

Załącznik do uchwały nr 25 KM PO WER z dnia 30 czerwca 2015 r.
w sprawie zmian w Rocznym Planie Działania na 2015 rok dla V Osi Priorytetowej
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Lp.	Roczny Plan Działania na 2015 r.	Było	Jest
1.	<p>Roczny Plan Działania dla V Osi Priorytetowej PO WER <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> opracowany przez Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Działanie 5.1 <i>Programy profilaktyczne</i></p> <p>Fiszka projektu pozakonkursowego</p>	<p>Brak fiszki projektu pozakonkursowego o charakterze koncepcyjnym w Działaniu 5.1 <i>Programy profilaktyczne</i>.</p>	<p>Nowy projekt pozakonkursowy o charakterze koncepcyjnym w Działaniu 5.1 <i>Programy profilaktyczne</i>.</p> <p>Fiszka nowego projektu pozakonkursowego stanowi załącznik nr 1 do niniejszej tabeli.</p>
2.	<p>Roczny Plan Działania dla V Osi Priorytetowej PO WER <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> opracowany przez Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Działanie 5.3 <i>Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych</i></p> <p>Fiszka projektu pozakonkursowego</p>	<p>Brak fiszki projektu pozakonkursowego o charakterze koncepcyjnym w Działaniu 5.3 <i>Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych</i>.</p>	<p>Nowy projekt pozakonkursowy o charakterze koncepcyjnym w Działaniu 5.3 <i>Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych</i>.</p> <p>Fiszka nowego projektu pozakonkursowego stanowi załącznik nr 2 do niniejszej tabeli.</p>
3.	<p>Roczny Plan Działania dla V Osi Priorytetowej PO WER <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> opracowany przez Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Działanie 5.3 <i>Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych</i></p> <p>Fiszka projektu konkursowego typ projektu: <i>Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków.</i></p>	<p>Brak fiszki konkursu w Działaniu 5.3 <i>Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych</i> z typem projektów <i>Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków.</i></p>	<p>Wprowadzenie fiszki nowego konkursu w Działaniu 5.3 <i>Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych</i> z typem projektów <i>Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków.</i></p> <p>Fiszka nowego konkursu stanowi załącznik nr 3 do niniejszej tabeli.</p>

FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO KONCEPCYJNEGO	
PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE	
Tytuł lub zakres projektu ¹	Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej.
Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany	Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej
Działanie / Poddziałanie	5.1 Programy profilaktyczne
Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu	Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem
Podmiot zgłaszający projekt ²	Minister właściwy ds. zdrowia
Podmiot, który będzie wnioskodawcą	Minister właściwy ds. zdrowia – Departament Funduszy Europejskich
Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą ³	<p>Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135, z późn. zm.), minister właściwy ds. zdrowia odpowiedzialny jest za realizację programów polityki zdrowotnej na poziomie centralnym. Wykonując zadania w zakresie zdrowia publicznego, dysponuje wsparciem merytorycznym powołanych przez siebie konsultantów krajowych (wybór konsultantów reguluje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia), którzy są autorytetami i wybitnymi specjalistami z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Jednym z głównych działań konsultantów krajowych jest inicjowanie badań epidemiologicznych na obszarze kraju oraz ocena metod i wyników tych badań, a także prognozowanie potrzeb zdrowotnych w reprezentowanej dziedzinie. Konsultanci krajowi prowadzą również doradztwo w zakresie realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia i innych programów zdrowotnych. Wiedza i doświadczenie kliniczno-naukowe konsultantów, wynikające z ich długoletniej praktyki zawodowej i realizowanych zadań oraz aktualnej wiedzy medycznej (evidence-based medicine), będą wykorzystane przy tworzeniu założeń merytorycznych planowanych programów polityki zdrowotnej.</p> <p>Realizacja przedmiotowego projektu przez ministra właściwego ds. zdrowia zapewni lepszą koordynację i wymianę informacji w procesie opracowywania programów polityki zdrowotnej oraz zapewni wykorzystanie wyników monitoringu Narodowego Programu Zdrowia za pośrednictwem konsultantów krajowych. Minister przy udziale konsultantów posiada wszystkie niezbędne dane i narzędzia do właściwego zaprojektowania efektywnego programu polityki zdrowotnej. Ponadto, w myśl znowelizowanej Ustawy</p>

¹ Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu.

² W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ.

³ W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa* z dnia 21 maja 2014 r.

	o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wszystkie planowane programy polityki zdrowotnej muszą uzyskać pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT). Powodzenie realizacji projektu jest zatem uzależniona od właściwej konstrukcji programu polityki zdrowotnej, w oparciu o dowody naukowe oraz dotychczasowe doświadczenie w zakresie ocenianych problemów zdrowotnych. Minister właściwy ds. zdrowia, jako jeden z podmiotów zobowiązanych do przedstawiania planowanych programów polityki zdrowotnej do oceny Agencji, posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie poprawnego konstruowania programów w oparciu o schemat programu rekomendowany przez AOTMiT.				
Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?	TAK		NIE	X	
Podmioty, które będą partnerami w projekcie i uzasadnienie ich wyboru ⁴	-----				
Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok)	08.2015				
Przewidywany okres realizacji projektu	Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok)	10.2015	Data zakończenia (miesiąc oraz rok)	12.2018	
SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU					
Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN)					
w roku 2015	w roku 2016	w roku 2017	w roku 2018	w roku 2019	ogółem
50 000 PLN	750 000 PLN	150 000 PLN	50 000 PLN	0 PLN	1 000 000 PLN
Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN)					
TAK				NIE	X
Szacowany wkład UE (PLN)					
842 800,00					
OPIS PROJEKTU					
Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym ⁵					

⁴ Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. W przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech.

⁵ W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

Realizacja programów polityki zdrowotnej uregulowana jest ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135, z późn. zm.). Zgodnie z ww. ustawą, minister właściwy ds. zdrowia jest odpowiedzialny za realizację programów polityki zdrowotnej na poziomie centralnym. Minister właściwy ds. zdrowia w ramach przedmiotowego projektu opracuje koncepcję i założenia merytoryczne realizacji programów polityki zdrowotnej. Kolejnym etapem będzie realizacja odrębnego projektu przewidującego wdrożenie tych programów w procedurze konkursowej.

Zasadnicze założenia interwencji publicznej, której wsparcie zaplanowano w ramach projektu

Stan zdrowia społeczeństwa wg. Banku Światowego jest funkcją stanu zamożności i wykształcenia. Poprawa stanu zdrowia zwiększa szansę rozwoju kraju, a rozwój gospodarczy warunkuje wzrost zamożności obywateli, co z kolei zwiększa możliwość lepszego wykształcenia. Zdrowie nie jest zatem pasywnym elementem rzeczywistości, ale formą kapitału, który należy pomnażać. Zgodnie z tzw. koncepcją Devera, system opieki zdrowotnej pochłania aż ok. 90% z całkowitych nakładów na ochronę zdrowia, a ma tylko ok.10% wpływ na redukcję umieralności. Nakłady na edukację zdrowotną i kształtowanie właściwego stylu życia pochłaniają zaledwie ok. 1,5% nakładów, a mają ok. 40% wpływ na obniżenie umieralności. Niezwykle ważne jest zatem podejmowanie wzmoczonych działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej.

Porównania międzynarodowe świadczą o tym, że stan zdrowia Polaków jest gorszy niż wielu innych społeczeństw, co też może być wynikiem braku środków finansowych, w tym niewystarczających nakładów na specjalistyczne badania profilaktyczne i diagnostyczne. Na podstawie danych dla Polski można stwierdzić, że chociaż oczekiwana długość życia wzrasta, to i tak jest ona o kilka lat krótsza niż w krajach wysoko rozwiniętych. W świetle prognoz demograficznych związanych ze starzeniem się polskiego społeczeństwa, konieczne jest położenie większego nacisku na dobrze zaplanowane działania profilaktyczne, których wdrożenie będzie znacznie tańsze niż późniejsze koszty leczenia i straty finansowe związane z absencją chorobową.

Program polityki zdrowotnej to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego.

Celem działań profilaktycznych jest zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. Programy prewencyjne przyczyniają się do redukcji chorobowości oraz umieralności i stanowią nieodzowny element walki z nierównościami stanu zdrowia na świecie.

Prowadzenie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych przynosi w określonej perspektywie czasowej wymierne korzyści w postaci:

- poprawy świadomości zdrowotnej populacji,
- poprawy stanu zdrowia ludności,
- zmniejszenia ilości osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem,
- zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów,
- zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju,
- obniżenia kosztów leczenia,
- zwiększenia odsetka wyleczeń,
- zmniejszenia absencji chorobowej,
- mniejszych strat finansowych (zasiłki chorobowe, straty produkcyjne, etc.).

Niniejszy projekt jest zgodny z narządziem nr 1 (cel operacyjny A) Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020: *Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierają-ce m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem.*

Zakłada opracowanie koncepcji merytorycznej i technicznej 15 ogólnokrajowych programów w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia, związanych z przeciwdziałaniem chorobom stanowiącym istotną przyczynę dezaktywizacji zawodowej (choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby i zaburzenia psychiczne, choroby układu kostno-stawowo – mięśniowego, choroby układu oddechowego). Działania pilotażowe

i testujące w zakresie profilaktyki zdrowotnej będą służyły wypracowaniu w systemie opieki zdrowotnej rozwiązań skoncentrowanych na zapobieganiu chorobom układu krążenia, układu kostno-stawowego i mięśniowego, układu oddechowego, nowotworowym oraz chorobom i zaburzeniom psychicznym. Programy polityki zdrowotnej zawierając będą komponent:

- **badawczy** (np. badania nad opracowaniem metod wdrażania działań profilaktycznych i badań przesiewowych w grupach ryzyka),
- **edukacyjny** (działania w zakresie profilaktyki wczesnej – utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia i profilaktyki pierwotnej (I fazy) – zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka),
- **wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem, a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i szpitalami ogólnymi**, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem (podstawowym ogniwem systemu jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który odpowiedzialny jest za leczenie oraz prowadzenie profilaktyki zdrowotnej zapisanych do niego pacjentów. W przypadku, gdy choroba pacjenta wymaga leczenia specjalistycznego, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wydaje skierowanie do poradni specjalistycznej lub szpitala.

W ramach realizacji projektu, wnioskodawca będzie korzystał z usług doradztwa eksperckiego w zakresie opracowania szczegółowej koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej w obszarze ww. chorób oraz wskazywania najlepszych możliwości w ich zapobieganiu i zwalczaniu, z wykorzystaniem dostępnych narzędzi zdrowia publicznego i promocji zdrowia. Ministerstwo Zdrowia jako wnioskodawca przy opracowywaniu programów polityki zdrowotnej korzystać będzie z wiedzy i doświadczenia ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego, promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, ekonomiki ochrony zdrowia oraz praktyków, klinicystów. Pozwoli to na opracowanie kompleksowych i efektywnych kosztowo programów, uwzględniających wszystkie szczeble profilaktyki zdrowotnej.

Zaplanowany projekt ma charakter analityczny i jego głównym założeniem będzie wsparcie Ministerstwa Zdrowia w opracowaniu programów profilaktycznych, które w kolejnych latach realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (od 2016 r.) będą wdrażane w trybie konkursowym. Każdy z opracowanych i zaopiniowanych programów będzie załącznikiem do dokumentacji konkursowej. Głównym działaniem projektu będą analizy i ekspertyzy służące przygotowaniu i przedłożeniu do opinii programów profilaktycznych do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Prawidłowo zaprojektowany program zdrowotny, w tym profilaktyczny program zdrowotny, musi charakteryzować się pięcioma podstawowymi cechami, tzn. program musi zawierać:

1. dokładny opis problemu zdrowotnego (jeden lub kilka) lub/i czynnik/i ryzyka, którego dotyczy,
2. populacji kwalifikującej się do włączenia do programu,
3. opracowanie działań o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie,
4. optymalne wykorzystanie dostępnych środków finansowych, organizacyjnych i kadrowych,
5. uwzględnienie monitoringu oraz ewaluacji prowadzonych działań.

Profilaktyczny program zdrowotny powinien zostać opracowany zgodnie ze schematem programu zdrowotnego, który jest rekomendowany przez AOTMiT, tzn. powinien zawierać następujące elementy: I. strona tytułowa II. opis problemu zdrowotnego, III. cele programu, IV. adresaci programu (populacja programu), V. organizacja programu VI. Koszty, VII. Monitorowanie i ewaluacja.

Wybór jednostek chorobowych objętych działaniami profilaktycznymi będzie również przedmiotem szczegółowych analiz w ramach projektu. Wybór ten będzie dokonany we współpracy z Radą Naukową przy Ministrze Zdrowia oraz w uzgodnieniu z Komitetem Sterującym ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Dotychczasowe działania projektowe wskazują, iż powinny być to następujące jednostki chorobowe⁶:

1. nowotwory płuc,
2. nowotwory skóry,
3. nowotwory głowy i szyi,
4. nowotwory - programy badań genetycznych w kierunku określenia predyspozycji do rozwoju chorób

⁶ Lista jednostek chorobowych może ulec zmianie w wyniku prac merytorycznych, które będą podejmowane w ramach projektu.

nowotworowych,

5. przewlekła obturacyjna choroba płuc,
6. choroby naczyń mózgowych,
7. choroby układu sercowo-naczyniowego,
8. hipertensja (nadciśnienie tętnicze),
9. miażdżycza tętnic,
10. reumatoidalne zapalenie stawów,
11. choroby kręgosłupa,
12. osteoporoza,
13. psychoza,
14. zaburzenia depresyjne,
15. zaburzenia odżywiania na podłożu psychicznym.

Opracowanie każdego z programów będzie opierać się na wykorzystywaniu dostępnych dowodów naukowych dotyczących skuteczności, efektywności i bezpieczeństwa danej interwencji z pełnym poszanowaniem praw pacjenta. Istotnym elementem przekładającym się na powodzenie i skuteczność programu profilaktycznego jest właściwe określenie grupy docelowej. Znaczna część działań w zakresie profilaktyki wtórnej będzie skierowana do osób po 50 roku życia, gdyż wiek jest jednym z niemodyfikowalnych czynników ryzyka większości chorób, np. zgodnie z dostępną wiedzą medyczną, profilaktyka drugorzędowa osteoporozy (badania skriningowe) powinna być skierowana, m.in. do kobiet po menopauzie z czynnikami ryzyka. Natomiast większość zachorowań na nowotwory złośliwe płuca występuje po 50 roku życia (96% zachorowań u mężczyzn i 95% zachorowań u kobiet). Uzupełnienie stanowią będą działania w zakresie edukacji zdrowotnej w szczególności zmierzające do utrwalania prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia oraz kontrolowania modyfikowalnych czynników ryzyka chorób.

Zasadnicze działania ukierunkowane na wsparcie podejmowanej interwencji publicznej, zrealizowane dotychczas przez wnioskodawcę lub inne instytucje

W 1990 r. w odpowiedzi na strategię Światowej Organizacji Zdrowia - Zdrowie dla wszystkich w roku 2000, Ministerstwo Zdrowia opracowało Narodowy Program Zdrowia. Była to pierwsza próba zjednoczenia wysiłków różnych organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnych w celu ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia Polaków. Zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosły za sobą nie tylko nowe wyzwania i możliwości, lecz także zagrożenia dla zdrowia wielu grup społecznych. W czerwcu 2005 r. Rada Ministrów przyjęła przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia Strategię Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013, której integralną częścią jest Narodowy Program Zdrowia przygotowany na lata 2007 – 2015.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szansę na skuteczniejszą realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Głównym celem Programu jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Powyższy cel powinien być osiągnięty poprzez kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa, tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjających zdrowiu oraz aktywizację jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia. Strategiczne cele zdrowotne ujęte w Narodowym Programie Zdrowia uwzględniają:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu,
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych,
- zmniejszenie częstotliwości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków,
- zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne,
- zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego,

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego,
- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom,
- zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Z inicjatywy Ministra Zdrowia zrealizowano dotychczas następujące programy polityki zdrowotnej:

- Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych,
- Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo Naczyniowego POLKARD,
- Program badań przesiewowych noworodków w Polsce,
- Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków,
- Narodowy Program Ochrony Antybiotyków,
- Zapewnienie samowystarczalności RP w krew i jej składniki,
- Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej,
- Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne,
- Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce,
- Program Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego,
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Nadal jednak, ze względu na ograniczone środki finansowe, nie są realizowane ogólnopolskie programy profilaktyczne w wielu grupach chorób lub ich finansowanie jest niewystarczające, przykładem mogą być choroby kostno-stawowo-mięśniowe, które nie były dotychczas przedmiotem interwencji finansowanych ze środków publicznych w ramach programów polityki zdrowotnej.

Przy opracowywaniu koncepcji programów polityki zdrowotnej w ramach przedmiotowego projektu wykorzystane zostaną wnioski zawarte w informacjach o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK), m.in. dotyczące realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. Zgodnie z zawartymi rekomendacjami, programy będą tworzyły spójny system, zapewniający pacjentom dostęp do interwencji profilaktycznych skupiających się zarówno na edukacji zdrowotnej (profilaktyka wczesna) jak również na wczesnym wykryciu chorób u osób z grupy zwiększonego ryzyka i późniejszym procesie leczenia (profilaktyka pierwotna i wtórna), z uwzględnieniem konieczności sprawnego skoordynowania jego etapów. Każdy program będzie poparty kampanią informacyjno-promocyjną, której narzędzia będą podporządkowane szerzeniu informacji prozdrowotnych wśród grupy docelowej, co przełoży się na zwiększenie zgłaszalności do programów.

Większy nacisk zostanie położony na rozeznanie stanu potencjału kadrowego i technicznego świadczeniodawców przed uruchomieniem programów – zapis określający potencjał kadrowy i techniczny zostanie określony w dokumentacji konkursowej. Sposób oceny projektów związany z systemem realizacji POWER zapewni bezstronne działanie komisji konkursowej, wyłaniającej realizatorów programów - zgodnie z zaleceniami NIK. Programy polityki zdrowotnej realizowane na poziomie regionalnym nie będą mogły powielać działań przewidzianych do realizacji na szczeblu centralnym, pozwoli to zapobiec ryzyku pokrywania się zakresu interwencji podejmowanych z różnych poziomów i źródeł finansowania.

Uwarunkowania skutecznej realizacji założeń interwencji publicznej (interesariusze, stan prawny, itd.)

Doświadczenia w realizacji działań we wcześniejszych programach zostaną wykorzystane dla skutecznej realizacji założeń obecnego projektu.

Programy polityki zdrowotnej powinny zostać zaplanowane w oparciu o:

- profilaktykę wczesną – utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia,

- profilaktyka pierwotna (I fazy) – zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka,
- profilaktyka wtórna (II fazy) – zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (przesiewowe badania skriningowe).

Warunkiem skutecznej realizacji projektu jest kwestia uwarunkowań prawnych - działania planowane w projekcie są realizowane na podstawie min. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w myśl której wszystkie planowane programy polityki zdrowotnej muszą uzyskać pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT). Powodzenie realizacji projektu jest zatem uzależniona od właściwej konstrukcji programu zdrowotnego, w oparciu o dowody naukowe w zakresie ocenianych problemów zdrowotnych. Niezbędne jest zatem skonstruowanie programów w oparciu o schemat programu zdrowotnego rekomendowany przez AOTMiT. Schemat wskazuje konieczność logicznej budowy projektu programu zdrowotnego, ze zwróceniem uwagi na wewnętrzne powiązania jego poszczególnych elementów.

Kolejnym czynnikiem skutecznej realizacji projektu jest zaplanowanie działań w zakresie edukacji zdrowotnej. Właściwie zaplanowana edukacja zdrowotna odgrywa znaczącą rolę na każdym etapie działań profilaktycznych - jest procesem, w trakcie którego ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych. Koncentruje się na uświadamianiu związków pomiędzy zdrowiem człowieka, a jego stylem życia oraz środowiskiem fizycznym i społecznym. Edukacja zdrowotna uwzględnia głównie działania informacyjne, których bezpośrednim celem jest kształtowanie sprzyjających zdrowiu przekonań, motywacji i umiejętności, a co za tym idzie postaw zdrowotnych jednostki, które powinny prowadzić do realizacji zachowań służących zdrowiu.

Trzecim równie ważnym warunkiem skutecznej realizacji założeń projektu jest właściwe zaplanowanie badań skriningowych, które odgrywają znaczącą rolę w zakresie profilaktyki wtórnej. Zorganizowane działanie w postaci badań przesiewowych pozwalają na wczesne wykrycie w populacji chorób lub stanów patologicznych za pomocą stosowanych masowo prostych, bezpiecznych i wiarygodnych testów diagnostycznych. Badania skriningowe powinny być prowadzone w odniesieniu do chorób stanowiących znaczny problem zdrowotny danej populacji, charakteryzujących się częstym występowaniem stadiów przedklinicznych, dość długim okresem między pierwszymi oznakami choroby a jej pełnym obrazem i możliwością wyleczenia.

W celu właściwego i efektywnego zaprojektowania programów polityki zdrowotnej planuje się ścisłą współpracę z szerokim gronem ekspertów, m.in.: konsultantami krajowymi i wojewódzkimi w poszczególnych dziedzinach medycznych, epidemiologami, klinycystami oraz specjalistami w zakresie zdrowia publicznego.

Programy polityki zdrowotnej realizowane na szczeblu centralnym (ogólnopolskie) nie mogą powielać interwencji przeznaczonych do realizacji w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych, które zgodnie z Policy Paper dla ochrony zdrowia będą obejmować w szczególności:

- wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu (w ramach tego działania będą mogły być realizowane programy profilaktyczne, które są identyfikowane jako istotny problem zdrowotny danego regionu i nie powielają interwencji zaplanowanych w ramach przedmiotowych 15 ogólnopolskich programów),
- wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy,
- wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy,
- rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi,
- wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych.

Dalsze etapy planowane do wdrożenia poza projektem, o ile zostaną spełnione warunki umożliwiające ich skuteczne wykonanie

Na podstawie opracowanych w ramach projektu koncepcji 15 programów polityki zdrowotnej przewidywana jest realizacja projektu polegającego na ich wdrożeniu w procedurze konkursowej. W oparciu o dokumentację konkursową, której załącznikiem będzie 15 opracowanych i pozytywnie zaopiniowanych przez AOTMiT programów polityki zdrowotnej (zawierających szczegółowe wymagania merytoryczne i organizacyjne), wybrane zostaną podmioty spełniające określone wymagania dające gwarancję poprawnej realizacji każdego programu. W konkursie będą mogły brać udział wysokospecjalistyczne jednostki, posiadające potencjał merytoryczny i duże doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych. Każdy z wybranych realizatorów zobowiązany będzie do

zawarcia określonej liczby umów z podmiotami świadczącymi usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, posiadającymi kontrakt z NFZ. Zobowiązany będzie również do przeszkolenia po dwóch lekarzy z każdego z tych podmiotów w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz strategii leczenia jednostki chorobowej objętej programem.

Zgodnie ze schematem dobrze skonstruowanego programu polityki zdrowotnej, rekomendowanym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, niezbędnym elementem każdego programu będzie etap monitorowania i ewaluacji, który powinien uwzględniać ocenę zgłaszalności do programu, ocenę jakości udzielonych świadczeń oraz ocenę efektywności.

Realizowane pilotażowo programy profilaktyczne zawierać będą elementy innowacyjne i testujące dostępne rozwiązania w zakresie profilaktyki zdrowotnej, w tym badania skринingowe. Będą miały za zadanie przetestowanie konkretnych rozwiązań w zakresie objęcia danej populacji działaniami mającymi na celu zapobiegnięciu chorobom poprzez ich wczesne wykrycie oraz ograniczenie negatywnych skutków zdrowotnych poprzez wcześniej wdrożony proces leczenia. W przypadku powodzenia realizacji każdego z 15 pilotażowych programów polityki zdrowotnej, po ich zakończeniu oraz dokonaniu analizy ekonomicznej, zostanie rozważona możliwość włączenia danej usługi/procedury medycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych. Wypracowane strategie dotyczące programów profilaktycznych, które sprawdziły się w praktyce, będą kontynuowane po zakończeniu pilotażowych programów⁷.

ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)

WSKAŹNIKI REZULTATU

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: ⁸		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
1 Liczba wdrożonych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	-	-	0
2 Liczba pozytywnych/warunkowych opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydanych w stosunku do opracowanych w ramach projektu programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	-	-	15

WSKAŹNIKI PRODUKTU

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: ⁹		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	

⁷ W krajach rozwiniętych próg opłacalności dla technologii medycznych, które powinny być włączone do koszyka świadczeń gwarantowanych przyjmuje się zwykle (również w Polsce) na poziomie 3 razy PKB na osobę za uzyskanie 1 QALY (*Quality Adjusted Life Year*).

⁸ Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

⁹ Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

1	Liczba opracowanych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	-	-	15
SZCZEGÓLWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU				
KRYTERIA DOSTĘPU				
Nie dotyczy				

Załącznik nr 2 – fiszka nowego projektu pozakonkursowego w Działaniu 5.3 *Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych*

FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO KONCEPCYJNEGO	
PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE	
Tytuł lub zakres projektu ¹⁰	Rozwój kompetencji pielęgniarskich
Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany	Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych
Działanie / Poddziałanie	<i>Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych</i>
Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu	Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków.
Podmiot zgłaszający projekt ¹¹	Minister właściwy ds. zdrowia
Podmiot, który będzie wnioskodawcą	Minister właściwy ds. zdrowia - Departament Pielęgniarek i Położnych
Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą ¹²	<p>Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych (DPiP) na bieżąco analizuje potrzeby w obszarze ochrony zdrowia, dotyczące kształcenia, planowania i zapotrzebowania kadr medycznych - pielęgniarek i położnych w celu zapewnienia dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Ponadto MZ DPiP we współpracy z Krajową Radą Akredytacyjną Szkół Pielęgniarek i Położnych (KRASzPiP) koordynuje i nadzoruje jakość kształcenia pielęgniarek i położnych m.in. poprzez udzielanie akredytacji Ministra Zdrowia uczelniom prowadzącym kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo/położnictwo na podstawie oceny jakości kształcenia dokonywanej przez KRASzPiP w ramach przeprowadzanych wizyt akredytacyjnych oraz monitorujących proces kształcenia. DPiP prowadzi listę uczelni uprawnionych do kształcenia w zawodach pielęgniarstwa i położnictwa oraz określa standardy kształcenia w tych zawodach. Wnioskodawca opracował projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w zakresie wprowadzenia nowych uprawnień i kompetencji zawodowych obejmujących ordynowanie wybranych leków, wystawianie recept w ramach kontynuacji leczenia oraz zlecenia określonych badań diagnostycznych.</p> <p>Podstawa prawna zaprojektowanych działań:</p> <ul style="list-style-type: none"> – art. 52 – 60 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.), – art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U.

¹⁰ Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu.

¹¹ W przypadku opracowywania Rocznej Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. W przypadku opracowywania Rocznej Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ.

¹² W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa* z dnia 21 maja 2014 r.

	z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.),				
	<ul style="list-style-type: none"> – art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027), – art. 9b ust. 1 i art. 33 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r., poz. 572 z późn. zm.). 				
Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?	TAK		NIE	x	
Podmioty, które będą partnerami w projekcie i uzasadnienie ich wyboru ¹³	nie dotyczy				
Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok)	III kwartał 2015				
Przewidywany okres realizacji projektu	Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok)	01.10.2015	Data zakończenia (miesiąc oraz rok)	31.12.2020	
SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU					
Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN)					
w roku 2015	w roku 2016	w roku 2017	w roku 2018	w latach 2019-2020	ogółem
47 300	2 972 500	2 229 100	1 764 600	3 029 200	10 042 700
Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN)					
TAK			NIE		x
Szacowany wkład UE (PLN)					
84,28%, tj. 8 463 987,56					
OPIS PROJEKTU					
Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym ¹⁴					
Realizacja projektu w trybie pozakonkursowym zapewni nadzór DPiP nad programami rozwojowymi uczelni, ukierunkowanymi na wykształcenie dodatkowej liczby pielęgniarek i położnych. W ramach projektu, we współpracy					

¹³ Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. W przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech.

¹⁴ W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

z przedstawicielami Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych, badana będzie jakość kształcenia pielęgniarek i położnych w zakresie kształtowania nowych kompetencji zawodowych, zdobywanych zarówno w toku kształcenia teoretycznego jak i praktycznego, wynikających ze znowelizowanego standardu.

W celu zapewnienia kadry pielęgniarskiej w Polsce na odpowiednim poziomie, planowane są przez MZ zmiany regulacji prawnych dotyczących zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze. Zmiany te będą regulowały kwestie minimalnego poziomu zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganego przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach, które są przedmiotem kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednoczenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Kadra pielęgniarska zostanie uwzględniona w procedurach medycznych i wpisana do rozporządzeń Ministra Zdrowia określających wykaz świadczeń gwarantowanych dla poszczególnych rodzajów, co zagwarantuje odpowiedni standard opieki nad pacjentami we wszystkich podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. W wykazach świadczeń gwarantowanych zostaną określone warunki realizacji danego świadczenia, w tym dotyczące minimalnych gwarantowanych wymogów personelu pielęgniarskiego i niezbędnych kwalifikacji do realizacji danego świadczenia, podobnie jak ma to obecnie miejsce w przypadku lekarzy. Projektowane rozwiązanie przyczyni się do zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek i położnych, głównie w zakresie udzielania świadczeń szpitalnych, a ustawowe zwiększenie kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych (wystawianie recept zgodnie z Ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.), które będzie obowiązywać od 2016 roku powinno przyczynić się do poprawy wynagrodzeń tych grup zawodowych.

Ponadto, zgodnie ze zmienioną ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Minister Zdrowia został zobligowany do wydania rozporządzenia w sprawie kryteriów oceny ofert dla poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, które zapewni prawidłowy przebieg porównania ofert w toku postępowania, w tym uwzględniający kwalifikacje personelu pielęgniarskiego przy realizacji świadczeń.

W związku z powyższym, biorąc pod uwagę charakter i cel projektu oraz delegację dla Ministra Zdrowia do określania przepisów prawnych w powyższym zakresie – uzasadniona jest realizacja projektu w trybie pozakonkursowym.

Zasadnicze założenia interwencji publicznej, której wsparcie zaplanowano w ramach projektu

Celem projektu jest poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, w tym w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia (edukacji zdrowotnej), oraz wypracowanie mechanizmów umożliwiających wzrost liczby pielęgniarek i położnych zatrudnianych w polskim systemie ochrony zdrowia. Aktualne dane wskazują, że około 48% (źródło: dane własne DPiP oraz NRPIP) pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia w latach 2011-2014 opuszczających instytucje kształcenia występuje do okręgowych izb pielęgniarek i położnych po prawo wykonywania zawodu, a z grupy, która to prawo otrzymuje nie wszystkie podejmują pracę w zawodzie. . Przyczyny tego zjawiska to głównie mała atrakcyjność zawodu pod względem finansowym oraz polityka zatrudnienia stosowana przez pracodawców, (źródło: Dokument opracowany w ramach prac Zespołu ds. analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego, grudzień, 2013 r., projekt RN4CAST).

Jednym z kluczowych działań projektu będzie wypracowanie i wdrożenie rozwiązań prawnych (np. w zakresie norm zatrudniania pielęgniarek i położnych, wyceny świadczeń gwarantowanych etc.), które przyczynią się do realnego wzrostu **liczby miejsc pracy dla pielęgniarek i położniczych w Polsce, jak również poprawy warunków wykonywanej przez nie pracy**. Przedmiotowy projekt jest komplementarny w stosunku do konkursu dla uczelni kształcących na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo - z uwagi na fakt, iż tworzy warunki formalno-prawne dla tworzenia i rozwoju „białych miejsc pracy”, a więc oddziałuje na kwestię popytową na usługi pielęgniarskie/położnicze. Natomiast konkurs dla uczelni kształcących na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, przyczyni się do wzrostu liczby absolwentów, a więc będzie oddziaływał na kwestie podażowe na usługi pielęgniarskie i położnicze.

W ramach projektu prowadzony będzie nadzór nad wdrażaniem nowego standardu kształcenia – wizytacje w uczelniach z udziałem ekspertów (KRASzPiP, Konsultantów krajowych i wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa) pod kątem oceny jakości kształcenia w zakresie dodatkowych kompetencji i nowych metod kształcenia oferowanych w ramach programów rozwojowych. W celu podniesienia jakości kształcenia pielęgniarek i położnych zaplanowano w ramach projektu organizację spotkań szkoleniowo – doradczych z udziałem ekspertów Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych, Polskiej Komisji Akredytacyjnej oraz wdrażanie nowych metod kształcenia praktycznego w ramach współpracy z UE

i Ministerstwem Nauki Szkolnictwa Wyższego. Efektem prowadzonego nadzoru będą ewentualne propozycje zmian prawnych w zakresie kształcenia, w tym w szczególności standardów.

Projekt przewiduje również współpracę z podmiotami leczniczymi - partnerami uczelni będących beneficjentami konkursowymi w Działaniu 5.3 PO WER - m. in. w zakresie realizacji programów rozwojowych i standardów kształcenia oraz w zakresie oceny norm zatrudnienia, a także oceny potrzeb pod kątem liczby miejsc pracy i kwalifikacji pielęgniarek i położnych.

W ramach projektu DPiP wypracowane zostaną rozwiązania mające na celu poprawę warunków zatrudnienia kadry pielęgniarskiej i położniczej w systemie ochrony zdrowia oraz mechanizmy mające na celu zapewnienie zatrudnienia absolwentom kierunków pielęgniarstwo i położnictwo w systemie ochrony zdrowia, **w tym wykształconych w ramach projektów konkursowych Działania 5.3 PO WER**, poprzez:

1. Wprowadzenie rozwiązań systemowych – prawnych, przyczyniających się do wzrostu liczby miejsc pracy i warunków pracy – zmiana obowiązujących aktów prawnych. Przedmiotowe działania będą m. in. wynikały z oceny systemu kształcenia
2. Nadzór nad wdrażaniem nowego standardu kształcenia, który obejmować będzie nowe kompetencje zawodowe pielęgniarek i położnych w zakresie ordynowania leków, wystawiania recept, kierowania na badania diagnostyczne. Efektem prowadzonego nadzoru będzie ewentualne propozycje zmian prawnych w zakresie kształcenia, w tym w szczególności standardów.
3. Bieżąca analiza standardu kształcenia pod kątem konieczności wprowadzenia ewentualnych zmian wynikających z aktualnych trendów demograficznych, epidemiologicznych i wejścia w życie nowych technologii, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
4. Poprawę sposobu stosowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce i bieżący monitoring standardu kształcenia w kontekście ich stosowania. Szczegółowe działania obejmują:
 - coroczną ocenę stosowania minimalnych norm zatrudnienia wynikająca z ustawy o działalności leczniczej na podstawie kontroli i informacji przekazywanych od podmiotów leczniczych, z uwzględnieniem form prawnych wykonywania zawodu,
 - analizę barier mających wpływ na stosowanie minimalnych norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych,
 - wdrożenie w wybranych podmiotach systemu monitorowania czasu realizacji świadczeń pielęgniarskich i położniczych w ramach pilotażu przeprowadzonego w kilku podmiotach leczniczych (np. szpital kliniczny, wojewódzki, powiatowy),
 - analizę rozwiązań europejskich w zakresie zabezpieczania potrzeb kadrowych w systemie opieki zdrowotnej.
5. Diagnozowanie standardu kształcenia i potrzeb kadrowych pod kątem zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie poprzez :
 - analizę potrzeb kadrowych pracodawców pod kątem zatrudnienia oraz wymaganych kwalifikacji na poziomie poszczególnych województw i krajowym, z uwzględnieniem kadry odchodzącej z systemu z powodu nabycia uprawnień emerytalnych/rentowych (konieczność uzupełnienia „luki pokoleniowej”),
 - analizę liczby studentów/absolwentów kierunku pielęgniarstwa i położnictwa,
 - analizę potrzeb zawodowych absolwentów i studentów kierunków pielęgniarstwa/położnictwa (oczekiwania wobec pracodawców),
 - coroczną ocenę wskaźnika migracji pielęgniarek i położnych (dane krajowe i UE).
6. Wypracowanie modelu (standardu) współpracy pomiędzy uczelniami kształcącymi pielęgniarki i położne w ramach programu a partnerami - podmiotami leczniczymi w celu upraktycznienia systemu kształcenia pielęgniarek i położnych, który będzie możliwy do wykorzystania w kolejnych edycjach konkursu organizowanego w ramach działania Działaniu 5.3 PO WER:
 - aktywizacja uczelni w zakresie powiązania kształcenia z potrzebami rynku pracy,
 - opracowanie modeli współpracy pomiędzy uczelniami a pracodawcami – dobre praktyki,
 - wsparcie informacyjne kadry zarządzającej podmiotów leczniczych oraz organów samorządu terytorialnego w zakresie obowiązujących przepisów prawnych oraz planowanych zmian systemowych

mających wpływ na zatrudnienie i wycenę świadczeń pielęgniarskich,

- poprawa jakości kształcenia praktycznego w ramach staży i praktyk zawodowych zgodnie z wymaganiami Europejskiej Ramy Jakości Staży i Praktyk (Zalecenie Rady pn. "Quality Framework for Traineeships").

7. Wsparcie pielęgniarek i położnych (w szczególności studentów i absolwentów) w zakresie procesu kształcenia na rzecz wykonywania zawodu w ramach utworzonej platformy internetowej - Akademia Pielęgniarstwa i Położnictwa
8. Analiza sytuacji na rynku usług pielęgniarskich i położniczych - *ex ante* oraz *na zakończenie realizacji projektu* - ze szczególnym uwzględnieniem m. in. Wszystkich form prawnych zatrudnienia (w tym diagnoza skali zatrudnienia na podstawie umów cywilno – prawnych, w formie samozatrudnienia i innych), kwestii liczby mężczyzn wykonujących usługi pielęgniarskie (w tym barier wynikających z percepcji tego zawodu w społeczeństwie), migracji (w tym absolwentów wykształconych w ramach projektu PO KL), mobilności, krotkości zatrudnienia, itp. w celu wykorzystania ich przy tworzeniu wymagań NFZ dla podmiotów świadczących usługi lecznicze
9. Przeprowadzenie analizy spełniania standardów w zakresie kształcenia praktycznego, w tym z wykorzystaniem symulacji medycznej przez uczelnie kształcące na kierunku pielęgniarstwo lub/i położnictwo. Wyniki analizy zostaną wykorzystane na rzecz oceny i ewentualnej poprawy jakości kształcenia praktycznego realizowanego na bazie centrów symulacji medycznej i wprowadzenia ewentualnych zmian w tym zakresie.

Zasadnicze działania ukierunkowane na wsparcie podejmowanej interwencji publicznej, zrealizowane dotychczas przez wnioskodawcę lub inne instytucje

Departament Pielęgniarek i Położnych realizuje obecnie dwa projekty systemowe w ramach perspektywy finansowej 2007-2013 w ramach PO KL:

1. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych,
2. Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej.

Pierwszy z projektów ukierunkowany jest na zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych z wyższym wykształceniem na poziomie licencjata w systemie ochrony zdrowia i zwiększenie ich kompetencji zawodowych.

W ramach projektu studia ukończy ponad 40 000 pielęgniarek i położnych z terenu całego kraju.

Pozwoliło to na zmiany ustawowe i powierzenie tym grupom zawodowym szerszych kompetencji, polegających m.in. na ordynacji wybranych grup leków, kontynuacji wystawiania recept na określone leki oraz zlecaniu badań diagnostycznych, począwszy od 2016 r.

Drugi z projektów ukierunkowany jest na podniesienie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego, w tym pielęgniarek poz., w zakresie opieki nad osobami starszymi. W ramach projektu kursy specjalistyczne ukończy ponad 4.000 pielęgniarek poz.

W 2012 r. na zlecenie MZ zrealizowane zostało badanie pn. „Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej”. Z przeprowadzonej analizy wyniknęło, że w perspektywie 2014-2020 wsparcie pielęgniarek i położnych powinno zostać rozszerzone - w związku z powyższym w ramach PO WER zdecydowano objąć nim zarówno system kształcenia przed- jak i podyplomowego

Jeden z wniosków z badania ewaluacyjnego w stosunku do kształcenia pielęgniarek i położnych dotyczy konieczności stymulowania konkurencji pomiędzy szkołami wyższymi kształcącymi w zawodach medycznych, a przez to podnoszenie jakości oferowanego przez nie procesu kształcenia, a także przekazanie czytelnej informacji dla kandydatów na wyższe uczelnie o jakości tych szkół i poziomie możliwego do uzyskania wykształcenia. Zgodnie z zapisami raportu dotychczasowy wybór realizatorów wsparcia edukacyjnego dla pielęgniarek i położnych w drodze przetargu nieograniczonego i preferowanie ceny jako głównego kryterium wyboru należy zastąpić procedurami gwarantującymi preferowanie podmiotów świadczących wysoką jakość kształcenia.

W projekcie pn. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych przeprowadzono badanie ewaluacyjne dotyczące jakości i organizacji procesu kształcenia pielęgniarek i położnych na studiach pomostowych. Badanie przeprowadzono wśród 10 000 studentów na kierunkach pielęgniarstwo (92%) i położnictwo (8%) w 69 uczelniach metodą sondażu diagnostycznego. Wyniki badań były następujące. Poziom

satysfakcji studentów z realizacji programu kształcenia był wysoki. Respondenci bardzo dobrze ocenili uzyskiwane kompetencje zawodowe a ocena nauczycieli prowadzących zajęcia była wysoka. Dostępność informacji o: programie studiów, zasadach realizacji praktyk, charakterystyce kierunku studiów i wymaganiach stawianych pracom dyplomowym była zadowalająca. Studenci studiów pomostowych odnieśli wymierne korzyści.

Wyniki ankiet przeprowadzanych wśród kadr medycznych - uczestników szkoleń podyplomowych z zakresu opieki geriatrycznej, realizowanych w ramach projektu „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, wskazują iż średnia ocen uczestników oceniających wszystkie działania (i to zarówno merytoryczne jak i organizacyjne) wyniosła około 4.5 w pięciostopniowej skali, co potwierdza wysoką jakość prowadzonych działań edukacyjnych.

Dobre praktyki z realizacji powyższych projektów skierowanych do pielęgniarek i położnych będą uwzględnione przy realizacji programów studiów stacjonarnych przez uczelnie prowadzące kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo/położnictwo.

Uwarunkowania skutecznej realizacji założeń interwencji publicznej (interesariusze, stan prawny, itd.)

Warunkiem skutecznej realizacji projektu będzie ścisła współpraca Ministerstwa Zdrowia - DPIP jako realizatora interwencji publicznej z następującymi grupami interesariuszy:

1. KRASzPiP, PKA, MNiSzW,
2. Uczelnie kształcące na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo (publiczne i niepubliczne),
3. Podmioty lecznicze gwarantujące kształcenie praktyczne i zatrudnienie absolwentów do realizacji gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, w miejsce kadry uzyskującej uprawnienia emerytalne,
4. Płatnik publiczny - Narodowy Fundusz Zdrowia – kontraktujący świadczenia zdrowotne zgodnie z nowymi regulacjami prawnymi wprowadzonymi przez Ministerstwo Zdrowia,
5. Wojewodowie oraz organy samorządu terytorialnego (będące organami założycielskimi dla podmiotów leczniczych) – przygotowują regionalne mapy potrzeb zdrowotnych, które mogą stanowić podstawę do optymalnego określenia zapotrzebowania na kadrę pielęgniarską,
6. Partnerzy społeczni, w tym, w szczególności samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oraz związek zawodowy pielęgniarek i położnych.

Stan prawny:

W lipcu 2014 r., zmianą ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, nadano nowe kompetencje zawodowe pielęgniarkom i położnym (wystawianie recept, kierowanie na badania), które będą obowiązywały od 2016 r.

Przygotowano nowelizację standardów kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwa pod kątem poszerzonych uprawnień pielęgniarek i położnych – planowane wejście w życie od roku akademickiego 2015/2016.

Dalsze etapy planowane do wdrożenia o ile zostaną spełnione warunki umożliwiające ich skuteczne wykonanie

Relacje projektu konkursowego i pozakonkursowego:

- projekty są komplementarne w zakresie realizowanych w nich działań (projekt konkursowy oddziałuje na kwestie podażowe a pozakonkursowy na kwestie popytu).

Rezultaty działań podejmowanych w projekcie pozakonkursowym będą wykorzystywane w projekcie konkursowym

Osiągnięcie założonych celów w projekcie rozłożone jest na okres 5 lat (do 2020 r.), z uwagi na to, że część wskaźników możliwa jest do osiągnięcia wyłącznie w ramach współpracy z uczelniami i pracodawcami uczestniczącymi w projekcie „konkursowym” oraz po podjęciu pracy zawodowej przez pierwszych absolwentów, uczestniczących w projekcie (zakłada się, że pierwsi absolwenci wejdą na rynek pracy w 2019 r.

Pierwsze rezultaty osiągnięte w projekcie planowane są do osiągnięcia już w 2016 r i wykorzystania w projekcie konkursowym od roku akademickiego 2016/2017 przez wszystkie uczelnie biorące udział w kształceniu

pielęgniarek i położnych (przygotowanie nowelizacji rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo i wdrożenie w życie). Przygotowanie nowelizacji rozporządzenia uwzględniającej dobre praktyki z realizacji projektów dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych, zrealizowanych w perspektywie finansowej 2007-2013 i wdrożenie w życie.

Kolejne rezultaty osiągnęte będą sukcesywnie, w terminie szczegółowo określonym w harmonogramie działań i budżecie projektu szczegółowo określonym we wniosku o dofinansowanie projektu. Niemniej zakłada się, że model współpracy pomiędzy uczelnią a podmiotem leczniczym zostanie opracowany w 2017 roku i będzie praktycznie możliwy do wykorzystania od roku akademickiego 2018/2019 przez uczelnie biorące udział w konkursie jak również przez uczelnie nieuczestniczące w projekcie.

Zakłada się, że w projekcie konkursowym będą wykorzystywane działania określone jako wskaźniki produktu nr 4, 5, 6, 7, 8 i 9, a pośrednio również nr 1, 2 i przez podmioty lecznicze współpracujące z uczelniami.

Kamienie milowe w projekcie planowane do osiągnięcia w 2017 r.:

1. Model współpracy pomiędzy uczelnią a podmiotami leczniczymi.
2. Liczba wprowadzonych rozwiązań systemowych w formie aktów prawnych – 2
3. Liczba uczelni, które wdrożyły znowelizowane standardy kształcenia w zawodach pielęgniarki i położnej zwiększające kompetencje zawodowe – 100 %
4. Liczba opracowanych projektów rozwiązań prawnych – 5.
5. Liczba rocznych analiz w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych – 2.
6. Platforma internetowa – Akademia Pielęgniarstwa i Położnictwa – 1.
7. Liczba przeprowadzonych audytów na uczelniach kształcących na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo w zakresie kształcenia z wykorzystaniem technik symulacji medycznej – 3.

Dalsze etapy planowane do wdrożenia:

1. Budowanie narzędzi będących podstawą planowania ścieżki rozwoju zawodowego przez pracodawców (podmioty lecznicze uczestniczące w realizacji kształcenia praktycznego) z uwzględnieniem potrzeb w zakresie kształcenia podyplomowego zgodnie z kwalifikacjami określonymi w nowych „koszykach” świadczeń gwarantowanych. W ramach projektu działaniami tymi zostanie objęta pierwsza grupa absolwentów którzy ukończą studia w ramach pierwszej edycji konkursu. Efekty działań pilotażowych zostaną wykorzystane do ewentualnych zmian w systemie organizacji i zmian prawnych w zakresie systemu kształcenia podyplomowego jak też zmian na rzecz systemu kształcenia przeddyplomowego.
2. Współpraca uczelni z pracodawcami w zakresie ewentualnych, ponadstandardowych zmian programu kształcenia pod kątem potrzeb podmiotów leczniczych, co w konsekwencji może się przełożyć na zmianę standardów kształcenia na poziomie krajowym (zmiana właściwych aktów prawnych – dostosowanie kształcenia do potrzeb rynku pracy). Wdrożenie wypracowanych zmian we wszystkich uczelniach na poziomie krajowym niezależnie od ich udziału w projekcie konkursowym.

Stan prawny:

1. Zmiana rozporządzeń koszykowych dla poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniająca liczbę i kwalifikacje kadry pielęgniarskiej (planowane wejście w życie od 01 lipca 2016 r. wraz z wprowadzeniem nowych zasad kontraktowania (umowy 10 – letnie na realizację świadczeń).
2. Przygotowanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia w sprawie kryteriów oceny ofert dla poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, które stworzy ramy prawne dla prawidłowego przebiegu porównania ofert na udzielanie świadczeń, uwzględniającego kwalifikacje personelu pielęgniarskiego przy ich realizacji (planowane wejście w życie od 01 lipca 2016 r.).

Przedmiotowe działania polegające na zwiększeniu liczby pielęgniarek i położnych będą przyczyniały się do stopniowego zwiększania się wskaźnika liczby pielęgniarek i położnych (w chwili obecnej Polska ma najniższy spośród krajów UE na 10 000 mieszkańców), co umożliwi zbliżenie się do wartości tego wskaźnika na poziomie określonym w dokumencie pn. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe Rady Strategiczne

(dokument przyjęty przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia we wrześniu 2014 r.).

ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)

WSKAŹNIKI REZULTATU

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: ¹⁵		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
1. Liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskały uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej	-	-	0
2. Liczba wprowadzonych rozwiązań systemowych w formie aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń)	-	-	6
3. Liczba podmiotów leczniczych, które wdrożyły model współpracy z uczelnią kształcąca pielęgniarki i położne	-	-	30
4. Liczba uczelni kształcących pielęgniarki i położne, które wdrożyły model współpracy z podmiotami leczniczymi	-	-	30
5. Odsetek uczelni, które wdrożyły znowelizowane standardy kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej zwiększające kompetencje zawodowe	-	-	100%

WSKAŹNIKI PRODUKTU

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: ¹⁶		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
1. Liczba osób na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo objętych wsparciem w ramach programu	-	-	0
2. Liczba opracowanych projektów rozwiązań prawnych (ustaw i rozporządzeń)	-	-	12

¹⁵ Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

¹⁶ Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić.

3.	Liczba rocznych analiz w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych	-	-	5
4.	Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte pilotażem dotyczącym standaryzacji opieki pielęgniarskiej i położniczej	-	-	16
5.	Liczba analiz dotyczących rynku usług pielęgniarskich	-	-	2
6.	Liczba analiz dotyczących liczby studentów oraz potrzeb/oczekiwań absolwentów wraz z rekomendacjami dla pracodawców oraz propozycjami ewentualnych zmian w standardach kształcenia	-	-	1
7.	Liczba platform internetowych – Akademia Pielęgniarstwa i Położnictwa	-	-	1
8.	Liczba analiz dotyczących jakości kształcenia w zakresie nowych kompetencji zawodowych (studenci, uczelnie, pracodawcy, pacjenci)	-	-	1
9.	Liczba modeli współpracy między uczelniami kształcącymi pielęgniarki i położne a podmiotami leczniczymi	-	-	1
10.	Liczba przeprowadzonych audytów na uczelniach kształcących na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo w zakresie kształcenia z wykorzystaniem technik symulacji medycznej	-	-	30
SZCZEGÓLNE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU				
KRYTERIA DOSTĘPU				
Nie dotyczy				

Załącznik nr 3 – fiszka nowego konkursu w Działaniu 5.3 *Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych*

FISZKA KONKURSU										
PODSTAWOWE INFORMACJE O KONKURSIE										
Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego realizowane będą projekty ¹⁷	Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych									
Działanie / Poddziałanie	Działanie 5.3 <i>Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych</i>									
Lp. konkursu		Planowany termin ogłoszenia konkursu	I kw.		II kw.		III kw.		IV kw.	X
Planowana alokacja (PLN)	90 000 000,00									
Wymagany wkład własny beneficjenta										
TAK	X	NIE		Minimalny udział wkładu własnego w finansowaniu wydatków kwalifikowalnych projektu				10 %		
Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach konkursu	Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków									
ZAKŁADANE EFEKTY KONKURSU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)										
WSKAŹNIKI REZULTATU										
Nazwa wskaźnika				Wartość docelowa wskaźnika						
				W podziale na ¹⁸ :				Ogółem w konkursie		
				Kobiety		Mężczyzn				

¹⁷ W przypadku konkursów na projekty koncepcyjne w wierszu *Cel szczegółowy, w ramach którego realizowane będą projekty* należy opisać również zasadnicze założenia interwencji publicznej, której wsparcie zaplanowano poprzez realizację projektów, które mają zostać wybrane w ramach konkursu.

W przypadku konkursów na projekty innowacyjne i współpracy ponadnarodowej w wierszu *Cel szczegółowy, w ramach którego realizowane będą projekty* należy uwzględnić również temat/tematy, w ramach których projekty będą wybierane.

¹⁸ Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia, typu projektów przewidzianych do realizacji w ramach konkursu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekty mają rozwiązać lub złagodzić.

Liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskały uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej	-	-	3 300
WSKAŹNIKI PRODUKTU			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika		
	W podziale na ¹⁹ :		Ogółem w konkursie
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba osób na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo objętych wsparciem w ramach programu	-	-	3 900
SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTÓW			
KRYTERIA WARUNKUJĄCE (dotyczy konkursów z etapem preselekcji)			
nie dotyczy			
KRYTERIA DOSTĘPU			
<p>1. Projekt zakłada przygotowanie programu rozwojowego, którego głównym celem jest podniesienie jakości kształcenia, które przełoży się na zwiększenie zainteresowania studiami na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo i tym samym wykształcenie dodatkowej liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i/lub położnictwo (licencjat). Program rozwoju musi przyczynić się do wzrostu o min. 25% liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwa i położnictwa u Projektodawcy w stosunku do średniej liczby absolwentów tych kierunków (poziom licencjata pielęgniarstwa/położnictwa) z ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu.</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu oraz danych Departamentu Pielęgniarek i Położnych</i></p> <p><i>Wnioskodawca zobowiązany jest do określenia we wniosku o dofinansowanie założeń programu rozwojowego, w tym wskazanie o ile w wyniku realizacji projektu wzrośnie liczba absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo w stosunku do średniej liczby studentów którzy rozpoczęli kształcenie na ww. kierunkach w ramach przeprowadzonych naborów w ciągu ostatnich trzech lat.</i></p>			
Uzasadnienie:	Kryterium ma na celu wykształcenie dodatkowej liczby absolwentów i uatrakcyjnienie kształcenia na kierunku pielęgniarstwo.	Stosuje się do typu/typów (nr)	1
<p>2. Program rozwojowy, przewidziany do opracowania w ramach projektu, zawiera co najmniej następujące</p>			

¹⁹ Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia, typu projektów przewidzianych do realizacji w ramach konkursu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekty mają rozwiązać lub złagodzić.

elementy:

- uczelniany program stypendialny dla studentów kierunku pielęgniarstwa i/lub położnictwa: mający charakter motywacyjny, tzn. oparty o zasadę, że student może otrzymać stypendium najwcześniej po drugim semestrze kształcenia. Ponadto, z programu stypendialnego może korzystać maksymalnie 50% studentów na danym roku kształcenia, którzy w poprzednim roku kształcenia otrzymali najlepsze wyniki w nauce. Wartość miesięcznego stypendium może wynieść maksymalnie 660 zł, co stanowi 20% średniomiesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek w 2012 r (dane GUS). Stypendia przyznawane są na rok akademicki, przy czym stypendium może być wypłacane dla 1 studenta maksymalnie przez 4 semestry
- finansowanie zajęć dodatkowych wykraczających poza standardowy program kształcenia. Zajęcia dodatkowe muszą być związane z profilem kształcenia i przyczynić się do nabycia lub poprawy kompetencji przez studentów kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo w zakresie zmieniających się trendów epidemiologicznych i demograficznych (starzejącego się społeczeństwa), jak również do nabycia kompetencji w zakresie prowadzenia działań profilaktycznych;
- dostosowanie jakości warunków i zasad odbywania obowiązkowych praktyk do wymogów Europejskiej Ramy Jakości Praktyk i Staży (Zalecenie Rady pn. "Quality Framework for Traineeships" (w ramach projektu mogą być finansowe takie działania jak: zastąpienie zasady bezpłatnych praktyk i staży odpłatnymi, finansowanie wynagrodzenie opiekuna staży/praktyk w wysokości max. 40% jego podstawowego wynagrodzenia. Powyższe jest możliwe do realizacji przy założeniu, że program praktyk oraz sposób ich przeprowadzania będzie odbywał się zgodnie z ww. zaleceniami Rady ,
- finansowanie ponadprogramowych, płatnych praktyk zawodowych w wymiarze minimalnie 160 godzin. Praktyki ponadprogramowe mogą być organizowane wyłącznie w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej lub/i na oddziałach onkologii lub/i na oddziałach geriatrycznych /placówkach opieki długoterminowej. Praktyki muszą odbywać się na terenie Polski oraz muszą być związane z profilem kształcenia oraz muszą być zgodne z Europejskimi Ramami Jakości Praktyk i Staży. W toku opracowania szczegółowego programu ponadprogramowych praktyk zawodowych Projektodawca zobowiązany jest do współpracy z pracodawcami i organizacjami pracodawców z branży opieki medycznej. W ramach projektu możliwe jest finansowanie wynagrodzenia opiekunów praktyk ponadprogramowych w wysokości nieprzekraczającej 40% podstawowego wynagrodzenia pielęgniarki.
- zwrot kosztów dojazdu i zakwaterowania studentów odbywających praktyki poza miejscem zamieszkania

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu. Wymienione powyżej elementy programów rozwojowych są ich obligatoryjną częścią

Uzasadnienie:	Kryterium ma na celu ukierunkowanie wsparcia na uatrakcyjnienie kształcenia przy jednoczesnym zachowaniu motywacyjnego charakteru działań planowanych w projektach.	Stosuje się do typu/typów (nr)	1
---------------	---	--------------------------------	---

3. Zadania w ramach projektu i wydatki ponoszone na ich realizację stanowią elementy dodatkowe w cyklu kształcenia i nie mogą dotyczyć realizacji podstawowej działalności dydaktycznej, do której zobowiązany jest podmiot realizujący kształcenie na kierunkach objętych wsparciem w ramach projektu, tzn. nie mogą służyć wypełnianiu obowiązków wynikających z przepisów ustawy prawo o szkolnictwie wyższym.

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu

Uzasadnienie:	Kryterium ma na celu uniknięcie podwójnego finansowania wydatków oraz wspierać te projekty, które przyczyniają się do uatrakcyjnienia kształcenia na kierunku	Stosuje się do typu/typów (nr)	1
---------------	---	--------------------------------	---

	pielęgniarstwo i położnictwo.		
<p>4. Wnioskodawcą projektu jest szkoła wyższa publiczna bądź niepubliczna, której jednostki spełniają w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie projektu warunki, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne uczelni, aby prowadzić studia na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo na poziomie licencjata – zgodnie z wymogami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r., poz. 572 z późn. zm.).</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu.</i></p> <p><i>Dokumentami potwierdzającymi spełnienie wymogów będzie certyfikat akredytacji ministra do spraw zdrowia – dla wszystkich uczelni obowiązkowy na podst. art. 59 ustawy o zawodach oraz decyzja Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego nadająca uprawnienia do prowadzenia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo na studiach pierwszego stopnia – w przypadku uczelni, które nie posiadają uprawnień do nadawania stopnia naukowego doktora habilitowanego w obszarze kształcenia i dziedzinie, do których przyporządkowany jest kierunek studiów - art. 11 ust. 7 ustawy prawo o szkolnictwie wyższym.</i></p>			
Uzasadnienie:	Kryterium umożliwi realizację projektów przez podmioty uprawnione do prowadzenia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo.	Stosuje się do typu/typów (nr)	1
<p>5. Wnioskodawcą projektu jest szkoła wyższa publiczna bądź niepubliczna nieposiadająca w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie projektu negatywnej oceny jakości kształcenia, dokonywanej przez Polską Komisję Akredytacyjną na żadnym z kierunków studiów prowadzonym w uczelni</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie danych Polskiej Komisji Akredytacyjnej (http://www.pka.edu.pl/).</i></p>			
Uzasadnienie:	Kryterium ma charakter jakościowy i ma na celu wsparcie projektów realizowanych przez uczelnie, które spełniają kryteria jakości kształcenia niezależnie od kierunku kształcenia.	Stosuje się do typu/typów (nr)	1
<p>6. Wnioskodawca w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie projektu musi posiadać co najmniej pozytywną ocenę Polskiej Komisji Akredytacyjnej na kierunku, o który ubiega się o dofinansowanie w ramach projektu (tj. pielęgniarstwo i/lub położnictwo) lub posiada akredytację Ministra Zdrowia wydaną na podstawie wniosku Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych.</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie danych Polskiej Komisji Akredytacyjnej (http://www.pka.edu.pl/) oraz Departamentu Pielęgniarek i Położnych.</i></p>			
Uzasadnienie:	Kryterium ma charakter jakościowy i ma na celu wybór projektów realizowanych przez uczelnie spełniające kryteria jakościowe na kierunku objętym wsparciem, tj. na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo.	Stosuje się do typu/typów (nr)	1
<p>7. Wnioskodawcą projektu jest szkoła wyższa publiczna bądź niepubliczna, prowadząca najpóźniej od roku akademickiego 2012/2013 kształcenie stacjonarne na studiach pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo i do momentu złożenia wniosku o dofinansowanie co najmniej 50 osób kształconych w uczelni w trybie stacjonarnym ukończyło kierunek pielęgniarstwo i/lub 30 osób położnictwo.</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie danych Departamentu Pielęgniarek i Położnych.</i></p>			
Uzasadnienie:	Kryterium ma na celu wybór projektodawców posiadających potencjał i doświadczenie do prowadzenia kształcenia	Stosuje się do typu/typów (nr)	1

	na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo.		
<p>8. Maksymalna wartość projektu na jednego uczestnika nie może być większa niż 23 000 PLN.</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu</i></p>			
Uzasadnienie:	Kryterium ma na celu wybór projektów gwarantujących realizację wskaźników określonych przez program.	Stosuje się do typu/typów (nr)	1
<p>9. Projekt realizowany jest w formie partnerstwa uczelni kształcącej na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo z podmiotami leczniczymi lub związkiem pracodawców branży ochrony zdrowia.</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu, do którego załącznik stanowi umowa partnerska zawarta z podmiotem leczniczym.</i></p>			
Uzasadnienie	Przedmiotowe kryterium ma na celu wzmocnienie współpracy pomiędzy uczelnią kształcąca na kierunku pielęgniarstwo i/ lub położnictwo a podmiotem leczniczym - jako potencjalnym pracodawcą absolwentów kierunków objętych wsparciem.		
<p>10. Podmioty lecznicze lub związki pracodawców branży ochrony zdrowia, z którymi zawierane jest partnerstwo, zapewnią wszystkim studentom odbycie praktyk, staży itp. w ramach projektu.</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu</i></p>			
	Przedmiotowe kryterium ma na celu zapewnienie wszystkim uczestnikom projektu odbycie staży dostosowanych do wymogów Europejskiej Ramy Jakości Praktyk i Staży.		
<p>11. Podmioty lecznicze lub związki pracodawców branży ochrony zdrowia, z którymi zawierane jest partnerstwo, zapewniają zatrudnienie (na podstawie umowy o pracę) dla min. 15% absolwentów przez okres co najmniej 12 miesięcy od chwili zakończenia udziału w projekcie. Jednocześnie zatrudnienie nowych pielęgniarek i położnych (absolwentów uczelni, z którą została podpisana umowa partnerska) nie może spowodować zmniejszenia wskaźnika zatrudnienia w odniesieniu do danych z ostatnich trzech lat.</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu, do którego załącznik stanowi umowa zawarta z podmiotem leczniczym, z której wynika promesa zatrudnienia najlepszych absolwentów na co najmniej 12 miesięcy.</i></p>			
	Przedmiotowe kryterium ma na celu wzmocnienie współpracy pomiędzy uczelnią kształcąca na kierunku pielęgniarstwo i/ lub położnictwo a podmiotem leczniczym - jako potencjalnym pracodawcą absolwentów kierunków objętych wsparciem - oraz uatrakcyjnienie oferty poprzez zapewnienie zatrudnienia dla najlepszych absolwentów.		
KRYTERIA PREMIUJĄCE			
1. Projekt zakłada efektywność zatrudnieniową w podmiotach leczniczych absolwentów studiów na kierunku		WAGA	30

<p>pielęgniarstwo i położnictwo na poziomie minimum:</p> <p>30% - 5 pkt 40% - 10 pkt 50% - 15 pkt 60% - 20 pkt 70% - 25 pkt 80 %- 30 pkt</p> <p>Za spełnienie ww. kryterium max. można otrzymać 30 pkt. Ponadto kryterium premiującego nie należy łączyć z kryterium dostępu nr 11, które nakłada obowiązek zatrudnienia przez podmioty lecznicze (partnerów projektu) min. 15 % absolwentów uczelni.</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu</i></p>			
Uzasadnienie:	<p>Przedmiotowe kryterium ma na celu premiowanie projektów zwiększających efektywność zatrudnieniową absolwentów uczelni na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo.</p>	Stosuje się do typu/typów (nr)	1
<p>2. Podmiot leczniczy lub związek pracodawców branży ochrony zdrowia, z którym zawierane jest partnerstwo znajduje się i zapewnia zatrudnienie w regionie w którym występuje najniższy wskaźnik pod względem liczby pielęgniarek i położnych przypadającej na 1 tys. mieszkańców, (tj. wielkopolskie, pomorskie, zachodniopomorskie, lubuskie, warmińsko-mazurskie, opolskie, kujawsko-pomorskie)</p> <p><i>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu</i></p>		WAGA	10
Uzasadnienie:	<p>Przedmiotowe kryterium ma na celu premiowanie wzrostu zatrudnienia pielęgniarek i położnych w regionach w których występuje najniższy wskaźnik zatrudnienia w zawodzie pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców</p>	Stosuje się do typu/typów (nr)	1
KRYTERIA STRATEGICZNE (dotyczy konkursów z etapem oceny strategicznej)			
Nie dotyczy			
ELEMENTY KONKURSU²⁰			
1. Ocena formalno-merytoryczna			

²⁰ Należy wskazać, które elementy z poniżej wymienionych będzie obejmował konkurs: weryfikacja fiszki projektowej, preselekcja, ocena formalna, ocena merytoryczna, ocena formalno-merytoryczna, ocena strategiczna.