie, ewaluację i dostosowywanie produktów

rozliczeniowych do identyfikowanych nieefektywności na poziomie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego. Planowane jest funkcjonowanie tego zespołu również po zakończeniu projektu, co pozwoli na stałe doskonalenie i dostosowywanie systemu rozliczeniowego w oparciu o aktywne konsultacje z całym środowiskiem.

**Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie, ze wskazaniem grup docelowych (o ile dotyczy), planowanych terminów realizacji zadań (o ile dotyczy) oraz szacunkowych kosztów ich realizacji (% budżetu projektu – o ile dotyczy):**

Główne zadania projektu dotyczą redefinicji produktów rozliczeniowych na poziomie ambulatoryjnym i szpitalnym. Proces redefinicji zakłada przeprowadzenie:

- analizy danych z przeprowadzonych badań jakościowych oraz ilościowych analiz danych pochodzących z systemu,
- zdefiniowanie i weryfikację tez dotyczącą nieefektywności rozwiązań systemowych we wskazanych obszarach (problemach zdrowotnych) na podstawie wyników danych,
- zaprojektowanie przy wsparciu eksperckim rozwiązań (tj. definicji produktów rozliczeniowych oraz, w razie konieczności, zmian regulacyjnych) eliminujących przyczyny zidentyfikowanych nieefektywności, w tym w szczególności wprowadzających różnicowanie kosztowe w zależności od przypadku,
- symulacje wpływu zaprojektowanych rozwiązań na efekty organizacji świadczeń i wpływów na budżet,
- konsultacje zaprojektowanych rozwiązań z interesariuszami (pacjenci, operatorzy systemu, świadczeniodawcy, eksperci,),
- wdrożenie zaprojektowanych i dostosowanych w trakcie konsultacji rozwiązań (uwzględnienie uwag i potrzeb grupy odbiorców),
- zbudowanie modułu monitorującego efekty wprowadzonych zmian dla danego obszaru (moduł analityczny oparty o system informatyczny),
- ewaluację zmian i wprowadzenie korekt (w zależności od harmonogramu w ramach projektu lub po jego zakończeniu),
- dalszy cykl monitorowanie- bieżąca ewaluacja -dostosowanie (zgodnie z koncepcją koła Deminga).

Równolegle prowadzone będą działania mające na celu konsolidację świadczeń na poziomie AOS (zadanie 1 i 2), przede wszystkim poprzez budowę pakietów diagnostycznych w AOS, które zastąpią fragmentarycznie udzielane porady.

Działania projektowe wychodzą od przeprowadzenia analiz i mają na celu opracowanie rozwiązań dla poszczególnych zakresów świadczeń. Mają one pozwolić na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliższej pacjenta, tj. w ramach współpracy POZ i AOS, oraz odciążenie szpitali z procedur, które mogą być realizowane na niższych poziomach.

Aby tego dokonać, niezbędne jest przeprowadzenie działań analitycznych o charakterze systemowym, makro analitycznym i badawczym pozwalających na zweryfikowanie wiedzy o elementach funkcjonowania i organizacji systemu ochrony zdrowia. Kolejnym krokiem jest opracowanie rozwiązań wymagających pracy nad istniejącymi procedurami płatnika i rozwiązaniami prawnymi. Nieodłącznym elementem prac nad zmianami i rozwiązaniami będą ich konsultacje ze środowiskiem (przedstawiciele towarzystw naukowych, organizacji pacjentów, pacjentów oraz świadczeniodawców).

Grupa docelowa działań projektowych jest szeroka z uwagi na to, że projekt dotyczy opracowania i wdrożenia zmian o charakterze systemowym.

Struktura grupy docelowej wynika z przyjętego założenia o wyjściu regulatora (MZ) i płatnika (NFZ) do świadczeniodawców w celu wspólnego rozwiązania zidentyfikowanych problemów.

Na grupę docelową składają się:

- podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ, AOS i lecznictwie szpitalnym;
- MZ jako regulator zapewniający organizację systemu ochrony zdrowia;
- NFZ jako płatnik, odpowiedzialny za zorganizowanie systemu rozliczeniowego.

Pośrednimi odbiorcami działań i rozwiązań projektowych będą:

- pacjenci;
- pracownicy systemu ochrony zdrowia.

Opisy zadań:

### **Zadanie 1: Wsparcie procesu opracowania pakietów diagnostycznych w AOS**

W ramach zadania planowane jest przeprowadzenie działań wspierających proces opracowywania rozwiązań będących produktem projektu - pakietów diagnostycznych w AOS. Zadanie polega na zgromadzeniu danych jakościowych oraz wiedzy i dobrych praktyk niezbędnych do tworzenia nowych rozwiązań.

W ramach Zadania zaplanowano badania jakościowe, diagnozę potrzeb i konsultacje eksperckie. w związku z tym planuje się przeprowadzenie badań fokusowych, obserwacji w placówkach, wywiadów indywidualnych oraz wizyt studyjnych w szpitalach, placówkach AOS i POZ.

Kluczowym elementem zadania jest także zebranie w fazie początkowej projektu informacji dotyczących rozwiązań i dobrych praktyk stosowanych w innych krajach (zdiagnozowanie także co się nie sprawdziło). Jako rozwiązanie efektywne i zapewniające szybkie uzyskanie danych Beneficjent przewidział organizację konferencji międzynarodowej, na której eksperci i przedstawiciele resortów innych państw będą mogli podzielić się informacjami o stosowanych rozwiązaniach i praktyce. Pozwoli to zebrać materiał do dalszych prac oraz zbudować bazę międzynarodowych ekspertów, z którymi będzie można współpracować przy tworzeniu modeli, a następnie prowadzić konsultacje na różnych etapach opracowywania rozwiązań. W projekcie zaplanowano także zagraniczne wizyty studyjne pozwalające zdobyć zespołowi analitycznemu wiedzę na temat rozwiązań organizacyjnych stosowanych w innych krajach. Ich celem jest zdobycie praktycznej wiedzy poprzez obserwację pracy na miejscu w AOS, dyskusję z przedstawicielami innych Ministerstw na temat efektywności stosowanych rozwiązań oraz problemów jakie występują w ramach przyjętych rozwiązań organizacyjno-prawnych systemu w danym kraju.

#### Rezultat Zadania:

Pozyskanie wiedzy o oczekiwaniach interesariuszy oraz zebranie międzynarodowych i krajowych dobrych praktyk w zakresie tworzonych rozwiązań.

#### Produkty Zadania:

- konferencja międzynarodowa dla przedstawicieli innych resortów w ramach WHO
- krajowe wizyty studyjne u świadczeniodawców
- badanie potrzeb świadczeniodawców i świadczeniobiorców
- badania fokusowe i indywidualne
- zagraniczne wizyty studyjne

Wartość zadania: 8% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023 – 06/2027

### **Zadanie 2: Stworzenie produktów rozliczeniowych w leczeniu szpitalnym nastawionych na szybką diagnostykę i leczenie oraz prowadzenie pacjenta w lecznictwie otwartym w ramach 6 zestawów sekcji JGP**

Zadanie polega na stworzeniu dokładnej definicji produktów rozliczeniowych w leczeniu szpitalnym umożliwiających odwrócenie piramidy świadczeń. Zadanie dotyczy przeglądu produktów rozliczeniowych w sekcjach JGP. Wraz z rozwojem medycyny, infrastruktury oraz ewolucji systemu, JGP przestają spełniać założenia, a brak systematycznej rewizji i koordynacji z innymi poziomami opieki prowadzi do nieefektywności systemu.

Działania w ramach zadania obejmują proces analityczny, współpracę z ekspertami (w celu podniesienia efektywności kosztowej projektu, ta sama grupa ekspertów zostanie zaangażowana w prace w ramach Zadania 2 i 4 – współpraca realizowana będzie w ramach Zadania 3). Przygotowana zostanie redefinicja produktów rozliczeniowych, zintegrowanych z niższymi poziomami opieki. Opracowany zostanie także moduł do monitorowania osiągnięcia zamierzonych efektów, co pozwoli na rewizję JGP po pierwszym okresie funkcjonowania. Moduł obejmie zbiór interaktywnych raportów wizualizujących osiągnięcie zakładanych zmian. Przez moduł należy rozumieć nie tylko warstwę narzędzia do wizualizacji, ale również cały proces generowania danych, utrzymywania aktualności procesu przetwarzania wraz ze zmieniającym się procesem generującym dane (w wyniku zmian w systemie finansowania świadczeń) oraz zaprojektowania układu raportowego.

Aby ograniczyć ryzyko braku umiejętności wnioskowania ze wskaźników populacyjnych oraz wskaźników jakościowych określonych dla placówek ochrony zdrowia, powstaną instrukcje jak należy interpretować poszczególne parametry. Podobne wytyczne zostaną stworzone w celu ułatwienia korzystania z modułów raportowych monitorujących efekty wprowadzanych zmian w organizacji udzielania świadczeń.

Ze względu na obszar zmian, problemy zdrowotne w leczeniu szpitalnym zostaną pogrupowane w 6 zestawów sekcji JGP. w ramach jednego zestawu sekcji JGP opracowywane będą zmiany dla 3 sekcji JGP. w ramach każdej sekcji zdefiniowane jest obecnie od kilkunastu do kilkudziesięciu JGP. Każdy JGP jest opisany z wykorzystaniem zbioru rozpoznań i procedur. Liczba możliwych rozpoznań i procedur możliwych do wykorzystania wynosi kilkanaście tysięcy.

#### Rezultat Zadania:

- Opracowane nowe charakterystyki JGP
- Opracowany moduł monitorowania efektów

#### Produkty Zadania:

- 18 kompletów dokumentów wdrożeniowych (rekomendacje w zakresie zmian w zarządzeniach/rozporządzeniach oraz załącznikach) umożliwiające przygotowanie zarządzeń Prezesa NFZ/rozporządzeniach MZ
- 18 raportów w zakresie projektu wskaźników premiujących jakość/ efektywność
- 1 raport z konsultacji ze świadczeniodawcami i przedstawicielami medycznymi wprowadzanych zmian
- 18 zbiorów interaktywnych raportów dostępnych publicznie umożliwiających monitorowanie efektów zmian

- 18 kompletów dokumentów wdrożeniowych (rekomendacje w zakresie zmian w zarządzeniach/rozporządzeniach oraz załącznikach) umożliwiających zmiany w zarządzeniach/rozporządzeniach po okresie ewaluacji

Wartość zadania: 24% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023- 06/2027

### **Zadanie 3: Konsultacje eksperckie pakietów diagnostycznych w AOS i 6 zestawów sekcji JGP**

Zadanie będzie polegało na koordynacji współpracy z ekspertami. Zadaniem ekspertów będzie współpraca z zespołami MZ oraz NFZ pracującymi nad opracowaniem pakietów diagnostycznych w AOS i 6 zestawów sekcji JGP.

Eksperci zostaną wyłonieni w przeprowadzonych postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego. Planuje się wsparcie merytoryczne ekspertów medycznych (poszczególnych dziedzin nad którymi prowadzone będą prace), z zakresu ekonomii oraz zakresu systemu zdrowia publicznego. Zadaniem wyłonionych ekspertów będzie stałe wsparcie merytoryczne i zapewnienie dostępu do bieżącej wiedzy dla analityków lidera i partnera. Zadanie wspierać będzie realizację Zadania 2 i 4.

Rezultat Zadania:

Zapewnienie jakości wypracowywanych rozwiązań oraz wsparcie środowiska medycznego.

Produkty Zadania:

- skonsultowane pakiety diagnostyczne w AOS i 6 zestawów sekcji JGP
- przepracowane godziny konsultacji eksperckich

Wartość zadania: 21% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023- 06/2027

### **Zadanie 4: Opracowanie rozwiązań usprawniających funkcjonowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w tym opracowanie pakietów diagnostycznych w AOS**

W ramach zadania utworzone zostaną projekty pakietów diagnostycznych w AOS.

Pakiet świadczeń to zestaw procedur diagnostycznych lub terapeutycznych - zagregowanych w oparciu o kryterium rozpoznania lub uznanych zasad postępowania medycznego - wykonywanych z intencją przeprowadzenia szybkiej i kompleksowej diagnostyki lub leczenia wraz z oceną wykonanych badań oraz stanu klinicznego pacjenta.

W celu wypracowania rozwiązań mających na celu usprawnienie funkcjonowania AOS, stworzone zostaną zespoły robocze składające się z analityków danych oraz ekspertów medycznych z właściwych dziedzin medycyny. Działania będą skoordynowane z Zadaniem 2

i 3, również dzięki współpracy z tą samą grupą ekspertów w celu uspoźnienia procesu odwracania piramidy świadczeń.

Zakłada się, że w przypadku stwierdzenia takiego zapotrzebowania w toku prac, zakres może także zostać rozszerzony poza AOS (np. o rehabilitację i POZ).

Zadanie uwzględnia opracowanie uniwersalnego algorytmu do analizy ścieżek pacjenta, który wesprze proces wyboru optymalnej ścieżki systemowej w danej dziedzinie w celach diagnostycznych, w szczególności pomiędzy POZ, AOS i leczeniem szpitalnym. Celem algorytmu będzie uniwersalne, analityczne wsparcie weryfikacji ścieżek diagnostycznych w AOS we wszystkich analizowanych problemach zdrowotnych. Algorytm będzie posiadał funkcjonalność dot. czasu trwania diagnostyki, liczby wizyt, itp. Pozwoli na detekcję ścieżek nieoptymalnych oraz wyznaczenie najczęściej realizowanych ścieżek, co umożliwi sprawną analizę zachowań świadczeniodawców na poziomie AOS w kontekście prowadzonej diagnostyki oraz wsparcie modyfikacji produktów rozliczeniowych.

#### Rezultat Zadania:

- Stworzenie warunków organizacyjnych do zwiększenia udziału świadczeń ambulatoryjnych i jednodniowych
- Opracowanie pakietów diagnostycznych w AOS

#### Produkty Zadania:

- 18 kompletów dokumentów wdrożeniowych (rekomendacje w zakresie zmian w zarządzeniach/rozporządzeniach oraz załącznikach) umożliwiających przygotowanie zarządzeń Prezesa NFZ/rozporządzeniach MZ z uwzględnieniem tworzenia pakietów diagnostycznych w AOS
- 18 wkładów do interaktywnych raportów dostępnych publicznie umożliwiających monitorowanie efektów zmian w ramach AOS
- 18 kompletów dokumentów wdrożeniowych (rekomendacje w zakresie zmian w zarządzeniach/rozporządzeniach oraz załącznikach) umożliwiających zmiany w zarządzeniach/rozporządzeniach po okresie ewaluacji
- algorytm optymalnej ścieżki systemowej
- analiza problemu decyzyjnego

Wartość zadania: 26% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023- 06/2027

#### **Zadanie 5: Wdrożenie zmian i rozwiązań legislacyjnych**



Zadanie polega na modyfikacji wykazu świadczeń gwarantowanych w kontekście kwalifikacji nowych procedur medycznych lub zmiany warunków realizacji i kwalifikacji obecnie istniejących świadczeń. Działanie obejmuje projektowanie i wdrażanie rozwiązań legislacyjnych sankcjonujących wypracowywane zmiany w systemie.

Dotyczy to aktów prawnych regulujących płacone za świadczenie oraz zakres świadczeń gwarantowanych. Na bieżąco prowadzone będą analizy istniejących zapisów pod kątem dostosowywania ich do projektowanych zmian.

W ramach zadania dokonany zostanie przegląd istniejących wykazów świadczeń, w tym zarówno realizowanych w szpitalu i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i gwarantowanych wyłącznie w ramach leczenia szpitalnego, a możliwych do realizacji w trybie ambulatoryjnym.

Przedmiotem działań będą świadczenia zabiegowe oraz procedury diagnostyczne. Przegląd dokonany zostanie w etapach obejmujących poszczególne zakresy świadczeń.

Podstawowym efektem prowadzonych prac będzie wsparcie ustalenia zasad finansowania, które nie będą preferować realizacji w trybie hospitalizacji. Jednocześnie stworzenie warunków, w których podmioty pracujące wyłącznie w trybie ambulatoryjnym bądź jednodniowym będą mogły realizować procedury zabiegowe w szerszym niż dotychczas zakresie przekieruje strumień pacjentów zgodnie z założeniami odwracania piramidy świadczeń.

Opracowane rozwiązanie wdrażane będą przez Departament Lecznictwa MZ oraz NFZ w zakresie zmian w Zarządzaniach Prezesa NFZ.

#### Rezultat Zadania:

Wdrożenie zmian i rozwiązań legislacyjnych umożliwiających odwrócenie piramidy świadczeń

#### Produkty Zadania:

- zmodyfikowane zapisy legislacyjne dotyczące szpitala i AOS.
- wydane zarządzenia Prezesa NFZ

Wartość zadania: 6,5% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023- 06/2027

### **Zadanie 6: Analiza zasobów ochrony zdrowia**

Zadanie przewiduje opracowanie analiz dotyczących:

- wsparcia w weryfikacji aktualności stosowanych sprzętów diagnostycznych z obecnymi standardami i nowoczesnymi technologiami medycznymi,
- zabezpieczenia poszczególnych poziomów opieki przez kadrę medyczną.

W ramach zadania przeprowadzone zostaną analizy optymalnego rozmieszczenia zasobów kadrowych, sprzętowych i łóżkowych w ochronie zdrowia na różnych poziomach opieki (zwłaszcza szpital, AOS), a także analizy wykazujące aktualny potencjał świadczeniodawców umożliwiające realizację świadczeń gwarantowanych w ramach AOS i szpitala po odwróceniu piramidy świadczeń.

Analizy będą przebiegać zgodnie z harmonogramem prac nad 6 paczkami sekcji JGP.

W odniesieniu do planowanego przesunięcia realizacji świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym z systemu szpitalnego, konieczne jest określenie, jaki rodzaj kadry medycznej pod względem kompetencji ma zabezpieczać poszczególne poziomy opieki. Aby zapewnić jak najwyższą jakość udzielonych świadczeń przez personel medyczny, konieczna jest optymalizacja ich czasu pracy (np. przesunięcie prac administracyjnych na personel pomocniczy). Niezbędnym elementem jest także określenie wymaganego do realizacji świadczeń sprzętu na poszczególnych poziomach opieki oraz niezbędnych kompetencji do jego obsługi.

Dodatkowo, w przypadku wskazania konieczności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego, istotne będzie wsparcie analizy wymaganego do realizacji świadczenia sprzętu, zasobów kadrowych i ich kwalifikacji. Natomiast w przypadku zastąpienia nową technologią medyczną aktualnie znajdujących się w koszyku świadczeń, niezbędne będzie przeprowadzenie analizy z zakresu aktualnego potencjału świadczeniodawców.

#### Rezultat Zadania:

Opracowanie modelu optymalnego rozmieszczenia kadry medycznej, sprzętu medycznego i łóżek na poszczególnych poziomach opieki adekwatnie do potrzeb wynikających z odwrócenia piramidy świadczeń

#### Produkty Zadania:

- analiza i raport zawierający rekomendacje dot. rozmieszczenia zasobów sprzętowych i łóżkowych w podziale na poszczególne poziomy opieki w związku z odwróceniem piramidy świadczeń
- analiza i raport zawierający rekomendacje dot. rozmieszczenia kadry medycznej na poszczególnych poziomach opieki w związku z odwróceniem piramidy świadczeń

Wartość zadania: 4,5% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023 - 06/2027

### **Zadanie 7: Upowszechnianie produktów**

Zadanie będzie wspierać wdrożenie zmian poprzez zwiększenie wiedzy interesariuszy systemu (tj. pacjentów, podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, pracowników

systemu ochrony zdrowia, jednostek działających w systemie) o wprowadzanych rozwiązaniach. Zadanie obejmuje także proces konsultacji wypracowanych rozwiązań i produktów wśród grup docelowych.

Poza działaniami informacyjnymi, takimi jak opracowanie komunikatów dotyczących prowadzonych działań, w ramach Zadania przeprowadzone zostaną warsztaty i konferencje regionalne dotyczące nowo wypracowanych zmian. Każdorazowo przed ich wdrożeniem przewiduje się konsultacje pakietów ze świadczeniodawcami.

Konsultacja będzie miała charakter spotkań w regionach. Zadanie ma charakter wspierający dla Zadania 4 i 5 co odzwierciedla jego harmonogram. Prowadzone będą m.in. webinary on-line skierowane do grup docelowych informujące świadczeniodawców i świadczeniobiorców o wprowadzanych rozwiązaniach.

Nagrania z webinarów pozostaną w sieci i będą poszerzać zasięg informacji. Niezbędne jest także dotarcie z informacją w ramach prasy branżowej, dlatego w projekcie przewidziano opracowanie i opublikowanie artykułów sponsorowanych w prasie branżowej.

#### Rezultat Zadania:

Podniesienie wiedzy środowiska w zakresie wprowadzanych rozwiązań.

#### Produkty Zadania:

- śniadanie prasowe otwierające projekt
- przeprowadzone kampanie outdoorowe
- przeprowadzone kampanie w internecie
- konferencje regionalne
- animacje/filmy upowszechniające wprowadzane rozwiązania
- konsultacje pakietów ze świadczeniodawcami

Wartość zadania: 5% budżetu projektu

Czas realizacji: 12/2023- 06/2027

#### **Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?:**

- Tak

#### **Podmioty, które będą partnerami w projekcie ze wskazaniem realizowanych zadań i uzasadnienie wyboru partnerów:**

Partnerem projektu będzie Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ), który aktualnie jest jedynym płatnikiem w systemie bazowego zabezpieczenia zdrowotnego. z tego względu,

projekt nie może być zrealizowany bez zaangażowania NFZ, co eliminuje ryzyko braku zastosowania wyników w praktyce.

Efekt projektu może być osiągnięty przez odpowiednie, kompleksowe modyfikacje zarządzeń Prezesa NFZ oraz aktów regulujących funkcjonowanie systemu finansowania świadczeń ze środków publicznych, nad którymi pieczę sprawuje NFZ, w szczególności modyfikacji systemów informatycznych i systemu sprawozdawczości.

NFZ jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, realizującą zadania publiczne MZ wynikające z Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, takie jak:

- określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacja kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym;
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
- finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe;
- wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;
- wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;
- monitorowanie ordynacji lekarskich;
- promocja zdrowia.

NFZ jest zatem jedyną instytucją, która może wdrożyć wypracowane w projekcie wspólnie z Wnioskodawcą zmiany i w świetle zapisów art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 jest naturalnym i wyłącznym partnerem projektu mogącym realizować określone dla niego w projekcie zadania.

Partner będzie odpowiedzialny za realizację Zadania 2 oraz częściowo będzie uczestniczył w realizacji Zadania 3, 5, 7. Będzie także uczestniczył w zarządzaniu projektem, przedstawiciel partnera zostanie oddelegowany do Komitetu Sterującego projektu.

**Czy projekt będzie projektem grantowym?:**

- Nie

**Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie:** III kw. 2023 r.

**Przewidywany okres realizacji projektu: 12.2023 – 06.2027**

### **Szacowany budżet Projektu**

Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN):

- w roku 2023: 1 083 600,00
- w roku 2024: 14 303 200,00
- w roku 2025: 18 204 000,00
- w roku 2026: 18 204 200,00
- w roku 2027: 18 205 000,00

ogółem: 70 000 000,00

### **Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):**

- Nie

Procentowy poziom wymaganego wkładu własnego:  
nie dotyczy

### **Szacowany wkład UE (PLN):**

59 500 000,00

### **Cross-financing:**

- Kwota 0 000,00 PLN
- 0%

### **Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami**

#### **Wskaźniki Rezultatu**

1. Liczba wdrożonych modeli w zakresie optymalizacji udzielania świadczeń zdrowotnych

Wartość docelowa dla projektu: 1

#### **Wskaźniki Produktu**

1. Liczba opracowanych modeli w zakresie optymalizacji udzielania świadczeń zdrowotnych

Wartość docelowa dla projektu: 1

### **Szczegółowe kryteria wyboru projektów**

Nie dotyczy

## II FISZKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY<sup>8</sup>

część wypełniana jest oddzielnie dla każdego projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny, ujętym w wykazie działań zawartym w części Informacje ogólne. W przypadku zgłaszania w Planie więcej niż jednego projektu, kolejną fiszkę należy przedstawić w oddzielnej części, przez powielenie formularza fiszki projektu.

<b>III.1 NUMER PROJEKTU W PD</b> skrótowa nazwa programu - skrót nazwy województwa . numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu. Przykład: WD.1.P.1.	FERS.4.P.2
<b>III.2 DZIAŁANIE</b> numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (część Numer i nazwa działania FERS).
<b>III.3 Fundusz</b> skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy	EFS+
<b>III.4 Cel szczegółowy</b> numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.	Cel szczegółowy: 4(k) Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej (...)
<b>III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP</b> typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).
<b>III.6 Zakres terytorialny inwestycji</b> pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).	ogólnopolski
	Województwo:
	Powiat:
	TERYT powiat:
<b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b>	
<b>III.7 Tytuł projektu</b>	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Tytuł lub zakres projektu).
<b>III.8 Beneficjent</b> nazwa beneficjenta, adres jego siedziby	Ministerstwo Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

<sup>8</sup> Istnieje możliwość przedstawienia informacji nt. projektu w postaci fiszki projektu realizowanego w procedurze niekonkurencyjnej używanej przez Instytucję, jeśli w tej fiszce znajdują się wszystkie informacje wymagane oficjalnym wzorem planu działań Komitetu Sterującego, natomiast w przypadku gdy taki dokument nie zawiera wszystkich wymaganych wzorem informacji, konieczne jest uzupełnienie brakujących elementów w Planie działań.

<b>III.9 Cel główny projektu</b> cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).
<b>III.10 Opis projektu</b> zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).
<b>III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”<sup>9</sup></b> nazwa adekwatnego celu z dokumentu „Zdrowa Przyszłość” – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy w razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie	Cel 1.1 [Dostępność] Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa
<b>III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta</b> zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).

<sup>9</sup> Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

<p><b>III.13 Opis zgodności projektu z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych i Krajowym / Wojewódzkim Planem Transformacji</b> zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu oraz Krajowego lub Wojewódzkiego Planu Transformacji</p>	<p>Projekt przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji <a href="https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/">https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/</a> Realizacja projektu wynika z zapisów Krajowego Planu Transformacji i została wskazana jako Działanie 2.6.6. Zdefiniowanie podstawowych regionów zabezpieczenia uwzględniając założenia dotyczące funkcjonowania szpitali powiatowych. Oczekiwane rezultaty projektu są spójne z zakładanymi efektami Działania 2.6.6. KPT, to jest: 1) zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń dla pacjentów; 2) poprawa zaspokojenia potrzeb zdrowotnych poprzez ich identyfikację; 3) uwzględnienie specyfiki regionalnej i obszarów/grup defaworyzowanych w określeniu pożądanego stanu docelowego systemu ochrony zdrowia. Projekt zakłada mapowanie dokumentów strategicznych w obszarze OZ co pozwoli lepiej zidentyfikować prowadzone działania i docelowo uwzględnić w nich wypracowane rekomendacje. Harmonogram realizacji projektu pokrywania się z czasem dokonywania przeglądów śródkresowych krajowego raz wojewódzkich planów transformacji - tworzone w projekcie analizy zostaną wykorzystane do wsparcia tego procesu. Dodatkowo zakłada się, że realizowane działania analityczne oraz wypracowane rekomendacje wesprą proces tworzenia kolejnej edycji map potrzeb zdrowotnych oraz KPT i WPT. Punktem wyjścia realizowanego projektu będą dane pochodzące z MPZ, które zostaną wykorzystane w procesie określania podstawowych regionów zabezpieczenia uwzględniających zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych Polaków. W rekomendowanych kierunkach działań w mapie potrzeb zdrowotnych wskazano, że: „tworzenie i kontraktowanie oddziałów udzielających świadczeń, które wykraczają poza podstawowy profil wynikający z przynależnego stopnia sieci szpitali (w szczególności w szpitalach I i II poziomu), powinno być ograniczane. Ich powstawanie może prowadzić do niezrównoważonego rozwoju podmiotów leczniczych – niezgodnego z przypisaną im funkcją w systemie ochrony zdrowia. Konieczne jest zróżnicowanie zakresu świadczeń udzielanych w poszczególnych szpitalach poprzez ich dalsze profilowanie.”. Dodatkowo zaleca się, że: „konieczny jest dalszy proces centralizacji oraz koncentracji świadczeń w ośrodkach o odpowiednim zapleczu i doświadczeniu dla chorób rzadkich oraz innych chorób wymagających skomplikowanego oraz kompleksowego leczenia”. Przytoczone elementy mapy posłużyły jako podstawa do ustalenia celów projektu, w tym przede wszystkim „określenia wskaźników dostępności i jakości realizacji świadczeń; wskaźniki te będą dotyczyć poprawy zabezpieczenia ludności ze względu na obszar zamieszkania i obecną dostępność do krytycznych z punktu widzenia życia i zdrowia zakresów świadczeń, uwzględniając także zmiany epidemiologiczne i demograficzne na danym obszarze zamieszkania oraz wymagania jakościowe dotyczące realizacji świadczenia; wesprze to proces modyfikacji sieci szpitali (podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) i kontraktowania świadczeń”.</p>			
<p><b>III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie</b> rok oraz kwartał [RRRR.KW]</p>	<p>Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie).</p>			
<p><b>III.15 Przewidywany okres realizacji projektu</b> orientacyjna informacja dotycząca roku oraz kwartału rozpoczęcia/zakończenia realizacji projektu</p>	<p><b>Data rozpoczęcia</b></p>	<p>[RRRR.KW]</p>	<p><b>Data zakończenia</b></p>	<p>[RRRR.KW]</p>



III.16 Opinia Ministra Zdrowia	
<b>SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU</b>	
Szacowana kwota wydatków w projekcie	
<b>III.17 Planowany koszt całkowity [PLN]</b> całkowita wartość projektu, obejmująca zarówno wydatki kwalifikowalne (wkład UE i wkład krajowy), jak i niekwalifikowalne, w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Szacowany budżet). W projekcie nie przewiduje się wydatków niekwalifikowalnych (wydatki niekwalifikowalne – 0 PLN).
<b>III.18 Planowany koszt kwalifikowalny [PLN]</b> wartość wydatków kwalifikowalnych w projekcie (wkład UE i wkład krajowy) w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Szacowany budżet).
<b>III.19 Poziom dofinansowania UE [%]</b> poziom dofinansowania UE przeznaczanego na projekt w %	82,52%
<b>III.20 Poziom wkładu krajowego [%]</b> poziom dofinansowania krajowego przeznaczanego na projekt w %	17,48%

<b>ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI</b>			
<b>III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU</b>			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych.	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
w razie potrzeby należy dodać wiersze			
<b>III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU</b>			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			

W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych.	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
w razie potrzeby należy dodać wiersze			

FERS.4.P.2

Tytuł lub zakres projektu: **Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez zdefiniowanie podstawowych regionów zabezpieczenia**

**Informacje o instytucji opracowującej fiszkę:**

Numer i nazwa Priorytetu: 4. Spójność społeczna i zdrowie

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych:

Dariusz Juszczyński

Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II

Departament Oceny Inwestycji

+48 880 340 050

[d.juszczyński@mz.gov.pl](mailto:d.juszczyński@mz.gov.pl)

**Numer i nazwa działania FERS: 04.15 Skuteczny i odporny system ochrony zdrowia**

**Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny**

**Podstawowe informacje o Projekcie:**

Typ projektów FERS: Podnoszenie jakości zarządzania świadczeniami zdrowotnymi

**Podmiot, który będzie wnioskodawcą:** Minister właściwy ds. zdrowia

**Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą:**

Minister Zdrowia ustala politykę państwa w zakresie ochrony zdrowia, dla której pełni rolę regulatora. Odpowiada za jej treść i realizację poprzez kierowanie działem administracji rządowej w sektorze zdrowie. Tym samym, Ministerstwo Zdrowia (dalej: MZ) jest jedynym podmiotem, który może w tym zakresie dokonywać reform, zgodnych z ustaloną strategią sektorową „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030” oraz zaleceniami Komisji Europejskiej. Dodatkowo, ma także narzędzia do wdrażania zmian oraz dysponuje odpowiednimi zasobami i know-how. Może zatem wdrożyć wypracowane w projekcie zmiany i być wnioskodawcą projektu

niekonkurencyjnego, w świetle zapisów art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.

Projekt ma charakter systemowy – zakłada opracowanie podstawowych obszarów i regionów zabezpieczenia – które stworzą warunki dla optymalnego planowania świadczeń zdrowotnych, uwzględniającego ich dostępność, bezpieczeństwo i jakość. Projekt przyczyni się do wdrożenia rozwiązań projakościowych i organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, ułatwiających równy dostęp do optymalnych kosztowo i jakościowo oraz dostępnych geograficznie świadczeń, w celu poprawy stanu zdrowia populacji. Pozwoli na zrealizowanie celów wskazanych w dokumencie o charakterze strategicznym dla zdrowia, czyli w „Zdrowej Przyszłości. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”. Ma on zatem strategiczne znaczenie dla społeczno-gospodarczego rozwoju kraju.

#### **Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:**

ESO4.11. Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej (EFS+).

#### **Cel główny projektu:**

Celem głównym projektu jest wypracowanie, przetestowanie i ostateczne określenie podstawowych regionów zabezpieczenia (PRZ), tworzących warunki umożliwiające zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, z jednoczesnym zapewnieniem bezpieczeństwa i jakości. Pozwoli to zapewnić pacjentom optymalne warunki korzystania ze świadczeń.

Podstawowe regiony zabezpieczenia stanowią zbiór reguł ilościowych i jakościowych przypisanych do kluczowych (podstawowych) z punktu widzenia zabezpieczenia życia i zdrowia pacjenta zakresów świadczeń. Będą one oparte na wynikach analiz oraz na wymaganiach dotyczących dostępności i jakości udzielanych świadczeń. Przykładowo, dla oddziału ginekologiczno-położniczego w zakresie jakości taką regułą jest minimalna liczba świadczeń (przyjęcie min. 400 porodów rocznie), a w zakresie dostępności – odległość oddziału od miejsca zamieszkania pacjentki (nie większa niż 40 km).

PRZ będą stanowiły rekomendacje usprawniające planowanie na poziomie NFZ i Wojewódzkich Rad ds. potrzeb zdrowotnych działań odpowiadających na wyzwania demograficzne i epidemiologiczne. Umożliwi to racjonalne zarządzanie zasobami systemu, zmianę wykorzystania istniejących zasobów oraz zapewnienie optymalnego dostępu do opieki na terenie całego kraju.

Jasno określone PRZ wzmocnią procesy decyzyjne na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym w tym m.in. proces tworzenia kolejnych edycji i aktualizacji wojewódzkich planów transformacji.

W związku z powyższym, cele szczegółowe projektu to:

- dostarczenie interesariuszom systemu poziomu centralnego, regionalnego i lokalnego zaawansowanych narzędzi planowania i monitorowania zmian w systemie ochrony zdrowia;
- określenie wskaźników dostępności i jakości realizacji świadczeń; wskaźniki te będą dotyczyć poprawy zabezpieczenia ludności ze względu na obszar zamieszkania i obecną dostępność do krytycznych z punktu widzenia życia i zdrowia zakresów świadczeń, uwzględniając także zmiany epidemiologiczne i demograficzne na danym obszarze zamieszkania oraz wymagania jakościowe dotyczące realizacji świadczenia; wesprze to proces modyfikacji sieci szpitali (podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) i kontraktowania świadczeń;
- poprawa publicznego dostępu do opracowanych analiz i raportów;
- zapewnienie narzędzi wspierających proces oceny wniosków inwestycyjnych w oparciu o PRZ.

Realizacja projektu przyczyni się do dalszego podnoszenia jakości i efektywności systemu ochrony zdrowia, poprzez rozwój komponentów systemu wspierających podejmowanie decyzji zarządczych i kreowanie polityk w oparciu o fakty (ang. evidence-based policy making). Posłuży temu wypracowanie wskaźników jakościowych determinujących zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych pacjenta.

Projekt odpowiada także na kluczowe wyzwania dla opieki zdrowotnej w kontekście polityki spójności, w tym zwłaszcza promowanie włączenia społecznego i dostępu do opieki dla osób w niekorzystnej sytuacji. Zostanie wykonany w ten sposób kolejny krok w celu dokładnego wskazywania potrzeb zdrowotnych, jak również zarządzania strumieniem środków publicznych (w tym europejskich).

Opis kontekstu/problemu do rozwiązania

Wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia jest zmieniająca się demograficzna i epidemiologiczna sytuacja w Polsce. Zmiany te wymagają bieżącego dostępu do danych, aby na tej podstawie umożliwić racjonalne zarządzanie zasobami systemu oraz dostarczenie rozwiązań zwiększających dostępność świadczeń zgodnie ze zdefiniowanymi potrzebami. Dostępność rozumiana jest szeroko, jako liczba świadczeń, ich rodzaj, rozmieszczenie terytorialne czy niezbędne do ich realizacji zasoby (kadra, infrastruktura, sprzęt).

Problemem systemu pozostają tzw. białe plamy (inaczej: pustynie medyczne), gdzie dostęp do określonego typu świadczeń jest niemożliwy lub ograniczony. Przykładowo, dla co piątej gminy czas dojazdu samochodem do najbliższego szpitala wynosił ponad 30 min w 2021 r.

Z drugiej strony, dużym wyzwaniem jest określenie odpowiedniego poziomu zabezpieczenia świadczeń, gwarantujących nie tylko dostępność świadczeń, ale przede wszystkim ich jakość. Stąd niezbędne jest określenie wymagań i wskaźników jakości świadczeń, które zapewnią satysfakcję i bezpieczeństwo pacjenta. Brak wskaźników określających wymagania dotyczące jakości wpływa obecnie na brak uwzględnienia ich przy wycenie świadczeń. Ważne jest zatem wypracowanie ze środowiskiem, pacjentami i decydentami szczebla regionalnego, wskaźników mogących kształtować jakość realizacji świadczeń i gwarantować bezpieczeństwo świadczeniobiorców.

Konieczne jest kontynuowanie i dalsze rozwijanie prowadzonych dotychczas działań nakierowanych na poprawę zarządzania systemem ochrony zdrowia (opisanych niżej). Dotyczy to szczególnie dostarczenia narzędzi do planowania, monitorowania i zarządzania decyzjami na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym. Pierwsze prace z wojewódzkimi planami transformacji wskazują na konieczność rozwoju narzędzi wspierających ocenę potrzeb i decyzji na poziomie regionalnym dokonywaną m.in. przez wojewódzkie rady ds. potrzeb zdrowotnych i uspołnienia źródeł danych wykorzystywanych do pracy nad WPT. Wnioskodawca identyfikuje także potrzebę uwzględnienia aspektu jakości w ocenianiu przez MZ zasadności wniosków inwestycyjnych składanych przez świadczeniodawców. Ocena ta pozwala na racjonalne alokowanie środków w sektorze publicznym. Projekt PRZ pozwoli na realizację takich inwestycji, które przyczynią się do poprawy jakości, np. przeżywalności pooperacyjnej, oraz dostępności, np. skrócenie czasu dojazdu.

Dostępność do świadczeń warunkowana jest także zasobami, za pomocą których są one dostarczane. Do zasobów tych należy przede wszystkim kadra medyczna, w tym lekarze. Nierówności w zakresie dostępności kadry medycznej widoczne są na poziomie województw, dlatego definiowanie PRZ wymaga uwzględnienia aspektu kadrowego. Z kolei, w zasobach sprzętowych i infrastrukturalnych ważna jest nie tyle ich liczba na mieszkańców, ale przede wszystkim optymalne wykorzystanie. Określenie podstawnego regionu zabezpieczenia bezwzględnie wymaga pogłębionej analizy wskaźników dotyczących dostępności kadr, sprzętu

i infrastruktury oraz uwzględnienia wniosków w ramach definiowania reguł jakościowych i ilościowych.

#### Opis tego, co już zostało zrobione

Minister właściwy do spraw zdrowia wdrożył projekt dotyczący opracowania i implementacji map potrzeb zdrowotnych. Jego cel to poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia oraz prognozowanie kierunków koniecznych zmian w systemie, na podstawie przeprowadzonych analiz, w celu realizacji potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Mapy pokazują szeroki zakres najbardziej aktualnych danych w systemie i są publicznie dostępne dla wszystkich. Jest to narzędzie pokazujące dane, analizy, wnioski i rekomendacje. Składają się na nie:

- platforma z danymi (Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych;  
<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>),
- dokument tekstowy z informacjami o każdym obszarze systemu oraz wnioskami i rekomendacjami.

Opracowywanie map i dokumentów pochodnych usankcjonowane jest w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dokumentami wdrożeniowymi dla mapy, wskazanymi wprost w przepisach, są krajowy i wojewódzkie plany transformacji. Jest to pierwsze planistyczne narzędzie implementacyjne w sektorze ochrony zdrowia. Pierwsza edycja została opracowana i opublikowana w 2021 r. Mapy potrzeb zdrowotnych pozwalają na zebranie części istniejących wskaźników w systemie i prezentację ich w ujęciu centralnym, regionalnym i lokalnym.

PRZ będą stanowiły naturalne rozwinięcie projektu map potrzeb zdrowotnych. Dane w nich zawarte pozwolą na tworzenie dalszych analiz i ustalanie tzw. benchmarków (wartości referencyjnych) dla PRZ. Wnioski z projektu będą także wdrażane w samych mapach, wykorzystując tym samym powszechnie znane już narzędzie. Dodatkowo wykorzystane zostanie know-how zespołu, który tworzył mapy potrzeb zdrowotnych, co pozwoli na optymalizację prac w projekcie.

#### Opis wykorzystania efektów po projekcie i informacje o planowanej trwałości

PRZ będzie odpowiedzią na potrzebę wypracowania holistycznych rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia związanych ze zmieniającą się strukturą wiekową społeczeństwa.

Wypracowane reguły działania systemu w jego podstawowych zakresach będą wykorzystywane do racjonalnego zarządzania obecnymi zasobami oraz zmiany wykorzystania istniejących zasobów, tak aby dostęp do podstawowych obszarów opieki był zapewniony na terenie całego kraju, bez względu na miejsce zamieszkania potencjalnych pacjentów.

Wprowadzenie PRZ usprawni proces decyzyjny odnoszący się do sposobu kontraktowania świadczeń przez NFZ ze szczególnym uwzględnieniem podstawowych potrzeb pacjentów w całym kraju.

Stworzenie PRZ przyczyni się do zniwelowania białych plam w najważniejszych, podstawowych zakresach świadczeń z jednoczesnym tworzeniem warunków zapewniających jakość realizacji tych świadczeń.

Dodatkowo, przeprowadzenie kompleksowych analiz weryfikujących różnice regionalne na poziomie jednostek terytorialnych pozwoli na wskazanie zmiennych je różnicujących, jeśli chodzi o stan zdrowotny społeczeństwa oraz jego dostęp do opieki zdrowotnej. Pozwoli to wykorzystywać reguły wypracowane w ramach PRZ do racjonalnego planowania na poziomie najmniejszych jednostek administracyjnych.

PRZ będzie również wykorzystywane przez MZ oraz wojewodów w procesie tworzenia i aktualizacji wojewódzkich planów transformacji.

**Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie, ze wskazaniem grup docelowych (o ile dotyczy), planowanych terminów realizacji zadań (o ile dotyczy) oraz szacunkowych kosztów ich realizacji (% budżetu projektu – o ile dotyczy<sup>10</sup>):**

#### **Zadanie 1 Opracowanie założeń i zdefiniowanie PRZ**

W ramach zadania przeprowadzone zostaną kompleksowe analizy w celu zdefiniowania założeń PRZ. Etapy realizacji zadania obejmują:

- 1) ustalenie liczby PRZ oraz zakresów świadczeń, których będą dotyczyć;

Liczba PRZ oraz zakresy świadczeń, zostaną wyznaczone na podstawie wypadkowej obecnych rozwiązań systemowych (zarządzenia NFZ, funkcjonująca sieć szpitali), analizy danych, kontaktu z ekspertami, przeglądów międzynarodowych definiujących kluczowe dziedziny systemu opieki zdrowotnej. Zadanie będzie wymagało wielu analiz oraz kontaktu z uczestnikami systemu.

- 2) zdefiniowanie wskaźników odnoszących się do wybranych w pkt. 1 zakresów świadczeń, których badanie umożliwi utworzenie poszczególnych PRZ;

Wybrane wskaźniki pozwolą kwantyfikować poziom zróżnicowania w dostępie do świadczeń na terenie kraju, biorąc pod uwagę poziom jakości ich udzielania oraz zróżnicowane terytorialnie potrzeby pacjentów.

- 3) analizy geograficzne ukierunkowane na zróżnicowanie terytorialne kraju w ramach wyznaczonych w pkt. 2 wskaźników.

---

<sup>10</sup> Nie dotyczy projektów instrumentów finansowych i wybranych projektów wskazanych przez IZ (np. projekty koordynacyjne ROPS)

Zadanie będzie polegało na wyznaczeniu zmiennych, które pozwolą odpowiedzieć na pytania, od czego w danej jednostce terytorialnej zależą wartości wskaźników wyznaczonych w pkt 2. W analizie zostaną uwzględnione informacje odnoszące się do systemu, dotyczące dostępności do poradni, specjalistów, odległości od szpitala, ale także zmienne społeczno-demograficzne (np. struktura wieku, płci, średni poziom wynagrodzenia, itp.) oraz dane dot. wielochorobowości populacji. Takie zadanie umożliwi odpowiedź na pytania:

- w których jednostkach terytorialnych poziom wskaźników jest niewystarczający w stosunku do potrzeb populacji,
- od jakich zmiennych zależy poziom analizowanego wskaźnika, czy są to zmienne związane głównie z systemem opieki zdrowotnej, czy inne cechy związane z daną populacją.

Analiza pozwoli wyznaczyć zbiór zmiennych, które posłużą w dalszej części projektu do tworzenia reguł jakościowych i ilościowych definiujących PRZ. Dla przykładu, jeśli np. okaże się, że poziom wskaźnika zależy od średniej odległości od poradni ginekologicznej, będzie to zmienna uwzględniona przy tworzeniu PRZ.

#### Produkty Zadania 1:

- raport z przeglądu zakresów świadczeń w celu ustalenia poziomu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych Polaków w jednostkach terytorialnych, z uwzględnieniem zasobów kadrowych i sprzętowych oraz czynników epidemiologicznych i demograficznych,
- zestaw wskaźników dostępności i jakości odpowiadających PRZ.

% budżetu projektu: 25%

Planowany termin realizacji: 1 - 43 miesiąc

#### **Zadanie 2 Opracowanie PRZ**

Zadanie obejmie tworzenie PRZ dla wyznaczonych zakresów świadczeń, z uwzględnieniem prognoz demograficznych i epidemiologicznych oraz analiz infrastruktury i zasobów kadrowych. W ramach zadania wypracowane zostaną także narzędzia analityczne do monitorowania rozwoju systemu na podstawie przyjętych PRZ oraz weryfikacji niwelowania różnic na poziomie całego kraju i lokalnym.

Etapy realizacji Zadania obejmą:

- 1) tworzenie PRZ dla poszczególnych zakresów świadczeń opartych o wyniki analiz Zadania 1



Wypracowane reguły będą jasno wskazywały, jak powinien wyglądać dostęp do świadczeń (np. czas dojazdu w zależności od miejsca zamieszkania) oraz poziom jakości (np. liczba zabiegów realizowanych przez najbliższego świadczeniodawcę nie powinna być mniejsza niż (x), pacjent po zabiegu powinien mieć dostęp do poradni A, B, C ze średnim czasem oczekiwania poniżej (y)). Tworzenie PRZ obejmie także analizy dotyczące wymaganych zasobów kadrowych i infrastruktury w ramach stworzonego PRZ. Na tej podstawie powstanie schemat opisu PRZ;

- 2) ustalenie częstotliwości aktualizacji PRZ oraz wyznaczenie kierunków zmian, biorąc pod uwagę prognozy demograficzne, zapotrzebowania na świadczenia oraz zmieniające się zasoby;
- 3) stworzenie rozwiązań pozwalających na monitorowanie rozwoju systemu ochrony zdrowia na podstawie przyjętych PRZ oraz weryfikację poziomu efektów społecznych i niwelowania różnic na poziomie całego kraju i lokalnym.

Z punktu widzenia trwałości projektu oraz weryfikowalności jego efektów, niezbędne jest stworzenie narzędzi i rozwiązań pozwalających odpowiedzieć na pytania: czy różnice w dostępie i jakości opieki na poziomie jednostki terytorialnej uległy zmniejszeniu, jak szybko te zmiany następują, gdzie zachodzą najwolniej i dlaczego? Ponadto, istnieje potrzeba ciągłego monitoringu, czy przyjęte PRZ zmieniają funkcjonowanie obecnie działającego systemu oraz czy nie wymagają modyfikacji i poprawy ze względu na zmieniające się zasoby.

#### Produkty Zadania 2:

- schemat opisu PRZ zawierający rekomendacje,
- ocena trwałości PRZ z uwzględnieniem prognoz demograficznych, zapotrzebowania na świadczenia oraz zmieniających się zasobów kadrowych,
- narzędzie informatyczno-analityczne do monitorowania zmian w systemie na podstawie przyjętych PRZ,
- opracowane narzędzie informatyczno-analityczne identyfikacji PRZ.

% budżetu projektu: 50%

Planowany termin realizacji: 1 - 43 miesiąc

#### **Zadanie 3. Zapewnienie dostępu do danych**

Zadanie ma na celu zapewnienie wsparcia informatycznego dla tworzonych PRZ oraz prowadzonych analiz. Obejmuje to stworzenie i utrzymanie odpowiedniej, bezpiecznej przestrzeni do pracy nad PRZ, bieżące dostarczanie i zapewnienie dostępu do danych, przygotowanie informatyczne nowopowstających narzędzi oraz utrzymanie i rozwój środowisk publikacji danych, analiz i raportów. Prace będą obejmowały eksplorację nowych zbiorów danych, opracowanie koncepcji modelu danych, widoku bazodanowego, a następnie

automatyzację procesu odświeżania danych. W ramach zadania realizowane będą działania takie jak:

- 1) opracowanie i wdrożenie narzędzia do analizy danych (np. o stopniu zajętości łóżek szpitalnych);
- 2) opracowanie koncepcji i analiza modelu danych opartego o nowopowstałe zbiory danych w oparciu o świadczenia opieki zdrowotnej w kontekście aktualnie przetwarzanych zbiorów;
- 3) konwersja modeli danych aplikacji i raportów pod kątem dostosowania do nowopowstałych zbiorów danych jako źródła zasilającego analizy i raporty;
- 4) opracowanie koncepcji i przeprowadzone wdrożenie optymalizacji procesu publikacji i utrzymania środowiska do publikacji danych i analiz;
- 5) wdrożenie narzędzi do regulacji ruchu użytkowników i monitorowania obciążenia systemów analitycznych;
- 6) opracowanie koncepcji i wdrożenie rozwiązań optymalizacyjnych w obszarze przetwarzanych zbiorów danych, środowisk bazodanowych i analitycznych;
- 7) prace utrzymaniowe i rozwojowe w obszarze istniejących systemów publikacji danych, raportów i analiz.

Działania związane z utrzymaniem, zapewnieniem prawidłowego działania i rozwoju systemów teleinformatycznych mają charakter ciągły i będą realizowane w całym okresie projektu. Jest to związane z koniecznością zarówno zapewnienia właściwych narzędzi personelowi beneficjenta, jak również udostępniania opracowanych analiz i raportów publicznie.

#### Produkty Zadania 3:

- wdrożone narzędzie do regulacji ruchu użytkowników i monitorowania obciążenia systemów analitycznych
- koncepcja i przeprowadzone wdrożenie optymalizacji procesu publikacji i utrzymania środowiska do publikacji danych i analiz
- wdrożone narzędzie do pozyskiwania danych o stopniu zajętości łóżek szpitalnych
- koncepcja i analiza modelu danych opartego o Zdarzenie Medyczne w kontekście komunikatu SWIAD / KLP (szczegółowy komunikat sprawozdawczych XML dotyczący świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych)
- konwersja modeli danych aplikacji i raportów pod kątem dostosowania do Zdarzenia Medycznego jako źródła danych
- narzędzie do analizy dostępu do kluczowych świadczeń pod kątem czasu dojazdu

% budżetu projektu: 10%

Planowany termin realizacji: 1 - 43 miesiąc

#### **Zadanie 4. Współpraca z interesariuszami**

Działania przewidziane w ramach zadania będą uzupełniające wobec działań analitycznych prowadzonych w ramach zadań 1-3. Przewiduje się konsultacje wypracowywanych rozwiązań z interesariuszami, szkolenie interesariuszy w zakresie opracowanych narzędzi oraz ich upowszechnienie. W ramach zadania zaplanowano współpracę z wojewódzkimi radami ds. potrzeb zdrowotnych, które mają współuczestniczyć w określaniu specyfiki potrzeb zdrowotnych oraz projektowaniu optymalnego rozmieszczenia świadczeń na podstawie uzgodnionej definicji PRZ.

Zadanie obejmuje:

- 1) konsultacje wypracowywanych założeń PRZ ze środowiskiem (organizacje pacjentów, NFZ, wojewodowie, rady ds. potrzeb zdrowotnych, jednostki samorządów terytorialnych (JST), świadczeniodawcy),
- 2) badanie potrzeb i opinii interesariuszy (NFZ, JST, świadczeniodawcy, pacjenci),
- 3) wsparcie interesariuszy w planowaniu,
- 4) szkolenia dla wojewódzkich rad ds. potrzeb zdrowotnych i budowanie kompetencji planistycznych,
- 5) warsztaty dla wojewódzkich oddziałów i centrali NFZ,
- 6) opracowanie rozwiązań wspierających ocenę wniosków inwestycyjnych z wykorzystaniem PRZ.

#### Produkty Zadania 4:

- raport z badania potrzeb interesariuszy systemu ochrony zdrowia,
- przeprowadzone 16 szkoleń dla wojewódzkich rad ds. potrzeb zdrowotnych (około 160 osób),
- przeprowadzone warsztaty dla 16 oddziałów NFZ,
- zbiór rekomendacji na potrzeby opracowania rozwiązań wspierających ocenę wniosków inwestycyjnych z wykorzystaniem PRZ.

% budżetu projektu: 15%

Planowany termin realizacji: 1 - 43 miesiąc

Na grupę docelową składają się:

- 1) **Minister właściwy ds. zdrowia:** odpowiedzialny za tworzenie wieloletnich strategii dla sektora ochrony zdrowia,
- 2) **Narodowy Fundusz Zdrowia:** płatnik odpowiedzialny za organizowanie systemu rozliczeniowego,
- 3) **pacjenci:** osoby zwracające się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystające ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych lub osoby wykonującą zawód medyczny,
- 4) **województwie i regionalne rady ds. potrzeb zdrowotnych:** wojewodowie odpowiadają za kreowanie polityki zdrowia w regionie, realizując zadania w zakresie tworzenia warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizy i oceny potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocji zdrowia i profilaktyki mającej na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Wojewódzkie rady ds. potrzeb zdrowotnych powoływane przez wojewodę współdziałają z nim przy opracowaniu projektu wojewódzkiego planu transformacji oraz monitorowania i aktualizacji tego planu,
- 5) **JST,** których zadaniem jest zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Pośrednimi odbiorcami projektu będą:

- 1) **podmioty wykonujące działalność leczniczą:** zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych, w zakresie POZ w 2021 r. było ich około 8 660, w AOS - 23 303, a w lecznictwie szpitalnym - 1 195;
- 2) **pracownicy systemu ochrony zdrowia:** zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych, w 2021 r. w systemie pracowało 133 819 lekarzy i 239 417 pielęgniarek.

**Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?**

- Nie

**Czy projekt będzie projektem grantowym?**

- Nie

**Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie:** 3. kw. 2023 r.

**Przewidywany okres realizacji projektu:** 12.2023 – 06.2027

**Szacowany budżet Projektu**

Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN):

- w roku 2023: 400 000

- w roku 2024: 14 925 000
- w roku 2025: 14 925 000
- w roku 2026: 14 925 000
- w roku 2027: 14 925 000

ogółem: 60 100 000

Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):

- Nie

Szacowany wkład UE (PLN):

49 500 000

Cross-financing:

- Kwota 1 803 000 PLN
- 3%

Rodzaj planowanych wydatków w ramach cross-financingu:

- 1) Zakup macierzy i półki dyskowej wraz z dyskami do budowy bazy danych; zakup laptopów analitycznych

### **Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami**

#### **Wskaźniki Rezultatu**

Liczba wdrożonych modeli w zakresie optymalizacji udzielania świadczeń zdrowotnych

Wartość docelowa dla projektu: 1

#### **Wskaźniki Produktu**

1. Opracowane narzędzie informatyczno-analityczne do identyfikacji PRZ

Wartość docelowa dla projektu: 1

2. Narzędzie informatyczno-analityczne do monitorowania zmian w systemie

Wartość docelowa dla projektu: 1

3. Liczba opracowanych modeli w zakresie optymalizacji udzielania świadczeń zdrowotnych

Wartość docelowa dla projektu: 1

### **Szczegółowe kryteria wyboru projektów**

Kryteria dostępu:

Nie dotyczy



## II FIZSKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY<sup>11</sup>

część wypełniana jest oddzielnie dla każdego projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny, ujętym w wykazie działań zawartym w części Informacje ogólne. W przypadku zgłaszania w Planie więcej niż jednego projektu, kolejną fiszkę należy przedstawić w oddzielnej części, przez powielenie formularza fiszki projektu.

<b>III.1 NUMER PROJEKTU W PD</b> skrótowa nazwa programu - skrót nazwy województwa . numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu. Przykład: WD.1.P.1.	FERS.1.P.2
<b>III.2 DZIAŁANIE</b> numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (część Numer i nazwa działania FERS).
<b>III.3 Fundusz</b> skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy	EFS+
<b>III.4 Cel szczegółowy</b> numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.	Cel szczegółowy: 4(g) Wspieranie uczenia się przez całe życie, w szczególności elastycznych możliwości podnoszenia i zmiany kwalifikacji dla wszystkich, z uwzględnieniem umiejętności w zakresie przedsiębiorczości i kompetencji cyfrowych (...)
<b>III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP</b> typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).
<b>III.6 Zakres terytorialny inwestycji</b> pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).	ogólnopolski
	Województwo:
	Powiat:
	TERYT powiat:
<b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b>	
<b>III.7 Tytuł projektu</b>	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Tytuł lub zakres projektu).
<b>III.8 Beneficjent</b> nazwa beneficjenta, adres jego siedziby	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa
<b>III.9 Cel główny projektu</b> cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).

<sup>11</sup> Istnieje możliwość przedstawienia informacji nt. projektu w postaci fiszki projektu realizowanego w procedurze niekonkurencyjnej używanej przez Instytucję, jeśli w tej fiszce znajdują się wszystkie informacje wymagane oficjalnym wzorem planu działań Komitetu Sterującego, natomiast w przypadku gdy taki dokument nie zawiera wszystkich wymaganych wzorem informacji, konieczne jest uzupełnienie brakujących elementów w Planie działań.

<p><b>III.10 Opis projektu</b> zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe</p>	<p>Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).</p>
<p><b>III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”<sup>12</sup></b> nazwa adekwatnego celu z dokumentu „Zdrowa Przyszłość” – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy w razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie</p>	<p>Cel 3.1 [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych</p>
<p><b>III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta</b> zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta</p>	<p>Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).</p>

<sup>12</sup> Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.



<p><b>III.13 Opis zgodności projektu z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych i Krajowym / Wojewódzkim Planem Transformacji</b></p> <p>zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu oraz Krajowego lub Wojewódzkiego Planu Transformacji</p>	<p>Projekt przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji <a href="https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/">https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/</a> w szczególności w części 2.11 punkt 2: „Zwiększenie wykorzystywania akredytowanych miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy, w szczególności w wybranych dziedzinach medycyny.”</p> <p>Planowane do realizacji działania w ramach projektu „Wspieranie kształcenia podyplomowego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski” stanowią kompleksową odpowiedź na zidentyfikowane problemy w systemie ochrony zdrowia w zakresie: potrzeb zdrowotnych ludności (uwzględniając bieżące potrzeby epidemiologiczne) oraz potrzeb kadrowych systemu ochrony zdrowia (uwzględniając potrzeby kadr lekarskich w określonych specjalizacjach/obszarach medycyny).</p> <p>Celem projektu jest zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach medycyny deficytowych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski oraz liczby lekarzy udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).</p> <p>Analiza potrzeb demograficznych i epidemiologicznych uwzględniając obecne zasoby kadr medycznych – lekarzy specjalistów wskazuje na konieczność wspierania kształcenia podyplomowego lekarzy w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kształcenia specjalizacyjnego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i medycyny ogólnej na poziomie specjalistycznym (choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, chirurgia ogólna, pediatria, geriatria, psychiatria oraz psychiatria dzieci i młodzieży);</li> <li>- kształcenia specjalizacyjnego z zakresu onkologii (onkologia kliniczna, chirurgia onkologiczna, radioterapia onkologiczna, patomorfologia, hematologia);</li> <li>- kształcenia podyplomowego lekarzy udzielających świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.</li> </ul> <p>Powyższe problemy wskazano w dokumencie „Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.” (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dn. 27.08.2021 r., poz. 69). Dokonana w dokumencie analiza epidemiologiczna wskazuje, że nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów. W Rozdziale 2.11 dot. kadr medycznych wskazano, że z analizy wymienialności pokoleniowej lekarzy specjalistów wynika, że największy problem może szczególnie dotknąć obszar chorób wewnętrznych, w którym liczba lekarzy osiągających wiek emerytalny przewyższała prawie dwukrotnie liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalistycznego. Biorąc jednak pod uwagę rekomendacje konsultantów krajowych na uwagę zasługują również inne dziedziny medycyny, w szczególności medycyna rodzinna oraz psychiatria.</p> <p>Jako najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wskazano konieczność zwiększenia wykorzystywania akredytowanych miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy, w szczególności w wybranych dziedzinach medycyny.</p> <p>Zasadność realizacji projektu pokrywa się także z analizą wynikającą z dokumentu „Krajowy Plan Transformacji na lata 2022-2026” (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dn. 15.10.2021 r.).</p> <p>Komplementarnym działaniem do Działania 2.11.2 jest wdrożenie mechanizmów wsparcia kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w wybranych, deficytowych specjalnościach planowanych do objęcia projektem. Działanie 2.11.2 zdefiniowanego jako „Wdrożenie działań umożliwiających zwiększenie wykorzystania wolnych miejsc specjalizacyjnych w całym kraju, w szczególności w dziedzinach deficytowych, na które jest największe zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej. Stworzenie funkcjonalności centralnego Systemu Monitorowania Kształcenia”. Tym samym zostaną komplementarnie osiągnięte oczekiwane rezultaty projektu, zbieżne z Działaniem 2.11.2 – jakim jest zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów w szczególności w dziedzinach deficytowych. Istotne jest bowiem aby lekarze nie tylko byli zainteresowani rozpoczęciem specjalizacji i mieli możliwość rozpoczęcia kształcenia ale także aby zostały zapewnione jak najlepsze warunki do zakończenia wieloletniego cyklu specjalizacyjnego. Projekt będzie stwarzał takie warunki i rozwiązania aby zminimalizować ryzyko przerwania lub opóźnienia zakończenia specjalizacji a ponadto wdrożone działania promocyjne mają zachęcać lekarzy do specjalizowania się.</p>
--	---

III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin			
SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU				
Szacowana kwota wydatków w projekcie				
III.17 Planowany koszt całkowity [PLN] całkowita wartość projektu, obejmująca zarówno wydatki kwalifikowalne (wkład UE i wkład krajowy), jak i niekwalifikowalne, w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Szacowany budżet).	[RRRR.KW]	Data zakończenia [RRRR.KW]	W projekcie nie przewiduje się wydatków niekwalifikowalnych (wydatki niekwalifikowalne – 0 PLN).
III.18 Planowany koszt kwalifikowalny [PLN] wartość wydatków kwalifikowalnych w projekcie (wkład UE i wkład krajowy) w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Szacowany budżet).			
III.19 Poziom dofinansowania UE [%] poziom dofinansowania UE przeznaczonego na projekt w %	82,52%			
III.20 Poziom wkładu krajowego [%] poziom dofinansowania krajowego przeznaczonego na projekt w %	17,48%			

ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI			
III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba lekarzy, którzy odbyli szkolenie specjalizacyjne w ramach programu	osoba	1100	1100
Liczba lekarzy, którzy uzyskali uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych w ramach POZ	osoba	1800	1800
III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie

Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba lekarzy objętych wsparciem w ramach kształcenia specjalizacyjnego	osoba	8000	8000
Liczba lekarzy objętych wsparciem w ramach kursu z zakresu medycyny rodzinnej	osoba	2000	2000

## FERS.1.P.2

Tytuł lub zakres projektu: **Wspieranie kształcenia podyplomowego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski**

**Informacje o instytucji opracowującej fiskę:**

Numer i nazwa Priorytetu: i - Umiejętności

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych:

Dariusz Juszczynski

Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II

Departament Oceny Inwestycji

+48 880 340 050

[d.juszczynski@mz.gov.pl](mailto:d.juszczynski@mz.gov.pl)

Numer i nazwa działania FERS: 01.12 - Kształcenie podyplomowe lekarzy, pielęgniarek i położnych

**Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny**

**Podstawowe informacje o Projekcie:**

Typ projektów FERS:

Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego lekarzy

Podmiot, który będzie wnioskodawcą: **Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego**

**Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą:**

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego z siedzibą w Warszawie (CMKP) jest jedynym podmiotem umocowanym przepisami prawa do programowania, organizowania, prowadzenia oraz koordynowania kształcenia podyplomowego lekarzy w Polsce.

Kompetencje CMKP w tym zakresie regulują przed wszystkim następujące przepisy:

1. Ustawa z dnia 13.09.2018 r. o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (Dz.U. 2018 poz. 2024) – art. 3 wskazuje, że podstawową działalnością CMKP jest kształcenie podyplomowe w obszarze nauk medycznych, samodzielne organizowanie i realizowanie elementów kształcenia podyplomowego lekarzy oraz koordynowanie i kontrolowanie zadań realizowanych przez inne podmioty w zakresie szkolenia specjalizacyjnego oraz nadawanie uprawnień do prowadzenia takiego szkolenia.
2. Ustawa z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152) - CMKP jest właściwą instytucją w szczególności do koordynowania i zarządzania procesem tworzenia i nowelizacji programów specjalizacji, udzielania akredytacji jednostkom organizacyjnym (podmiotom leczniczym) do prowadzenia kształcenia w formie specjalizacji, koordynacji organizacji kursów specjalizacyjnych/szkoleniowych, przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego na specjalizacje oraz kontroli i monitorowania realizacji szkolenia specjalizacyjnego.
3. Ustawa z dnia 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2217) - CMKP jest podmiotem uprawnionym do realizacji kursów dla lekarzy POZ.
4. Ustawa z dnia 24.02.2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2017 poz. 599).
5. Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).
6. Ustawa z dnia 20.07.2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2018 poz. 1668).
7. Statut CMKP (Uchwała nr 189 Rady Naukowej CMKP z dn. 26.06.2019 r.), który wskazuje, że celem działania CMKP jest: przygotowanie wyspecjalizowanej kadry do działania w systemie ochrony zdrowia (<https://cmkp.bip.gov.pl/status-prawny/statut-cmkp.html>).

Tym samym, spełniona została przesłanka dotycząca wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny, określona w art. 44 ust. 2 pkt 1) ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.

CMKP ma największe zasoby i doświadczenie do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy. Od ponad 50 lat samodzielnie organizuje i prowadzi zasadniczą część kursów specjalizacyjnych dla lekarzy oraz kursów szkoleniowych dla innych medycznych grup zawodowych oraz w celu zapewnienia dostępności szkoleń na terenie całej Polski, zleca realizację kursów innym uprawnionym jednostkom.

CMKP współpracuje także ze wszystkimi podmiotami systemu kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, tj. uczelniami medycznymi, instytutami badawczymi, konsultantami krajowymi

wszystkich dziedzin medycyny oraz towarzystwami naukowymi, właściwymi samorządami zawodów medycznych, wojewódzkimi centrami zdrowia publicznego oraz innymi instytucjami i organizacjami prowadzącymi działalność dydaktyczną i naukowo-badawczą oraz leczniczą w kraju i za granicą.

CMKP posiada również doświadczenie w realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.

W związku z powyższym, jedynie CMKP jako podmiot posiadający kompetencje ustawowe w zakresie koordynowania i kształcenia specjalizacyjnego lekarzy oraz posiadający wieloletnie doświadczenie w realizacji kursów oraz realizacji projektów współfinansowanych ze środków unijnych może być realizatorem projektu, którym objętych będzie dwanaście zróżnicowanych specjalizacji odpowiadających na potrzeby epidemiologiczne i zmiany demograficzne w Polsce. Właściwe skoordynowanie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy jest bowiem kluczowe dla zapewnienia dostępu do odpowiedniej liczby kursów specjalizacyjnych odpowiadających na potrzeby szkoleniowe specjalizujących się lekarzy. CMKP jest również gwarantem właściwej jakości merytorycznej kursów specjalizacyjnych.

#### **Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:**

ESO4.7. Wspieranie uczenia się przez całe życie, w szczególności elastycznych możliwości podnoszenia i zmiany kwalifikacji dla wszystkich, z uwzględnieniem umiejętności w zakresie przedsiębiorczości i kompetencji cyfrowych, lepsze przewidywanie zmian i zapotrzebowania na nowe umiejętności na podstawie potrzeb rynku pracy, ułatwianie zmian ścieżki kariery zawodowej i wspieranie mobilności zawodowej (EFS+)

#### **Cel główny projektu:**

Celem projektu jest zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach medycyny deficytowych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski oraz liczby lekarzy udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Analiza potrzeb demograficznych i epidemiologicznych wskazuje na konieczność wspierania kształcenia podyplomowego lekarzy w zakresie:

- kształcenia specjalizacyjnego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i medycyny ogólnej na poziomie specjalistycznym (choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, chirurgia ogólna, pediatria, geriatria, psychiatria oraz psychiatria dzieci i młodzieży);
- kształcenia specjalizacyjnego z zakresu onkologii (onkologia kliniczna, chirurgia onkologiczna, radioterapia onkologiczna, patomorfologia, hematologia);
- kształcenia podyplomowego lekarzy udzielających świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

## Opis kontekstu

Według analiz Ministra Zdrowia, jednym z największych problemów w obszarze kadr medycznych jest starzenie się kadr lekarskich i ich zbyt mała liczebność w stosunku do potrzeb. Problem dotyczy prawie wszystkich rejonów Polski. z przeprowadzonej analizy wykonanej w oparciu o dane zebrane od konsultantów krajowych wynika m.in., że najwięcej lekarzy specjalistów brakuje w chorobach wewnętrznych (14 203), medycynie rodzinnej (6 142) oraz psychiatrii (3 796).

W celu przeanalizowania problemu malejącej liczby lekarzy specjalistów, zestawiono liczbę lekarzy specjalistów aktywnych zawodowo, którzy w przeciągu 6 lat osiągną wiek emerytalny i prawdopodobnie przejdą na emeryturę z liczbą lekarzy w trakcie specjalizacji, którzy w tym czasie osiągną tytuł specjalisty. z analizy wynika, że np. liczba specjalistów chorób wewnętrznych, którzy osiągną wiek emerytalny, prawie dwukrotnie przewyższy liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Podobny problem związany ze starzeniem się kadry specjalistów i zmniejszeniem się liczbą lekarzy może dotyczyć pediatrów i chirurgów ogólnych (Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1.01.2022 r. do 31.01.2026 r. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27.08.2021 r.).

W związku z powyższym, Ministerstwo Zdrowia uznało 22 dziedziny medycyny za dziedziny priorytetowe, czyli najbardziej deficytowe dziedziny medycyny, w których braki kadrowe są najbardziej odczuwalne, a potrzeby zdrowotne są bardzo duże i ciągle rosną. Specjalizacje priorytetowe wymagają pilnego uzupełnienia kadrowego. Dwanaście z nich planowane jest do objęcia wsparciem w projekcie.

## Opis tego co już zostało zrobione

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowało projekt pn. „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy” (w latach 2007-2015) oraz projekt pn. „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno - demograficznych kraju” (w latach 2015- 2023).

- Efektem wsparcia kształcenia specjalizacyjnego w zakresie specjalności onkologicznych w realizowanych poprzednio projektach jest między innymi podwojenie w latach 2009 - 2022 liczby lekarzy - specjalistów w dziedzinach onkologicznych (z 1 434 lekarzy w 2009 roku do 3 011 lekarzy w 2022 roku).

Jednak, pomimo wzrostu liczby specjalistów z zakresu onkologii, specjalizacja ta wymaga dalszego intensywnego wsparcia z uwagi na stale wysoki procent zgonów (zgony według wieku i płci zmarłych oraz klas przyczyn zgonów – „dane wstępne” – GUS).

## Analiza poszczególnych specjalizacji objętych projektem

Szczególną grupę pacjentów stanowią osoby w podeszłym wieku, wymagający wielokierunkowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, które zapewniają lekarze specjaliści z geriatrii. w krajach UE na milion mieszkańców przypada od 16 do 50 geriatrów, w Polsce 12. Liczba geriatrów wykonujących zawód obecnie wynosi 558.

Specjalizacja z chorób wewnętrznych stanowi filar i bazę kompleksowego leczenia, w tym osób w wieku podeszłym. Liczba specjalistów z chorób wewnętrznych jest zbyt mała – w Polsce jest tylko 19 674 lekarzy specjalistów wykonujących zawód. Grupa specjalistów w latach 2016 - 2023 zwiększyła się jedynie o 1 257 lekarzy (w 2016 r. było 18 417 lekarzy),rocznie specjalizację otwiera jedynie ok. 400 lekarzy.

Podobnie wygląda sytuacja w chirurgii ogólnej - w Polsce jest tylko 6 483 lekarzy ze specjalizacją z chirurgii ogólnej wykonujących zawód, rocznie specjalizację rozpoczyna ok. 140 lekarzy. w ciągu ostatnich 6 lat liczba chirurgów zwiększyła się o zaledwie 34 lekarzy (w 2016 r. było 6 149 lekarzy). Kolejną dziedziną medycyny o strategicznym znaczeniu jest pediatria. Istnieje duży deficyt lekarzy pediatrów w stosunku do potrzeb demograficznych kraju – aktywnych specjalistów w pediatrii obecnie jest 8 161 (w 2016 r. było 7 212).

Lekarzy posiadających specjalizację z medycyny rodzinnej i wykonujących zawód jest obecnie 11 806, w ciągu ostatnich 6 lat liczba ta uległa nieznacznemu zwiększeniu (w 2016 r. było 10 655 lekarzy). Szacunki wskazują, że w systemie brakuje około 10 000 lekarzy rodzinnych przyjmując jako wskaźnik 1 lekarza rodzinnego na 2000 pacjentów.

Biorąc natomiast pod uwagę trendy epidemiologiczne, to nowotwory złośliwe stanowią drugą pod względem częstości przyczynę zgonów w Polsce. w 2021 r. liczba zgonów z powodu nowotworów stanowiła 18,74% wszystkich zgonów (zgony według wieku i płci zmarłych oraz klas przyczyn zgonów – „Dane wstępne” – GUS). Polska na tle UE jest krajem o wciąż relatywnie niskiej zachorowalności na nowotwory złośliwe, ale wysokiej umieralności z ich powodu, w tym znacznie wyższej u osób poniżej 65. roku życia. Zatem kluczową rolę w sprawnym działaniu systemu odgrywają lekarze specjaliści z zakresu schorzeń onkologicznych, których ciągle jest zbyt mało.

Intensywnego wsparcia wymaga także kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży. w zawodzie pracuje jedynie 4 518 psychiatrów dla dorosłych i tylko 521 psychiatrów dzieci i młodzieży (w 2016 r. było 4 083 psychiatrów oraz 395 psychiatrów dziecięcych). Polska plasuje się na ostatnim miejscu, jeżeli chodzi o liczbę psychiatrów przypadających na 100 tys. mieszkańców w Europie.

**Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie, ze wskazaniem grup docelowych, planowanych terminów realizacji zadań oraz szacunkowych kosztów ich realizacji:**

**Zadanie 1: Kształcenie specjalizacyjne lekarzy**

Szacunkowy koszt: ok. 79% budżetu projektu.

Okres realizacji zadania: od 1 do 71 miesiąca realizacji projektu (ze względu na wieloletni cykl kształcenia specjalizacyjnego).

Opis zadania:

Celem zadania jest wsparcie kształcenia specjalizacyjnego dla 8 000 lekarzy realizujących 12 specjalizacji priorytetowych.

Wsparcie obejmie poniższe elementy kształcenia specjalizacyjnego:

1. kursy specjalizacyjne – zapewnienie dostępu do kursów specjalizacyjnych dla lekarzy objętych projektem poprzez sfinansowanie organizacji ok. 2 500 kursów, dla 8 000 specjalizujących się lekarzy (z których każdy zrealizuje po kilka/kilkadziesiąt kursów);
2. staże specjalizacyjne stanowiące podstawowy zakres kształcenia specjalizacyjnego, realizowane w akredytowanych ośrodkach – sfinansowane zostaną dla ok. 4 000 lekarzy koszty dojazdów i noclegów podczas staży.

Realizacja zadania zapewni odpowiednią liczbę obowiązkowych kursów specjalizacyjnych - pełny dostęp do wszystkich kursów specjalizacyjnych wymaganych w programach specjalizacji w liczbie i rozmieszczeniu gwarantującym pełną dostępność do kursów. Dodatkowo uczestnicy realizujący kursy stacjonarne w projekcie otrzymają dofinansowanie kosztów podróży i noclegów, które dotychczas ponoszone są z ich własnych środków co stanowi dodatkowe obciążenie dla młodych lekarzy.

Aby ułatwić realizację części praktycznej kształcenia specjalizacyjnego uczestnicy realizujący obowiązkowe staże specjalizacyjne w akredytowanych ośrodkach medycznych otrzymają dofinansowanie kosztów podróży i noclegów.

Wszystkie te formy wsparcia w projekcie pozwolą lekarzom na terminową realizację programu i uzyskiwanie tytułu specjalisty.

Rodzaje kursów – tytuł, zakres tematyczny, czas trwania odpowiadać będą wymaganiom określonym w programach specjalizacji zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia, publikowanym na stronie internetowej CMKP:

<https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/podyplomowe/lekarze-i-lekarze-dentysci> oraz  
<https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/podyplomowe/lekarze-i-lekarze-dentysci/modulowe-programy-specjalizacji-od-1-10-2014-aktualizacja-2018>.

CMKP, w ramach projektu odpowiadać będzie za realizację kursów wymaganych programami specjalizacji.



Kursy organizowane będą w okresie od stycznia 2024 r. do października 2029 roku w formie stacjonarnej lub e-learningowej (przede wszystkim zajęcia na żywo w formie online lub nagrane kursy do samodzielnego odtworzenia) przez:

- jednostki własne (Kliniki i Zakłady CMKP) min. 50% planowanej liczby kursów
- częściowo przez podmioty zewnętrzne, którym zostanie zlecona usługa edukacyjna w ramach projektu.

Planuje się zorganizowanie co najmniej 2 500 kursów specjalizacyjnych w okresie 6 lat realizacji projektu dla łącznie 8000 lekarzy. Każdy uczestnik weźmie udział w kilku, kilkunastu lub kilkudziesięciu kursach właściwych dla realizowanej specjalizacji:

- choroby wewnętrzne (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 12 kursów obowiązkowych): średnio 60-70 kursów rocznie dla grup 50 os., łącznie 400 kursów dla ok. 1600 lekarzy;
- chirurgia ogólna (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 12 kursów obowiązkowych): średnio 40 kursów rocznie dla grup 40 os., łącznie 240 kursów dla ok. 550 lekarzy;
- medycyna rodzinna (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 16 kursów obowiązkowych): średnio 70-80 kursów rocznie dla grup 50 os., dla ok. 1950 lekarzy;
- pediatria (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 14 kursów obowiązkowych): średnio 65-70 kursów rocznie dla grup 40 os., łącznie 400 kursów dla ok. 1300 lekarzy;
- onkologia kliniczna (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 30 kursów obowiązkowych): średnio 35-40 kursów rocznie dla grup 40 os., łącznie 230 kursów dla ok. 330 lekarzy;
- chirurgia onkologiczna (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 18 kursów obowiązkowych): średnio 30 kursów rocznie dla grup 35 os., łącznie 170 kursów dla ok. 290 lekarzy;
- radioterapia onkologiczna (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 14 kursów obowiązkowych): średnio 26 kursów rocznie dla grup 20 os., łącznie 156 kursów dla ok. 120 lekarzy;
- hematologia (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 21 kursów obowiązkowych): średnio 15 kursów rocznie dla grup 30 os., łącznie 99 kursów dla ok. 160 lekarzy;

- patomorfologia (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 12 kursów obowiązkowych): średnio 10 kursów rocznie dla grup 30 os., łącznie 60 kursów dla ok. 100 lekarzy;
- psychiatria (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 8 kursów obowiązkowych): średnio 24 kursy rocznie dla grup 50 os., łącznie 144 kursy dla ok. 1250 lekarzy;
- psychiatria dzieci i młodzieży (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 9 kursów obowiązkowych): średnio 6 kursów rocznie dla grup 40 os., łącznie 36 kursów dla ok. 250 lekarzy;
- geriatria (1 specjalizujący się lekarz zobowiązany jest zrealizować 21 kursów obowiązkowych): średnio 24 kursy rocznie dla grup 15 os., łącznie 144 kursy dla ok. 100 lekarzy;
- kursy wspólne dla wszystkich dziedzin (każdy specjalizujący się lekarz zobowiązany jest je zrealizować): średnio 30 kursów rocznie dla grup 40 os., łącznie 186 kursów dla 8 000 lekarzy.

Harmonogram kursów dostępny będzie na początku każdego kolejnego roku kalendarzowego i będzie aktualizowany wg bieżących potrzeb szkoleniowych grupy odbiorców.

Podstawową formą realizacji kursów będą kursy online, zgodnie z oczekiwaniami aktywnych zawodowo lekarzy (co najmniej 60% planowanych kursów w projekcie). Realizacja tak dużej liczby kursów wymaga zapewnienia odpowiedniej infrastruktury IT oraz e-learningowej, stąd w pierwszym roku realizacji projektu planuje się odpowiednie doposażenie CMKP w niezbędne zaplecze techniczne (zakup m.in. serwerów do przechowywania nagrań kursów oraz specjalistycznego oprogramowania oraz sprzętu audio-video do prowadzenia kursów online). Planuje się także opracowanie wybranych kursów w formie e-learningowej do samodzielnej realizacji w dogodnym dla lekarza terminie – autoryzowany dostęp do kursu przez platformę e-learningową CMKP tylko dla zakwalifikowanych uczestników spełniających kryteria udziału w kursie.

Podczas kursów stacjonarnych uczestnicy będą mieli zapewniony catering.

Materiały dydaktyczne uczestnicy wszystkich kursów otrzymają w formie online, dostępne z poziomu platformy e-learningowej CMKP przez cały okres realizacji projektu.

Za organizację poszczególnych kursów od strony merytorycznej odpowiadać będą kierownicy naukowi kursów - specjaliści w obszarze, którego kurs dotyczy.

Wskaźnik produktu: 8 000 lekarzy objętych wsparciem w ramach kształcenia specjalizacyjnego

Wskaźnik rezultatu: 1100 lekarzy, którzy odbyli szkolenie specjalizacyjne (liczonych jako liczba lekarzy, którzy zrealizowali co najmniej 60% kursów specjalizacyjnych zorganizowanych w projekcie) - uwzględniając czas trwania poszczególnych specjalizacji do wskaźnika wliczeni mogą zostać wyłącznie lekarze odbywający specjalizacje krótsze niż 6 lat (okres realizacji projektu 2024-2029 obejmie niepełne 6 lat). Wobec tego w projekcie w latach 2024-2029 nie zdążą zrealizować pełnego programu lekarze z dziedzin chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, hematologia oraz onkologia kliniczna.

## **Zadanie 2: Kształcenie lekarzy POZ**

Alokacja: 3,5 % budżetu projektu,

Okres realizacji zadania: od 1 do 24 miesiąca realizacji projektu.

Opis zadania:

Realizowane będzie kształcenie podyplomowe dla 2 000 lekarzy wykonujących świadczenia w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, która stanowi kluczowy element systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Wsparcie obejmie kursy z zakresu medycyny rodzinnej zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.05.2019 r. w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej. Sfinansowana zostanie organizacja 40 kursów, w których weźmie udział łącznie 2 tys. lekarzy.

Dodatkowo, uczestnicy realizujący część stacjonarną kursu otrzymają dofinansowanie kosztów podróży i noclegów, które dotychczas ponoszone są z ich własnych środków co stanowi dodatkowe obciążenie dla lekarzy. Realizacja kursu w projekcie pozwoli na utrzymanie 2000 lekarzy w systemie POZ, którzy po 31.12.2024 r. bez jego realizacji nie będą mogli udzielać świadczeń zdrowotnych.

Szczegółowy program kursu z zakresu medycyny rodzinnej określono w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21.05.2019 r. w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej. Kurs łącznie trwać będzie 92 godziny dydaktyczne (11,5 dnia), z tego 48 godz. zajęć teoretycznych w formie online, 12 godz. w formie e-learningu do samodzielnego odtworzenia, 32 godz. (4 dni) zajęć praktycznych w formie stacjonarnej (na potrzeby realizacji przez CMKP części praktycznej dokonane zostanie w ramach projektu doposażenie w zakresie fantomów szkoleniowych). Celem kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej jest uzupełnienie wiedzy oraz doskonalenie lub nabycie umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń POZ.

CMKP odpowiadać będzie za realizację kursów, które organizowane będą przez jednostki własne (Kliniki i Zakłady CMKP) oraz częściowo przez podmioty zewnętrzne, którym zostanie zlecona usługa edukacyjna w ramach projektu.

Kursy realizowane będą w okresie od stycznia 2024 r. do grudnia 2025 r. w formie zgodnej z wymogami ramowego programu kursu.

Harmonogram kursów dostępny będzie na początku każdego kolejnego roku kalendarzowego i będzie aktualizowany wg bieżących potrzeb szkoleniowych grupy odbiorców.

Materiały dydaktyczne opracowywane przez wykładowców poszczególnych kursów zostaną udostępnione uczestnikom w formie online, poprzez autoryzowany dostęp z poziomu platformy e-learningowej CMKP przez cały okres realizacji projektu.

Wskaźnik produktu: 2 000 lekarzy objętych wsparciem w ramach kursu z zakresu medycyny rodzinnej

Wskaźnik rezultatu: 1 800 lekarzy, którzy uzyskali uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych w ramach POZ

### **Zadanie 3: Wsparcie innych form samokształcenia lekarzy**

Alokacja: 8% budżetu projektu

Okres realizacji zadania: od 1 do 70 miesiąca realizacji projektu.

Opis zadania:

Celem zadania jest wsparcie kształcenia podyplomowego dla lekarzy odbywających specjalizację w 12 priorytetowych specjalnościach objętych projektem oraz dla lekarzy wykonujących świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Wsparcie w projekcie obejmie 2 elementy w ramach kształcenia podyplomowego:

1. kursy w ramach obowiązkowego podyplomowego kształcenia ustawicznego - sfinansowana zostanie organizacja ok. 50 kursów z zakresu komunikacji oraz wykonywania wybranych specjalistycznych procedur medycznych lub diagnostycznych, w których weźmie udział łącznie 1500 lekarzy;
2. inne formy samokształcenia – ok. 1 500 lekarzy będzie mogło otrzymać dofinansowanie z tytułu udziału w krajowych i zagranicznych konferencjach szkoleniowych typu: INTERNA Krajowa Konferencja Szkoleniowa Towarzystwa Internistów Polskich lub coroczny Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Dzięki udziałowi w projekcie lekarze otrzymają wsparcie w zakresie doskonalenia zawodowego w ramach samokształcenia wymaganego przepisami ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

W ramach uzupełnienia/aktualizacji kwalifikacji lekarzy w ramach projektu zostaną zorganizowane kursy odpowiadające na bieżące potrzeby szkoleniowe aktywnych zawodowo

lekarzy – dotyczące kompetencji miękkich (komunikacja lekarz-pacjent, lekarz-pozostały personel medyczny, w tym obejmujące elementy przekazywania trudnych wiadomości oraz aspekty komunikacji z pacjentem z niepełnosprawnością czy innymi pacjentami stanowiącymi grupę defaworyzowaną) oraz kompetencji dotyczących diagnostyki i leczenia wybranych jednostek chorobowych, istotnych w praktyce lekarza. Dodatkowo uczestnicy tych kursów otrzymają dofinansowanie kosztów podróży i noclegów, które dotychczas ponoszone są z ich własnych środków co stanowi dodatkowe obciążenie dla lekarzy. Ponadto uczestnicy realizując obowiązkowe samokształcenie będą mogli otrzymać wsparcie na sfinansowanie innych form kształcenia niż kursy specjalizacyjne i staże (kursy doskonalące typu „Kurs USG” etc. czy konferencje naukowe, podczas których wiodący eksperci przedstawiają praktyczne nowości w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym, stanowiące aktualizację wiedzy medycznej).

CMKP, w ramach projektu odpowiadać będzie za realizację kursów, które organizowane będą przez jednostki własne (Kliniki i Zakłady CMKP) oraz częściowo przez podmioty zewnętrzne, którym zostanie zlecona usługa edukacyjna w ramach projektu.

Szczegółowe programy kursów w ramach obowiązkowego podyplomowego kształcenia ustawicznego opracowane zostaną przez kierowników naukowych kursów posiadających kwalifikacje w obszarach, których kurs będzie dotyczyć. Czas trwania kursów wyniesie 16 godz. dydaktycznych (2 dni).

Kursy realizowane będą w okresie od stycznia 2024 r. do października 2029 r. w formie stacjonarnej lub e-learningowej.

Planuje się zorganizowanie ok. 50 kursów dla grup 20-30 osobowych.

Harmonogram kursów dostępny będzie na początku każdego kolejnego roku kalendarzowego i będzie aktualizowany wg bieżących potrzeb szkoleniowych grupy odbiorców.

Materiały dydaktyczne opracowywane przez wykładowców poszczególnych kursów zostaną udostępnione uczestnikom w formie online, poprzez autoryzowany dostęp z poziomu platformy e-learningowej CMKP przez cały okres realizacji projektu.

Produkty:

1. organizacja 50 kursów dla 1 500 uczestników
2. wsparcie 1 500 lekarzy na sfinansowanie pozostałych form obowiązkowego samokształcenia.

**Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?:**

- Nie

**Czy projekt będzie projektem grantowym?:**

- Nie

**Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie:** III kwartał 2023 r.

**Przewidywany okres realizacji projektu:** od 01.01.2024 r. do 30.11.2029 r.

### **Szacowany budżet Projektu**

Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN):

- w roku 2024: 22 000 000,00
- w roku 2025: 22 300 000,00
- w roku 2026: 21 800 000,00
- w roku 2027: 22 700 000,00
- w roku 2028: 23 200 000,00
- w roku 2029: 23 600 000,00

ogółem: 135 600 000,00

### **Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):**

- Nie

Procentowy poziom wymaganego wkładu własnego:  
nie dotyczy

### **Szacowany wkład UE (PLN):**

111 897 120,00

### **Cross-financing:**

- Kwota 2 450 000,00 PLN
- 1,8 %

Rodzaj planowanych wydatków w ramach cross-financingu:

Zakup niezbędnego sprzętu na potrzeby realizacji kursów w projekcie: serwerów do przechowywania nagrań kursów, specjalistycznego oprogramowania i sprzętu audio-video do prowadzenia kursów online oraz fantomów szkoleniowych do realizacji części praktycznej kursu z zakresu medycyny rodzinnej dla lekarzy POZ

### **Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami**

#### **Wskaźniki Rezultatu**

1. Liczba lekarzy, którzy odbyli szkolenie specjalizacyjne w ramach Programu

Wartość docelowa dla projektu: 1 100

2. Liczba lekarzy, którzy uzyskali uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych w ramach POZ

Wartość docelowa dla projektu: 1 800

#### **Wskaźniki Produktu**

1. Liczba lekarzy objętych wsparciem w ramach kształcenia specjalizacyjnego

Wartość docelowa dla projektu: 8 000

2. Liczba lekarzy objętych wsparciem w ramach kursu z zakresu medycyny rodzinnej

Wartość docelowa dla projektu: 2 000

#### **Szczegółowe kryteria wyboru projektów**

Kryteria dostępu:

Nie dotyczy

## VI KRYTERIA WYBORU PROJEKTÓW

### VI.1 Nr naboru/

#### projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny

nr naboru lub projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny, którego dotyczą kryteria wyboru - zgodnie z numerem wskazanym w wykazie działań przedstawionym w części I - Informacje ogólne oraz w fiszce danego naboru/projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny

IP nie określiła szczegółowych kryteriów wyboru projektu w oparciu o zapisy dokumentu: „Zasady wyboru projektów w ramach FERS”, rozdział 3, punkt 3.2.

Brak kryteriów szczegółowych dla ww. naborów zastał przyjęty stosowną Uchwałą Komitetu Monitorującego FERS.

### VI.2 Tytuł naboru/projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny

IP nie określiła szczegółowych kryteriów wyboru projektu w oparciu o zapisy dokumentu: „Zasady wyboru projektów w ramach FERS”, rozdział 3, punkt 3.2.

Brak kryteriów szczegółowych dla ww. naborów zastał przyjęty stosowną Uchwałą Komitetu Monitorującego FERS.

### VI.3 REKOMENDACJE KOMITETU STERUJĄCEGO

proponowane przez IP/IZ kryteria wyboru projektu niekonkurencyjnego / naboru prowadzonego w sposób konkurencyjny, wypełniające rekomendacje Komitetu Sterującego. Należy wypisać wszystkie obowiązkowe rekomendacje – zarówno dostępu, jak i premiujące. W przypadku niewykorzystania którejs z obowiązkowych rekomendacji, należy uzasadnić dlaczego dana rekomendacja nie została uwzględniona. W przypadku rekomendacji fakultatywnych należy wypisać tylko te wybrane przez IZ/ IP. Opisując kryteria premiujące należy określić istotność danego kryterium (punktacja/ waga). W zależności od zakresu działania należy uwzględnić wszystkie adekwatne kryteria. W tym celu należy powielić wiersze.

#### Rekomendacja KS dla kryterium

rekomendacje KS przyjęte właściwymi uchwałami adekwatne dla PI i obszaru stanowiącego przedmiot wsparcia w ramach naboru/projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny

#### Kryterium

nazwa (brzmienie) oraz numer proponowanego przez IZ/ IP kryterium

#### Rodzaj kryterium

kryterium dostępu/  
premiujące

#### Opis zgodności kryterium z rekomendacją

opis, w jaki sposób proponowane kryterium wypełnia treść rekomendacji Komitetu Sterującego wraz z projektem definicji proponowanej przez IZ/ IP kryterium

- |    |  |
|----|--|
| 1. | IP uwzględniła <i>rekomendacje dla kryteriów wyboru projektów realizowanych w obszarze zdrowia – zasady ogólne</i> w treści planu działań. |
|----|--|



2.	IP nie określiła <u>szczegółowych kryteriów wyboru projektu</u> w oparciu o zapisy dokumentu: „Zasady wyboru projektów w ramach FERS”, rozdział 3, punkt 3.2. Brak kryteriów szczegółowych dla ww. naborów zastał przyjęty stosowną Uchwałą Komitetu Monitorującego FERS.	IP nie określiła <u>szczegółowych kryteriów wyboru projektu</u> w oparciu o zapisy dokumentu: „Zasady wyboru projektów w ramach FERS”, rozdział 3, punkt 3.2. Brak kryteriów szczegółowych dla ww. naborów zastał przyjęty stosowną Uchwałą Komitetu Monitorującego FERS.	IP nie określiła <u>szczegółowych kryteriów wyboru projektu</u> w oparciu o zapisy dokumentu: „Zasady wyboru projektów w ramach FERS”, rozdział 3, punkt 3.2. Brak kryteriów szczegółowych dla ww. naborów zastał przyjęty stosowną Uchwałą Komitetu Monitorującego FERS.	IP nie określiła <u>szczegółowych kryteriów wyboru projektu</u> w oparciu o zapisy dokumentu: „Zasady wyboru projektów w ramach FERS”, rozdział 3, punkt 3.2. Brak kryteriów szczegółowych dla ww. naborów zastał przyjęty stosowną Uchwałą Komitetu Monitorującego FERS.
----	---	---	---	---

#### VI.4 POZOSTAŁE KRYTERIA PROPONOWANE PRZEZ IZ/IP

należy uzupełnić tabelę proponowanymi przez IP/IZ kryteriami wyboru, wychodzącymi poza zakres rekomendacji Komitetu Sterującego. Należy wypisać wszystkie kryteria, pod kątem których oceniane będą projekty składane w naborze / lub oceniany będzie projekt realizowany w sposób niekonkurencyjny. W zależności od zakresu działania należy uwzględnić wszystkie adekwatne kryteria. W tym celu należy powielić wiersze.

Kryterium nazwa oraz numer proponowanego przez IZ/ IP kryterium	Rodzaj kryterium kryterium dostępu/ premiujące	Uwagi projekt definicji proponowanego przez IZ/ IP kryterium
<i>Kryteria wynikające z dokumentu (aktualnego podczas oceny proj.):</i> <b>OGÓLNE KRYTERIA WYBORU PROJEKTÓW WYBIERANYCH W KONKURSACH I W SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY ORAZ SYSTEMATYKA KRYTERIÓW OBOWIĄZUJĄCYCH W RAMACH PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOŁECZNEGO 2021-2027</b>	<i>Określone w dokumencie:</i> <b>OGÓLNE KRYTERIA WYBORU PROJEKTÓW WYBIERANYCH W KONKURSACH I W SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY ORAZ SYSTEMATYKA</b>	<i>Dokument jest przygotowywany przez Instytucję Zarządzającą FERS i może ulegać aktualizacjom.</i>

	<i>będą musiały być zastosowane do wszystkich adekwatnych naborów w oparciu o odrębne przepisy, bez akceptacji Komitetu Sterującego.</i>	<i>KRYTERIÓW OBOWIĄZUJĄCYCH W RAMACH PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOŁECZNEGO 2021- 2027</i>	
--	--	---	--