

Załącznik do uchwały nr 276 Komitetu Monitorującego Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój  
z dnia 17 września 2019 roku

L.p.	Część RPD	Było	Jest	Uzasadnienie
1.	Fiszka projektu pozakonkursowego w Działaniu 5.2 <i>Działania jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych</i>	Brak fiszki projektu.	Nowa fiszka projektu pozakonkursowego pt. „Akademia Badań Klinicznych -rozwój kompetencji zespołów badawczych w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne oraz lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej”. Fiszka projektu stanowi załącznik nr 1 do niniejszej tabeli.	Głównym celem projektu jest poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez optymalizację kosztów i poprawę procesów w realizacji badań klinicznych. Cel ten zostanie zrealizowany poprzez podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności zespołów badawczych w podmiotach leczniczych, które świadczą usługi szpitalne oraz u lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie metodologii i przeprowadzenia komercyjnych i niekomercyjnych badań klinicznych, co wpłynie na zwiększenie świadomości dot. badań klinicznych.
2.	Fiszka projektu pozakonkursowego pn. <i>Dostępność Plus dla zdrowia</i> w Działaniu 5.2 <i>Działania jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych</i>	Pierwotna wersja fiszki projektu przyjęta przez KM PO WER.	Zmodyfikowana fiszka projektu pozakonkursowego pn. <i>Dostępność Plus dla zdrowia</i> . Fiszka projektu stanowi załącznik nr 2 do niniejszej tabeli.	Zmiany w fiszce projektu obejmują m.in. wprowadzenie zapisu o przeprowadzaniu audytów dostępności w POZ wyłącznie przez odpowiednio przeszkolonych kontrolerów MZ (a nie zewnętrznych Doradców). Zmiana jako odejście od pierwotnych założeń projektu wypracowanych m.in. przy współudziale środowiska osób z niepełnosprawnościami wymaga potwierdzenia decyzją KM PO WER.

Załącznik nr 1

<p><b>DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER</b></p>	<p>5.2. Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych</p>
<p><b>FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO<sup>1</sup></b></p>	
<p><b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b></p>	
<p>Tytuł lub zakres projektu<sup>2</sup></p>	<p><b>Akademia Badań Klinicznych</b> – rozwój kompetencji zespołów badawczych w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne oraz lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej</p>
<p>Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym<sup>3</sup></p>	<p>Argumentem przemawiającym za pozakonkursowym trybem realizacji projektu jest zakres proponowanego projektu. Realizacja projektu przyczyni się do poprawy jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez wzrost jego innowacyjności. Wspieranie działalności innowacyjnej w ochronie zdrowia jest ustawowym zadaniem Agencji Badań Medycznych (ABM). Agencja jest państwową osobą prawną odpowiedzialną za rozwój badań naukowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu i działa na podstawie ustawy z dnia 21 lutego 2019 o Agencji Badań Medycznych. ABM jest ważnym narzędziem do tworzenia w Polsce innowacyjnego systemu opieki zdrowotnej. Jej powstanie jest odpowiedzią na niesatysfakcjonujący poziom finansowania badań klinicznych oraz konieczność zapewnienia instytucjonalnego wsparcia dla finansowania analiz oraz badań naukowych w ochronie zdrowia.</p> <p>Ustawowym zadaniem Agencji jest ustalenie odpowiednich warunków do rozwoju badań medycznych w Polsce, w tym zapewnienie właściwego źródła finansowania dla badań stanowiących podstawę zarządzania opieką medyczną i zdrowotną w oparciu o dowody naukowe. Agencja ma za zadanie wspieranie merytoryczne i finansowe rozwoju badań w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz technologii medycznych, w tym przede wszystkim niekomercyjnych badań klinicznych.</p> <p>Badania kliniczne stanowią fundamentalny czynnik rozwoju współczesnej medycyny. Korzyści wynikające z prowadzenia badań klinicznych odnoszą się do wszystkich zaangażowanych stron: pacjentów, uczestników, badaczy, ośrodków, sponsorów, a także dla całej gospodarki kraju. Głównym beneficjentem jest pacjent, który otrzymuje dostęp do nowych leków, metod terapeutycznych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. Niezwykle istotną, a często zapomnianą korzyścią jest możliwość poszerzenia wiedzy, gromadzenia doświadczenia, tworzenia nowych technologii medycznych, jak i uzyskania prestiżu na arenie międzynarodowej przez badaczy. Przeprowadzone w ostatnich latach analizy regulacyjno-rynkowe w obszarze badań klinicznych wykazały znaczące niewykorzystanie potencjału w zakresie prowadzenia badań klinicznych w Polsce mimo dużej populacji pacjentów oraz stosunkowo niskich kosztów prowadzenia badania w porównaniu z państwami o analogicznych uwarunkowaniach otoczenia ekonomicznego, społecznego i instytucjonalnego (Węgry, Czechy) dotychczas w kraju wykorzystujemy zaledwie około 40% swojego potencjału. Działania projakościowe, w tym podniesienie kompetencji wszystkich członków badania klinicznego, może w perspektywie 5 lat podwoić 2,5 - krotnie liczbę realizowanych badań klinicznych. W szczególności problem dotyczy badań niekomercyjnych, których głównym zadaniem jest analiza skuteczności leku w stosunku do</p>

<sup>1</sup> Możliwość przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Monitorujący PO WER jest uzależniona od uprzedniego przyjęcia fiszki projektu przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

<sup>2</sup> Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu.

<sup>3</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 oraz 1475) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

różnych grup pacjentów (np. pediatria, onkologia), w innym dawkowaniu lub innym wskazaniu.

Obecna sytuacja związana jest nie tylko z barierami o charakterze prawno-regulacyjnym, które ustandaryzować ma wdrożenie dyrektywy nr 536/2014, w/w stan wynika z:

- braku modelowych wysoko wyspecjalizowanych centrów badawczych, które zrzęsałyby wykwalifikowanych specjalistów prowadzących badania kliniczne.
- braku dostatecznej ilości wyspecjalizowanej kadry w podmiotach leczniczych
- niskiego stanu wiedzy dotyczącej metodologii badań klinicznych oraz znajomości procedur dot. możliwości prowadzenia badań klinicznych przez lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.
- niedostatecznego poziomu świadomości społeczeństwa na temat roli i znaczenia badań klinicznych.

Najskuteczniejszym działaniem odpowiadającym na opisane wyżej wyzwania jest w pierwszej kolejności wdrożenie działań naprawczych wybranych podmiotów leczniczych realizujących badania kliniczne. Dokonanie ewaluacji problemów i potrzeb jakie wynikają z prowadzenia badań klinicznych w powyższych jednostkach, dają możliwość określenia potencjału danej placówki do realizacji badań oraz pomogą wyrównać braki by stworzyć wysoko wyspecjalizowane centra badawcze zatrudniające wykwalifikowanych specjalistów w późniejszej perspektywie. Ponadto uzyskane informacje pozwolą na opracowanie i wdrożenie programu wstępnych szkoleń, oraz rocznego programu studiów podyplomowych, które mają na celu podniesie wiedzy i umiejętności z zakresu metodologii i prowadzenia badań klinicznych, których realizacja wymaga zaangażowania kadry naukowej o określonym profilu kompetencji. Personel badawczy powołany do prowadzenia w/w badań jest jednym z najważniejszych, ale i stosunkowo najdroższym komponentem programu badawczego. Szkolenia wstępne oraz studia podyplomowe dedykowane są w pierwszej kolejności dla zespołów badawczych (badacza, koordynatora, pozostałego personelu medycznego, statystyka, prawnika i ekonomisty) prowadzących badania kliniczne w podmiotach leczniczych, które świadczą szpitalne usługi medyczne.

Udział uczestników w/w szkoleniach lub studiach podyplomowych przełoży się w dłuższej perspektywie na prowadzenie większej liczby badań klinicznych, zwłaszcza niekomercyjnych badań klinicznych, które ze względu na m.in. braki odpowiednich kompetencji nie były dotychczas realizowane. Agencja Badań Medycznych poprzez możliwość finansowania niekomercyjnych badań klinicznych jest wsparciem do budowania sieci specjalistów, którzy dzięki swojej wiedzy i merytorycznemu przygotowaniu będą mogli realizować badania akademickie (Ustawa o Agencji Badań Medycznych z dn. 21 lutego 2019 Art. 15.1).

Ponadto intencją projektu są działania pro jakościowe dedykowane Lekarzom Podstawowej Opieki Zdrowotnej, którzy zostaną przeszkoleni z podstawowej wiedzy na temat badań klinicznych oraz zasad postępowania z pacjentem, który bierze udział w badaniu. Uzyskane kompetencje przez lekarzy POZ mają na celu zwiększenie zainteresowania pacjentów do udziału w badaniach klinicznych już od momentu zgłoszenia się pacjenta do Podstawowej Jednostki Zdrowotnej. Nawiązanie współpracy przyczyni się początkowo do zainteresowania lekarzy pierwszego kontaktu a w dalszej perspektywie pacjentów tematem badań klinicznych. W przyszłości w ramach dalszej współpracy po zakończeniu projektu przyczyni się to do zwiększenia zasięgu edukacyjnego w powyższym zakresie.

Osiągnięty rezultat przełoży się na poprawę jakości prowadzonych badań oraz opieki nad pacjentem biorącym udział w badaniu, skrócenie czasu postępowania administracyjnego przed zainicjowaniem badania w szpitalu, zwiększenie liczby rekrutowanych pacjentów, a tym samym uatrakcyjnienie rynku badań klinicznych w Polsce. Precyzyjne określenie metodologii badania klinicznego: czyli sporządzenie prawidłowego protokołu badania, określenie sposobu rekrutacji i metod weryfikacji oraz nadzorowania badania klinicznego wpływają na maksymalizację efektywności podejmowanych działań i interwencji, a także

	<p>optymalizację procesów i procedur (przy zachowaniu bezpieczeństwa pacjenta). Wszystkie powyższe działania składają się na poprawę efektywności w ochronie zdrowia oraz w perspektywie realne korzyści finansowe.<sup>1</sup></p> <p>Kompetencje, które nabędą osoby uczestniczące w projekcie będą wykorzystane podczas tworzenia sieci ośrodków badań klinicznych, co zapewni kontynuację współpracy z ABM w zakresie rozwoju badań klinicznych w Polsce.</p> <p>1. Badania kliniczne w Polsce- Raport PwC 2015</p>
<p>Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany</p>	<p>Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.</p>
<p>Priorytet inwestycyjny</p>	<p>9.IV</p>
<p>Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu</p>	<p>- Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną. - Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne</p>
<p>Cel główny projektu</p>	<p><b>Główny cel:</b></p> <p>Głównym celem projektu jest poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez optymalizację kosztów i poprawę procesów w realizacji badań klinicznych. Cel ten zostanie zrealizowany poprzez podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności zespołów badawczych w podmiotach leczniczych, które świadczą usługi szpitalne oraz u lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie metodologii i przeprowadzenia komercyjnych i niekomercyjnych badań klinicznych, co wpłynie na zwiększenie świadomości dot. badań klinicznych.</p> <p><b>Cele szczegółowe:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wdrożenie szkoleń organizacyjnych dla zespołów badawczych zatrudnionych w podmiotach leczniczych, które świadczą szpitalne usługi medyczne w całym okresie realizacji projektu - wyszkolenie osób objętych wsparciem z zakresu umiejętności koordynowania badań klinicznych w okresie realizacji projektu</li> <li>2) realizacja programu studiów podyplomowych dedykowane osobom zatrudnionym w podmiotach leczniczych, które świadczą szpitalne usługi medyczne z zakresu metodologii i prowadzenia i komercjalizacji badań klinicznych w okresie realizacji projektu</li> <li>3) wyszkolenie Lekarzy POZ w okresie realizacji projektu.</li> </ol> <p><b>Kamienie milowe:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opracowanie zakresu szkoleń dla zespołów badawczych i lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i programu studiów podyplomowych dedykowanych dla zespołów badawczych osobom zatrudnionym w podmiotach leczniczych, które świadczą szpitalne usługi medyczne (do 6 do 12 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo - 30% budżetu projektu).</li> <li>2. Przeprowadzenie I i II edycji studiów podyplomowych z zakresu metodologii, prowadzenia i komercjalizacji badań klinicznych (do 24 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo - 55% budżetu projektu) – przy współpracy z partnerem czyli uczelnią wyższą.</li> </ol> <p>Koszty pośrednie w projekcie: 15% kosztów bezpośrednich budżetu projektu</p>

Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych

### **Główne zadania w projekcie:**

**Zadanie 1** Wdrożenie czynności przygotowawczych i realizacja szkoleń z zakresu metodologii i prowadzenia badań klinicznych.

*Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 1:* dla 192 uczestników tworzących zespoły badawcze (lekarz, koordynator, personel pomocniczy, statystyk, prawnik, ekonomista), zatrudnionym w podmiotach leczniczych (30), które świadczą szpitalne usługi medyczne.

1.1.:Opracowanie programów szkoleń i warsztatów z zakresu: metodologii i prowadzenia badań klinicznych dla zespołów badawczych.

1.2..Przygotowanie materiałów szkoleniowych.

1.3.: Przeprowadzenie szkoleń z zakresu metodologii i prowadzenia badania klinicznego dla zespołów badawczych ( badacze, koordynatorów pozostałego personelu medycznego)

*( szkolenia przeprowadzone w trybie 4spotkań po 6h +2 weekendy)*

#### Szczegółowy zakres szkolenia będzie dotyczył:

- \*Zasady Dobrej Praktyki Klinicznej
- \*Aktualnych regulacji prawnych związanych z prowadzeniem badań klinicznych
- \* Medycyny opartej na faktach (EBM)
- \* Zasad projektowania badania klinicznego
- \* Biostatystyki i zarządzania danymi
- \* Zasad prowadzenia badania klinicznego w ośrodku badawczym
- \*Zasad monitorowania badania klinicznego
- \* Pharmacovigilance
- \* Zarządzania projektem
- \* Kontraktowania badań klinicznych
- \*Ubezpieczenia w badaniu klinicznym

1.4 Nadanie certyfikatów GCP (Good Clinical Practise) Dobrej Praktyki Klinicznej

**Zadanie 2** Wdrożenie czynności przygotowawczych i realizacja programu studiów podyplomowych z zakresu metodologii, prowadzenia i komercjalizacji badań klinicznych.

*Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 2:* dla 140 uczestników tworzących zespoły badawcze (lekarz, koordynator, personel pomocniczy), zatrudnionym w podmiotach leczniczych,(30) które świadczą szpitalne usługi medyczne.

2.1.:Opracowanie programu studiów podyplomowych z zakresu: metodologii, prowadzenia i komercjalizacji badań klinicznych dla zespołów badawczych.

2.2..Przygotowanie do realizacji studiów podyplomowych .

2.3.: Zainicjowanie studiów podyplomowych z zakresu metodologii, prowadzenia i komercjalizacji badań klinicznych dla zespołów badawczych ( badacze, koordynatorów pozostałego personelu medycznego)

*(planowane jest przeprowadzenie II edycji rocznego programu studiów, obejmujące po dwa semestry)*

#### Szczegółowy program kształcenia studiów podyplomowych będzie dotyczył:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dobrej Praktyki Klinicznej</li> <li>* Aktualnych regulacji prawnych związanych z prowadzeniem badań klinicznych</li> <li>* Medycyny opartej na faktach (EBM)</li> <li>* Zasad projektowania badania klinicznego</li> <li>* Biostatystyki i zarządzania danymi</li> <li>* Zasad prowadzenia badania klinicznego w ośrodku badawczym</li> <li>* Zasad monitorowania badania klinicznego</li> <li>* Pharmacovigilance</li> <li>* Komerccjalizacja badań klinicznych</li> <li>* Zarządzania projektem</li> <li>* Kontraktowania badań klinicznych</li> <li>* Ubezpieczenia w badaniu klinicznym</li> <li>* Umiejętności miękkie w badaniu klinicznym: przełamywanie obiekcji, adresowanie potrzeb pacjenta. Rynek pracy</li> <li>* Zarządzanie zespołem badawczym na poziomie ośrodka.</li> <li>* Jakość usług w medycynie.</li> </ul> <p>2.4 Uzyskanie przez uczestników dyplomów ukończenia studiów podyplomowych z zakresu Metodologii, prowadzenia i komercjalizacji badań klinicznych</p> <p><b>Zadanie 3</b> Podniesienie kompetencji Lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie prowadzenia rekrutacji pacjentów do udziału w badaniu klinicznym</p> <p><i>Wskaźniki wraz z wartościami przypisane do zadania 3: dedykowane dla 60 lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej.</i></p> <p>3.1.:Opracowanie programów szkoleń z zakresu prowadzenia rekrutacji pacjentów do udziału w badaniu klinicznym.</p> <p>3.2.:Przygotowanie materiałów szkoleniowych</p> <p>3.3.: Przeprowadzenie szkoleń z zakresu prowadzenia rekrutacji pacjentów do udziału w badaniu klinicznym (2h szkoleń podczas branżowej konferencji)</p> <p><u>Szczegółowy zakres szkolenia będzie obejmował:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Rekrutacja pacjenta do badania klinicznego</li> <li>*Postępowanie z pacjentem biorącym udział w badaniu klinicznym – prawa i obowiązki</li> <li>*Interakcje lekowe</li> </ul>
Podmiot zgłaszający projekt <sup>4</sup>	Minister właściwy ds. zdrowia
Podmiot, który będzie wnioskodawcą	Agencja Badań Medycznych
Uzasadnienie wyboru podmiotu,	Agencja Badań Medycznych jest państwową agencją odpowiedzialną za rozwój badań naukowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Głównym zadaniem jest tworzenie innowacyjnego systemu opieki zdrowotnej. Realizacja projektu będzie miała

<sup>4</sup> 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.

który będzie wnioskodawcą <sup>5</sup>	charakter komplementarny w stosunku do obecnie prowadzonych działań przez Agencję Badań Medycznych.  Uwzględnienie ABM jako beneficjenta będzie uzależnione od zmian SZOOP PO WER.				
Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?	<b>TAK</b>	<b>X</b>	<b>NIE</b>		
Podmioty, które będą partnerami w projekcie i uzasadnienie ich wyboru <sup>6</sup>	W ramach realizacji projektu przewiduje się możliwość działania w partnerstwie w tym z organizacjami pozarządowymi. Planowane jest również partnerstwo z firmami skupiającymi środowisko branży badań klinicznych i uczelnią wyższą. Wybór partnerów nastąpi zgodnie z obowiązującymi procedurami.				
Czy projekt będzie projektem grantowym?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	<b>X</b>	
Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok)	IV kwartał 2019 r.				
Przewidywany okres realizacji projektu	Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok)	04.2020	Data zakończenia (miesiąc oraz rok)	31.12.2022	
<b>SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU</b>					
Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN)					
w roku 2019	w roku 2020	w roku 2021	w roku 2022	w roku 2023	Ogółem
-	500.000,00	2 000 000,00	1 000.000,00	-	3.500.000,00
Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN)					
<b>TAK</b>	..... (PLN)			<b>NIE</b>	<b>X</b>
Szacowany wkład UE (PLN)					
2 949 800,00 PLN (84,28% wartości całkowitej projektu)					

<sup>5</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 oraz 1475) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

<sup>6</sup> 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.

<b>ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)</b>			
<b>WSKAŹNIKI REZULTATU</b>			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>7</sup>		Ogółem
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	-	-	25
Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli	-	-	163
Liczba podmiotów świadczącym podstawową opiekę zdrowotną, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	-	-	51
Liczba pracowników podmiotów świadczącym podstawową opiekę zdrowotną, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli	-	-	51
<b>WSKAŹNIKI PRODUKTU</b>			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>8</sup>		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie	-	-	30
Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania	-	-	192
Liczba podmiotów świadczącym podstawową opiekę zdrowotną, objętych wsparciem w programie	-	-	60
Liczba pracowników podmiotów świadczącym podstawową opiekę zdrowotną, objętych wsparciem i EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania	-	-	60
<b>SZCZEGÓLWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU</b>			

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.



<b>KRYTERIA DOSTĘPU</b>	
1.	
Uzasadnienie:	
2.	
Uzasadnienie:	
...	
Uzasadnienie:	

#### Załącznik nr 2

<b>DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER</b>	5.2. Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
<b>FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO</b>	
Minister właściwy ds. zdrowia	
<b>PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE</b>	
Tytuł lub zakres projektu <sup>9</sup>	Dostępność Plus dla zdrowia
Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym <sup>10</sup>	<p>W opiece zdrowotnej, od lat utrzymuje się niski poziom dostępności placówek medycznych w sferze dostępności architektonicznej i procedur 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. 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 narażeni 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. 50% osób z niepełnosprawnościami nie stać na opiekę zdrowotną, a prawdopodobieństwo bardzo wysokich kosztów leczenia w przypadku tej grupy jest o 50% wyższe.</p> <p>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.</p>

<sup>9</sup> Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu.

<sup>10</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 oraz 1475) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

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. Tymczasem 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, głównie szpitali, na obecność osób z niepełnosprawnościami – brak łóżek z regulacją wysokości, brak podnośników, zbyt wąskie drzwi do toalet czy trudności z obsługą osób głuchych oraz z dysfunkcją mowy – brak tłumaczy. Także stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych jest zróżnicowany. Najlepiej przystosowane są szpitale uzdrowiskowe – 93% dysponuje windą, dostosowanymi pokojami i łazienkami, 85% posiada pochylnię, podjazd czy platformę, a 58% deklaruje obecność automatycznie otwieranych drzwi. W przypadku sanatoriów – 88% posiada windy, przystosowane pokoje i łazienki, a 84% – deklaruje obecność pochylni i platform. Usprawnienia dla osób niewidomych wykazało 9% szpitali i 15% sanatoriów. Większość przychodni uzdrowiskowych (80%) deklaruje obecność posadzek antypoślizgowych, 73% – podjazdów i platform, 67% wskazało na odpowiednie wyposażenie łazienek i pomieszczeń. Niemal wszystkie zakłady przyrodolecnicze (94%) wykazały obecność platform i pochylni, a 83% posiadało windy i posadzki antypoślizgowe. Wszystkie zakłady, bez względu na rodzaj, deklarowały stosunkowo niewiele usprawnień dla osób niewidomych. Konieczne są działania na rzecz udostępniania i monitorowania procesu poprawy dostępności obiektów i usług służby zdrowia dla pacjentów z różnymi potrzebami.

Wsparcie działań zmierzających do usuwania barier infrastrukturalnych, prawnych oraz mentalnych, wpływających negatywnie na jakość życia osób z niepełnosprawnościami stanowi jedno z podstawowych wyzwań nowoczesnego państwa i społeczeństwa.

Kluczowym aspektem jest zapewnienie poczucia wolności i niezależności poruszania się w przestrzeni publicznej.

Idea dostępności, równego traktowania oraz wyrównywania szans odnosi się do wszelkich obszarów funkcjonowania obywateli, w tym dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych w placówkach medycznych, przede wszystkim świadczących usługi z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

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

Zmianie powinny ulec także procedury, aby uwzględniały różne potrzeby pacjentów. Dodatkowo pojawią się inwestycje w obszar telemedycyny, jednakże będzie to tylko jeden z elementów, którego obecność wynika z obecnie obowiązujących kierunków rozwoju sektora ochrony zdrowia, mających zwiększyć dostępność usług również dla osób z niepełnosprawnościami czy też osób starszych.

Należy zaznaczyć, że wsparcie w ramach ww. obszaru wpisuje się w długofalową strategię Programu **DOSTĘPNOŚĆ PLUS na lata 2018-2025**, będącą jednym z pięciu priorytetów Rządu.

W związku z powyższym zadanie związane z wdrożeniem rozwiązań systemowych służących poprawie sytuacji osób z niepełnosprawnościami w obszarze ochrony zdrowia powinno zostać powierzone **Ministerstwu Zdrowia (dalej: MZ)**, posiadającemu 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 jej kontroli.

W celu zapewnienia odpowiedniego ukierunkowania działań do prac nad rozwiązaniami, na wszystkich kluczowych etapach realizacji projektu (procesu przygotowania, wdrożenia

oraz weryfikacji zrealizowanych założeń) zostaną włączeni partnerzy społeczni, NGO, w tym NGO reprezentujące pacjentów z niepełnosprawnościami oraz placówki medyczne, Rzecznik Praw Pacjenta, samorządy oraz i eksperci, w tym ew. zagraniczni.

**Realizacja projektu w formule pozakonkursowej z wykorzystaniem grantu** jest najbardziej optymalnym rozwiązaniem z punktu widzenia celów projektu.

Fundamentalne znaczenie ma w tym przypadku zapewnienie kompleksowości zaproponowanego wsparcia. Celem MZ jest nie tylko zaopatrzenie placówek medycznych w niezbędną infrastrukturę, ale również przeprowadzenie szeregu działań o charakterze szkoleniowym i edukacyjnym. Ideą jest przewyższanie nie tylko barier architektonicznych, ale także barier cyfrowych, komunikacyjnych i organizacyjnych.

Projekt będzie miał charakter **projektu grantowego**, przy czym wydatki w projekcie mogą być rozliczane zarówno w oparciu o metody uproszczone, jak również rzeczywiście poniesione wydatki. Szczegółowe warunki związane z formami finansowania wsparcia grantowego zostaną określone w procedurze wyboru wniosków grantowych oraz umowie o dofinansowanie. W celu przyznania grantów zostanie przeprowadzony nabór placówek medycznych (szpitali i placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej – dalej: POZ) do projektu, który będzie posiadał charakter otwarty i prowadzony będzie w podziale na **grupę szpitali** i **grupę POZ**, z poszanowaniem ustalonych kryteriów naboru. Projekt obejmie całą Polskę, ale dopuszcza się realizację projektów nie we wszystkich województwach jeżeli nie zgłoszą się kandydaci spełniający warunki udziału. Grantobiorca (wyłoniona w procedurze wyboru wniosków grantowych placówka medyczna) będzie jednocześnie uczestnikiem projektu (uczestnikiem instytucjonalnym). Grantodawcą będzie MZ. Rolą MZ będzie dotarcie z ofertą projektu do potencjalnych grantobiorców oraz zachęcenie ich do udziału we wdrożeniu modelu Dostępności Plus i udzielenie im wsparcia w formie grantu.

**MZ przewiduje podział grantobiorców na dwie grupy:**

1. **Szpitala** – kryteria naboru umożliwią wyłonienie referencyjnych jednostek o znaczącym potencjale do wdrożenia standardu (certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia), który przyniesie wartość dodaną nie tylko dla projektu, ale również kompletny zestaw rozwiązań możliwych do wdrożenia w ujęciu systemowym. Istotnym kryterium będzie też ocena szpitala przez pacjentów oraz liczba przyjmowanych rocznie pacjentów i ich profil, co z kolei zapewni odpowiednią efektywność wsparcia.
2. **POZ** – kryteria naboru będą miały na celu dotarcie w szczególności do jednostek będących w najtrudniejszej sytuacji w kontekście wdrożenia rozwiązań dla pacjentów z niepełnosprawnościami, często zlokalizowanych w mniejszych miejscowościach oraz na terenach, gdzie poziom dochodu mieszkańców jest na tyle niski, że ew. działalność komercyjna, na którą decyduje się część placówek POZ, a która pozwala na generowanie źródeł umożliwiających inwestycje w placówce, w przypadku tych jednostek nie znalazłaby popytu. Wsparcie dla POZ będzie w szczególności kierowane na obszary o szczególnych potrzebach rozwojowych określone w dokumentach o charakterze strategicznym, w tym w kontraktach terytorialnych.

**Grant zostanie przeznaczony na cztery komponenty dotyczące dostępności:**

1. **Architektonicznej** - komponent infrastrukturalny służący zastosowaniu rozwiązań mających na celu zniwelowanie barier architektonicznych takich jak: podjazdy, windy, poszerzenie wejść do budynków i drzwi wewnętrznych, likwidacja wysokich progów, montaż posadzek antypoślizgowych, dostosowanie pomieszczeń sanitarnych, rejestracji pacjentów, włączników i tablic informacyjnych, zakup pętli indukcyjnych itp.
2. **Cyfrowej** - komponent techniczno-sprzętowy oraz szkoleniowy obejmujący zakup sprzętu komputerowego, oprogramowania oraz innych urządzeń i narzędzi IT służących poprawie dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z niepełnosprawnościami, w tym poprzez rozwój telemedycyny oraz ułatwienie komunikacji z ww. osobami i wdrożenie innych rozwiązań

	<p>zapewniających funkcjonowanie placówek „przyjaznych” osobom niepełnosprawnym, systemy rejestracji (także online), uwzględniające potrzeby osób z niepełnosprawnościami, tworzenie i dostosowanie stron internetowych do standardu WCAG 2.0. Szkolenia z obszaru IT będą miały na celu przygotowanie personelu do właściwego wykorzystywania zaimplementowanych rozwiązań w tym obszarze.</p> <p>3. <b>Komunikacyjnej</b> – działania szkoleniowe w zakresie kompetencji miękkich dla kadry medycznej i niemedycznej (np. pracownicy rejestracji), służące wsparciu kompetencji w zakresie właściwej komunikacji z osobami z niepełnosprawnościami np. szkolenia zwracające uwagę na właściwe formy komunikacji z osobą z niepełnosprawnościami (język wrażliwy na kwestie związane z niepełnosprawnościami). Komponent ten jest planowany do realizacji głównie centralnie, tak by zapewnić najwyższą jakość szkoleń, co w przypadku szczególnie niewielkich miejscowości może być utrudnione przy formule zdecentralizowanej. Grantobiorcy będą natomiast mogli samodzielnie realizować szkolenia typu kursy języka migowego.</p> <p>4. <b>Organizacyjnej</b> – działania związane z modyfikacją kwestii organizacyjnych w placówkach, w tym procedur dotyczących pacjentów, służące ułatwieniu obsługi pacjentów z niepełnosprawnościami i ich „poruszania się” (w sensie organizacyjnym) po placówce, w tym komunikacji z ww. grupą pacjentów.</p> <p>Powyższy katalog działań w ramach wymienionych komponentów dostępności nie jest katalogiem zamkniętym.</p> <p>Ostateczna decyzja o formie wdrażania poszczególnych zadań w projekcie (centralnie bądź nie) będzie podlegała weryfikacji przez Komitet Dostępności Plus w ochronie zdrowia w celu wdrożenia najbardziej racjonalnego i efektywnego modelu.</p> <p>Wysokość indywidualnego grantu oraz zakres działań nim objętych będą uzależnione od wyników audytu danej placówki. Audyt przeprowadzany będzie po złożeniu wniosku grantowego przez: a) w odniesieniu do POZ – audytorów MZ przeszkolonych w odpowiednim zakresie przez wykonawcę zewnętrznego; b) w odniesieniu do szpitali – audytorów MZ przy współudziale zewnętrznego Doradcy. Audyt polegać będzie przede wszystkim na porównaniu standardu Dostępność Plus dla szpitala/ POZ ze stanem placówki na etapie wnioskowania o grant (zakres rzeczowy objęty grantem powinien stanowić różnicę pomiędzy stanem modelowym a stanem istniejącym, przy czym nie każdy element standardu musi zostać objęty wnioskiem o grant). Rolą audytu będzie też wsparcie doradcze potencjalnego grantobiorcy w sytuacji, gdy audyt wykaże potrzebę modyfikacji zadań uwzględnionych we wniosku o dofinansowanie. Każdy grantobiorca może więc skorzystać ze wsparcia w ramach wszystkich ww. komponentów, jednakże nie jest to obligatoryjne w przypadku posiadania już wdrożonych, skutecznych rozwiązań w którymś z nich.</p> <p>Argumentem przemawiającym za pozakonkursowym trybem realizacji projektu jest również fakt, iż zapewnienie trwałości wszystkich wypracowanych rezultatów projektu będzie zdecydowanie łatwiejsze pod względem organizacyjnym, niż w przypadku zastosowania trybu konkursowego, w którym dofinansowanie uzyskałoby 300 różnych Beneficjentów realizujących odrębne projekty.</p> <p>MZ chce dotrzeć z jednej strony do podmiotów posiadających duże możliwości wdrożenia innowacyjnych rozwiązań w obszarze dostępności plus oraz obsługujących dużą liczbę pacjentów (szpitale o znaczącym potencjale), a z drugiej do mniejszych POZ na obszarach małych miejscowości i wsi, które bez wsparcia projektowego nie będą w stanie poprawić sytuacji swoich pacjentów dotkniętych niepełnosprawnością. Takie podejście zapewni objęcie wsparciem dwóch grup interesariuszy, które znacząco się od siebie różnią, ale są w równej mierze istotne dla realizacji celów projektu. MZ planuje równą strukturę podziału podmiotów w ramach obu grup - 50 Szpitali i 250 POZ, z możliwością modyfikacji na etapie realizacji projektu.</p>
<p>Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt</p>	<p>Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.</p>

będzie realizowany	
Priorytet inwestycyjny	9.IV
Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne.</li> <li>2. Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną.</li> </ol>
Cel główny projektu	<p>Celem głównym projektu jest <b>opracowanie i wdrożenie standardu Dostępność Plus dla szpitali i POZ, co przyczyni się do poprawy dostępności placówek leczniczych dla osób z niepełnosprawnościami oraz zwiększenia jakości realizowanych przez nie świadczeń.</b></p> <p>Projekt przyczyni się do realizacji celów PO WER Cel tematyczny 9iv ułatwanie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym poprzez realizację działań projakościowych w podmiotach leczniczych, mających na celu poprawę ich funkcjonowania w obszarze związanym z potrzebami osób z niepełnosprawnościami.</p> <p><b>Realizacja projektu przyczyni się do wzrostu efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opracowanie rozwiązań systemowych związanych ze wsparciem pacjentów z niepełnosprawnościami w ramach systemu ochrony zdrowia.</li> <li>• Podniesienie jakości usług zdrowotnych poprzez wdrożenie standardu obsługi pacjentów z niepełnosprawnościami.</li> <li>• Zniwelowanie barier architektonicznych utrudniających dostęp pacjentów z niepełnosprawnościami do placówek medycznych.</li> <li>• Podniesienie dojrzałości cyfrowej placówek medycznych w zakresie dotyczącym obsługi pacjentów z niepełnosprawnościami.</li> <li>• Stworzenie lub zoptymalizowanie systemów IT w obszarze obsługi pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z niepełnosprawnościami.</li> <li>• Wzrost kompetencji kadry medycznej i niemedycznej placówek medycznych w zakresie obsługi narzędzi IT służących poprawie sytuacji pacjentów z niepełnosprawnościami (podniesienie kompetencji cyfrowych).</li> <li>• Podniesienie poziomu świadomości kadry medycznej i niemedycznej placówek zdrowotnych związanej z potrzebami osób z niepełnosprawnościami.</li> <li>• Poprawa kompetencji interpersonalnych personelu medycznego, związanych z komunikacją z pacjentami z niepełnosprawnościami.</li> <li>• Poprawa procedur i innych aspektów organizacyjnych w placówkach medycznych w zakresie obsługi pacjentów z niepełnosprawnościami.</li> </ul>
Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych	<p><b><u>Główne zadania w projekcie</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Powołanie Komitetu Dostępności Plus w ochronie zdrowia, do zadań którego należeć będzie m.in.:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- określenie standardów Dostępność Plus dla szpitala oraz POZ,</li> <li>-opiniowanie dokumentacji dla procedury wyboru wniosków grantowych, przygotowanej przez MZ,</li> <li>- opiniowanie zakresów rzeczowych zawartych we wnioskach grantowych, a następnie ew. wniosków o ich zmianę, o ile MZ zidentyfikuje wątpliwości co do zakresu rzeczowego projektu, wymagające pogłębionej analizy,</li> <li>- monitorowanie wdrażania Projektu na poziomie strategicznym w odniesieniu do</li> </ul> </li> </ol>

- aspektów merytorycznych,
- opiniowanie raportu końcowego,
  - przyjęcie rekomendacji końcowych, przygotowanych przez MZ.

**Realizator zadania:** MZ

**Szacowany budżet zadania:** 7 mln zł

**Horyzont czasowy realizacji zadania:** 01.2019 - 06.2023

## **2. Wybór Doradcy, którego zadaniem będzie m.in.:**

- wsparcie w przeprowadzeniu kompleksowych audytów dostępności pod kątem potrzeb wynikających z różnych rodzajów niepełnosprawności u grantobiorców (szpitali) na etapie wnioskowania o grant (z możliwością wskazania propozycji uzupełnienia wniosku o grant o kwestie wynikające z przeprowadzonych audytów) oraz na zakończenie realizacji grantu,
- doradztwo dla grantobiorców (szpitali) na etapie wnioskowania o grant,
- przygotowanie projektu raportu końcowego.

Metodologia przeprowadzania audytów dostępności w szpitalach wraz z listą sprawdzającą, opracowana przez Doradcę zostanie przedstawiona do zaopiniowania Komitetowi Dostępności Plus w ochronie zdrowia.

**Realizator zadania:** MZ

**Szacowany budżet zadania:** 6 mln zł,

**Horyzont czasowy realizacji zadania:** 09.2019 - 06.2023

## **3. Przygotowanie standardów Dostępność Plus dla szpitala i POZ oraz rekomendacji w zakresie kontraktowania świadczeń przez NFZ:**

- przygotowanie standardów przez Komitet Dostępności Plus w ochronie zdrowia,
- Spotkania konsultacyjne dotyczące projektu standardów z przedstawicielami NGO w tym NGO reprezentujące pacjentów z niepełnosprawnościami i placówki medyczne, Rzecznika Praw Pacjenta, IZ POWER oraz ekspertami,
- zatwierdzenie standardów,
- opracowanie rekomendacji wz. kontraktowania świadczeń przez NFZ,
- zatwierdzenie rekomendacji przez Komitet Dostępności Plus w ochronie zdrowia.

**Realizator zadania:** MZ

**Szacowany budżet zadania:** 1 mln zł

**Horyzont czasowy realizacji zadania:** 02.2019 - 09.2019

## **4. Przeprowadzenie wyboru grantobiorców (2 nabory otwarte dla szpitali i POZ) i realizacja grantów oraz centralnego komponentu szkoleniowego:**

- ogłoszenie naboru w tym udostępnienie dokumentacji, zawierającej standardy Dostępność Plus dla szpitala i POZ (nabór dla POZ będzie opublikowany jako pierwszy),
- nabór i ocena wniosków grantowych, w tym audyt i doradztwo przeprowadzone oraz ew. opiniowanie wniosków grantowych przez Komitet Dostępności Plus w

ochronie zdrowia,

- zawieranie umów na realizację grantów,
- realizacja (centralna) komponentu komunikacyjnego – szkolenia dla kadry grantobiorców,
- realizacja grantów, w tym audyty końcowe przeprowadzane .

**Realizator zadania:** MZ

**Szacowany budżet zadania:** 282 mln zł

**Horyzont czasowy realizacji zadania:** 06.2019 - 04.2023

**5. Działania audytowe realizowane przez MZ poprzedzone szkoleniami dla audytorów MZ z prowadzenia audytu dostępności pod kątem potrzeb wynikających z różnych rodzajów niepełnosprawności przeprowadzonymi przez wykonawcę zewnętrznego. Metodologia przeprowadzania audytów dostępności wraz z listą sprawdzającą zostanie przedstawiona do zaopiniowania Komitetowi Dostępności Plus w ochronie zdrowia. Szkolenia dla audytorów MZ będą dotyczyć całego zakresu objętego standardami dostępności, a program szkoleniowy wraz z materiałami szkoleniowymi zostanie przedstawiony przez MZ do akceptacji Instytucji Koordynującej Program Dostępność Plus oraz do zaopiniowania Komitetowi Dostępności Plus w ochronie zdrowia. Działania audytowe będą się odnosić do:**

- przeprowadzenia kompleksowych audytów pod kątem potrzeb wynikających z różnych rodzajów niepełnosprawności u grantobiorców na etapie wnioskowania o grant (z możliwością wskazania propozycji uzupełnienia wniosku o grant o kwestie wynikające z przeprowadzonych audytów) oraz na zakończenie realizacji grantu wraz z przygotowaniem raportów audytowych (początkowych i końcowych),
- doradztwo dla grantobiorców na etapie wnioskowania o grant (rekomendacje w ramach raportów audytowych),
- przeprowadzenie ew. audytów uzupełniających (jeśli zajdzie taka konieczność w związku ze zmianą zakresu projektów realizowanych przez grantobiorców).

**Realizator zadania:** MZ

**Szacowany budżet zadania:** 3 mln zł

**Horyzont czasowy realizacji zadania:** 06.2019 - 06.2023

**6. Podsumowanie Projektu, w tym konferencja zamykająca i opracowanie rekomendacji ukierunkowanych na upowszechnienie wdrożenia w Polsce standardu dostępność Plus dla szpitala i POZ na szerszą skalę:**

- przygotowanie projektu raportu końcowego i zaopiniowanie go przez Komitet Dostępności Plus w ochronie zdrowia,
- przyjęcie rekomendacji przez Komitet Dostępności Plus w ochronie zdrowia,
- konferencja podsumowująca Projekt.

**Realizator zadania:** MZ

**Szacowany budżet zadania:** 1 mln zł

**Horyzont czasowy realizacji zadania:** 01.2023 - 06.2023

Budżety poszczególnych zadań mają charakter wstępny. Ostateczne szacunki zostaną przygotowane na etapie wniosku o dofinansowanie, w oparciu o wyniki dodatkowych analiz.

Wsparcie procesu dostosowania placówek systemu ochrony zdrowia do potrzeb osób z niepełnosprawnościami wymaga zaangażowania różnych podmiotów i współpracy wielosektorowej. Niezbędne jest powołanie jednego organu, który skoordynuje i sformalizuje współpracę, a także będzie sprawować nadzór merytoryczny nad procedurami audytowymi oraz wsparciem grantowym.

**Komitet Dostępności Plus w ochronie zdrowia** zostanie powołany przez MZ, a w jego składzie znajdą się m.in. przedstawiciele reprezentatywnych NGO, w tym NGO reprezentujących pacjentów z niepełnosprawnościami oraz placówki medyczne, Rzecznika Praw Pacjenta, Narodowego Funduszu Zdrowia, MZ oraz eksperci, w tym ew. zagraniczni. Zapewnienie reprezentatywnej grupy członków jest niezbędnym elementem w kontekście zdiagnozowania największych problemów widzianych z perspektywy różnych uczestników systemu ochrony zdrowia. W szczególności istotny jest udział osób reprezentujących głos pacjentów z niepełnosprawnościami oraz placówek medycznych, jako że oni najlepiej rozumieją z jednej strony potrzeby osób niepełnosprawnych, a z drugiej możliwości ich uwzględnienia.

MZ widzi konieczność czynnego udziału organizacji pozarządowych reprezentujących osoby ze szczególnymi potrzebami, nie tylko na etapie ustalania zakresu potencjalnego wsparcia grantowego i zasad tego wsparcia, ale także w trakcie samej realizacji projektów grantowych. W związku z powyższym zadaniem każdego z Wnioskodawców będzie zadeklarowanie na etapie składania wniosku, że w trakcie realizacji projektu grantowego będzie współpracował z co najmniej jedną osobą z niepełnosprawnościami lub organizacją pozarządową działającą na rzecz osób z niepełnosprawnościami, występującą w projekcie grantowym w charakterze konsultanta/ doradcy

**Grantobiorcy** zostaną wyłonieni w naborze otwartym (zakłada się 2 nabory). MZ opracuje kryteria wyboru wniosków grantowych, uwzględniające potencjał podmiotów w ramach obu grup docelowych – szpitali i POZ. Ponadto, MZ będzie zachęcać do wzięcia udziału w naborze podmioty o charakterze strategicznym dla realizacji grantu, które w ramach swojego obszaru działania będą w stanie w najwyższym stopniu przyczynić się do realizacji założeń grantu.

Wskaźniki przypisane do zadania:

Liczba placówek medycznych objętych wsparciem w programie – 300

Liczba placówek POZ objętych wsparciem w programie – 250

Liczba szpitali objętych wsparciem w programie – 50

#### **Procedura wyłonienia podmiotów objętych wsparciem grantowym:**

Proces wyłonienia grantobiorców będzie przebiegać w oparciu o przygotowany dokument „**Procedura wyboru wniosków grantowych w ramach Dostępności Plus dla obszaru ochrony zdrowia**”. Dokument będzie odnosił się do:

1. Definicji grantu,
2. Celu grantu,
3. Definicji grantobiorcy,
4. Czasu i miejsca realizacji działań objętych grantem,
5. Wysokości max grantu (w podziale na komponenty) oraz form jego finansowania,
6. Zasad ogłaszania naboru oraz składania i oceny wniosków grantowych, w tym audytów,
7. Kryteriów wyboru wniosków grantowych,
8. Środków odwoławczych.

**Wniosek grantowy** będzie musiał zawierać co najmniej następujące elementy:

1. Informacje o wnioskodawcy,
2. Okres realizacji (szacowana liczba miesięcy) w podziale na komponenty,
3. Cele realizacji grantu i identyfikację potrzeb w oparciu o standard Dostępności Plus dla danego typu placówki medycznej,
4. Zadania, w podziale na komponenty,
5. Budżet, w podziale na komponenty,
6. Wskaźniki.

Za przygotowanie procedury będzie odpowiadać MZ we współpracy z Komitetem Dostępności Plus w ochronie zdrowia. Procedura będzie ponadto podlegać uzgodnieniom



z IZ POWER.

Po opracowaniu kluczowych dokumentów zostanie ogłoszony otwarty nabór wnioskodawców w ramach grupy szpitali oraz grupy POZ. Każdy podmiot wnioskujący o grant będzie musiał przedstawić wniosek grantowy. **Ocena każdego wniosku grantowego będzie składać się z trzech etapów:**

1. Ocena wstępna,
2. Przeprowadzenie audytu u potencjalnego grantobiorcy, doradztwo oraz dostosowanie zakresu złożonego wniosku do rekomendacji zawartych w raporcie audytowym,
3. Ocena ostateczna, w tym ew. opinia Komitetu Dostępności Plus w ochronie zdrowia.

Pozytywne przejście 3 ww. etapów będzie równoznaczne z wystawieniem pozytywnej rekomendacji do dofinansowania w ramach grantu.

Założeniem projektu jest udzielenie wsparcia o charakterze kompleksowym, potwierdzonego wynikami raportu z audytu. Interwencja nie będzie wybiórcza i rozporozszona. Wsparcie częściowe będzie możliwe tylko w przypadku wystąpienia takiej rekomendacji w raporcie z audytu, z uwagi na znaczące rozwinięcie któregoś z komponentów w danej jednostce. Każdy podmiot przejdzie ścieżkę wsparcia adekwatną do jego potrzeb i rekomendacji zawartych w raporcie audytowym.

#### **Udzielenie wsparcia grantowego placówkom medycznym:**

Grant będzie udzielany w co najmniej dwóch transzach z uwzględnieniem formuły zaliczkowej. Szczegółowa procedura udzielenia i rozliczania wsparcia zostanie określona w umowie o dofinansowanie z uwzględnieniem zapisów ustawy wdrożeniowej.

Grant będzie w swojej strukturze odzwierciedlał zdefiniowane we wcześniejszej części niniejszej fiszki 4 komponenty dostępności: architektonicznej, cyfrowej, organizacyjnej i ewentualnie komunikacyjnej (w przypadku realizacji szkoleń bezpośrednio przez grantobiorcę). Realizacja działań z komponentu komunikacyjnego będzie wspierana równoległymi działaniami wdrażanymi przez MZ centralnie.

Projekt będzie realizowany w oparciu o *Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020* oraz zasadę uniwersalnego projektowania.

Każdy Beneficjent będzie posiadać indywidualny program wsparcia cyfrowego, wynikający z audytu. Elementem stałym będzie zakup sprzętu komputerowego, stanowiącego punkt wyjścia do wprowadzenia wszelkich rozwiązań i narzędzi IT. Oprócz sprzętu będzie możliwe również sfinansowanie kosztów oprogramowania, aplikacji wspierających obsługę pacjentów z niepełnosprawnościami, w tym narzędzi poprawiających komunikację z osobami niepełnosprawnymi.

Jednym z celów zadania będzie również wdrożenie rozwiązań umożliwiających udzielanie świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny. Rozwiązanie to jest szczególnie istotne w kontekście pacjentów z niepełnosprawnościami, jako że przy obecnych możliwościach technicznych i technologicznych możliwe jest zdalne udzielanie wielu świadczeń zdrowotnych pacjentom, co dla osób niepełnosprawnych jest bardzo korzystnym rozwiązaniem. Uzyskanie porady medycznej czy innego świadczenia zwrotnego „bez wychodzenia z domu”, przy jednoczesnym zapewnieniu jakości ww. świadczenia co najmniej na poziomie świadczenia udzielanego w modelu klastycznym (w gabinecie lekarskim) jest szczególnie dla osób niepełnosprawnych ogromnym ułatwieniem. Bez względu na zaproponowane rozwiązania infrastrukturalne, konieczność odbycia wizyty stacjonarnej przez pacjenta z niepełnosprawnością zawsze będzie dla niego bardziej uciążliwa, niż w przypadku pozostałych pacjentów. Ma to ogromne znaczenie szczególnie w przypadku pacjentów z małych miast i wsi, gdzie kontakt z lekarzem często wymaga przemieszczenia się do innej miejscowości. Usługi związane z telemedycyną mogą dzięki temu zmniejszyć koszty zarówno po stronie placówek medycznych, jak również samych pacjentów, głównie w kontekście kosztów dojazdu i ewentualnego zaangażowania dodatkowych osób asystujących. Telemedycyna może być

alternatywą w szczególności w przypadku wizyt stacjonarnych o charakterze cyklicznym, kontrolnym, gdzie potrzebna jest jedynie ogólna ocena stanu pacjenta. W związku z powyższym, rozwiązania z obszaru telemedycyny są w wielu przypadkach rozwiązaniem bardziej racjonalnym niż tradycyjna forma korzystania z usług zdrowotnych.

Szkolenia z zakresu obsługi sprzętu i narzędzi IT będą służyły maksymalizacji efektywności wykorzystania zaproponowanych rozwiązań. Każde szkolenie z zakresu obsługi sprzętu powinno być poprzedzone weryfikacją aktualnej wiedzy i umiejętności personelu w zakresie wykorzystania nowoczesnych rozwiązań z obszaru sprzętu i narzędzi IT. Podstawą jest zastosowanie rozwiązań najbardziej racjonalnych i efektywnych z punktu widzenia pacjenta z niepełnosprawnościami oraz personelu medycznego, który będzie potrafił te rozwiązania wdrożyć. Określenie, czy istnieje potrzeba i zdefiniowanie ew. zakresu ww. szkoleń będzie należało do grantobiorcy.

Szkolenia związane z właściwą komunikacją na linii personel medyczny i niemedyczny – pacjent są kluczowym aspektem poprawy jakości realizowanych usług zdrowotnych w placówkach medycznych. Oprócz wiedzy i kompetencji o charakterze medycznym niezbędny jest równoległy rozwój umiejętności interpersonalnych. Ma to jeszcze większe znaczenie w przypadku pacjentów z niepełnosprawnościami, gdzie oprócz aktualnej sytuacji zdrowotnej, pacjent musi mierzyć się z dodatkowymi przeciwnościami, których otoczenie nie jest w stanie minimalizować. Element szkoleniowy komponentu komunikacyjnego będzie wdrażany centralnie przez MZ (za wyjątkiem szkoleń typu kurs języka migowego tj. szkoleń realizowanych w dłuższym cyklu, co w przypadku realizacji w Warszawie byłoby rozwiązaniem mało dogodnym dla uczestników szkoleń).

Podstawą realizacji komponentu organizacyjnego będzie przeanalizowanie aspektów organizacyjnych, w tym obowiązujących procedur, dotyczących obsługi osób z niepełnosprawnościami oraz przedstawienie rekomendacji dotyczącej ich optymalizacji, co przyczyni się do efektywnego wykorzystania wszystkich aspektów dostępności objętych grantem. MZ dostrzega zasadność włączenia w ten proces także osób z niepełnosprawnościami, które poprzez swoje życiowe doświadczenia będą w stanie najlepiej ocenić rozwiązania organizacyjne w praktyce (współpraca grantobiorcy z co najmniej jedną osobą z niepełnosprawnościami lub organizacją pozarządową działającą na rzecz osób z niepełnosprawnościami, występującą w projekcie grantowym w charakterze konsultanta/ doradcy).

Szacowana wartość wydatków w ramach:

1. cross-financingu – nie przekroczy 40% wartości wydatków kwalifikowalnych projektu, z zastrzeżeniem, że wskazany limit procentowy odnosi się wyłącznie do I tury projektu o wartości 150 mln zł;
2. środków trwałych – nie przekroczy 70% wartości wydatków kwalifikowalnych projektu (włącznie z wydatkami w ramach cross-financingu w oparciu o limit wskazany powyżej), z zastrzeżeniem, że wskazany limit procentowy odnosi się wyłącznie do I tury projektu o wartości 150 mln zł.

Poziom cross-financingu dla docelowej wartości projektu zostanie określony na etapie kontraktacji dodatkowych środków, tj. wartości dla II tury projektu.

Możliwość zastosowania ww. limitów c-f i środków trwałych jest uzależniona od odpowiednich zmian w SZOOP PO WER.

Indywidualna wartość udzielonego grantu będzie uzależniona od wyników audytu, niemniej zakładana maksymalna wartość grantu dla szpitala wyniesie **2 mln zł**, natomiast dla POZ – **720 tys. zł**. Maksymalny okres realizacji grantu wyniesie 18 miesięcy.

Szacowana liczba pracowników placówek medycznych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania – **900**.

Nadzór nad prawidłową realizacją i rozliczaniem grantów będzie sprawować MZ. Każdy grantobiorca będzie posiadać opiekuna, którego zadaniem będzie wsparcie

	<p>grantobiorców oraz rozliczanie grantu. Ponadto, opiekun zapewni grantobiorcy sprawną komunikację z Komitetem Dostępności Plus w ochronie zdrowia np. celem uzyskania interpretacji dotyczących wprowadzenia zmian wymagających specjalistycznej wiedzy eksperckiej.</p> <p>Praca Komitetu Dostępności Plus w ochronie zdrowia będzie rozciągać się praktycznie na cały okres realizacji projektu - na wstępnym etapie w ramach wypracowania standardu, działań audytowych oraz uczestnictwa w procedurze wdrożenia i opracowania końcowych rekomendacji. Dotychczasowe doświadczenia MZ pokazują, że w obliczu skali, jak również poziomu zaawansowania działań w projekcie, na wszystkich etapach wdrażania niezbędne jest funkcjonowanie ciała o charakterze doradczym, reprezentującego głównych interesariuszy Projektu, które będzie w stanie wyjaśnić wątpliwości, pojawiające się na etapie wdrażania ze strony placówek medycznych oraz zapewniać zgodność merytorycznych aspektów Projektu z rzeczywistymi potrzebami oraz możliwościami ich wdrażania. Zdaniem MZ, stałe zaangażowanie interesariuszy, w szczególności NGO reprezentujących pacjentów z niepełnosprawnościami, dbających o adekwatność finansowanych przedsięwzięć do potrzeb ww. grupy, stanowi kluczowy czynnik sukcesu projektu.</p> <p>Przy udziale Komitetu Dostępności Plus w ochronie zdrowia zostanie opracowany <b>raport końcowy</b> oceniający proces wdrażania standardu wraz z rekomendacjami na przyszłość. Ostateczne wyniki raportu zostaną zaprezentowane na konferencji podsumowującej wdrożenie programu. Konferencja będzie miała charakter ogólnokrajowy. Zostaną zaproszeni m.in. przedstawiciele Beneficjentów, Rzecznika Praw Pacjenta, Narodowego Funduszu Zdrowia, NGO i innych partnerów społecznych, eksperci i media. Konferencja zostanie zorganizowana przez MZ w możliwie najdogodniejszym miejscu zapewniającym dostęp i komfort uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami. Konferencja nie będzie eventem o charakterze informacyjno-promocyjnym. Celem organizacji konferencji będzie wyłącznie przedstawienie aspektów merytorycznych związanych z dostępnością plus oraz przedyskutowanie możliwości poszerzenia skali wdrożenia standardów dostępności plus dla szpitali i POZ.</p>
Podmiot zgłaszający projekt <sup>11</sup>	Minister właściwy ds. zdrowia
Podmiot, który będzie wnioskodawcą	MZ
Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą <sup>12</sup>	<p>MZ pełni kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia wyznaczając kierunki rozwoju 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, wynikający z zapisów Policy Paper dla obszaru ochrony zdrowia 2014-2020, za który również odpowiada MZ.</p> <p>W proces realizacji projektu muszą zostać włączeni także przedstawiciele NGO (w tym reprezentujące pacjentów z niepełnosprawnościami i placówki medyczne), Rzecznika Praw Pacjenta, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz eksperci, w tym ew. zagraniczni, którzy będą w stanie ocenić racjonalność i możliwość wdrożenia konkretnych rozwiązań o charakterze technicznym i organizacyjnym.</p> <p>Tylko zorganizowanie przedstawicieli różnych grup interesariuszy może zaowocować przygotowaniem spójnego modelu rozwiązań, który w sposób efektywny przyczyni się do poprawy sytuacji pacjentów z niepełnosprawnościami. Istotny jest tutaj nie tylko komponent infrastrukturalny, ale również działania świadomościowe i upowszechniające, które spowodują zrozumienie istoty problemu i zmianę mentalności. Fundamentalne wydaje się zaangażowanie organizacji pozarządowych, zajmujących się na co dzień problemami osób z niepełnosprawnościami, które najlepiej znają bolączki funkcjonującego systemu.</p> <p>Ponadto, MZ jako Instytucja Pośrednicząca dla osi V POWER gwarantuje realizację</p>

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 oraz 1475) oraz podrozdziału 5.2.1 Polityka spójności, rozdziału 5.2 Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa z dnia 21 maja 2014 r.

	<p>projektu w oparciu o <i>Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020</i> oraz zasadę uniwersalnego projektowania.</p> <p>Wobec powyższego to MZ powinno realizować projekt wymagający zaangażowania wielu podmiotów oraz skoordynowania współpracy o charakterze wielosektorowym. MZ będzie odpowiadało za ostateczne efekty wspólnej pracy, wypracowanie standardu, realizację zadań audytowych oraz nadzór nad realizacją projektu zgodnie z obowiązującymi Wytycznymi i przepisami prawa.</p> <p>Realizacja projektu będzie miała charakter komplementarny w stosunku do obecnie prowadzonych działań przez MZ w zakresie e-zdrowia oraz projektów realizowanych w ramach Działania 5.2 POWER.</p> <p>MZ przewiduje zatrudnienie na potrzeby realizacji projektu osób niepełnosprawnych, którzy najlepiej rozumieją potrzeby ww. grupy pacjentów. Dodatkowo zostanie powołanych <b>Komitet Sterujący</b>, który będzie odpowiadał za strategiczne zarządzanie projektem (finansowany w ramach kosztów pośrednich).</p>				
Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	<b>x</b>	
Podmioty, które będą partnerami w projekcie i uzasadnienie ich wyboru <sup>13</sup>	Nie dotyczy				
Czy projekt będzie projektem grantowym?	<b>TAK</b>	<b>x</b>	<b>NIE</b>		
Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok)	4 Q 2018				
Przewidywany okres realizacji projektu	Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok)	styczeń 2019	Data zakończenia (miesiąc oraz rok)	czerwiec 2023	
<b>SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU</b>					
Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN)					
w roku 2019	w roku 2020	w roku 2021	w roku 2022	w roku 2023	ogółem
30 mln PLN	80 mln PLN	80 mln PLN	100 mln PLN	10 mln PLN	<b>300 mln PLN<sup>14</sup></b>
Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN)					
<b>TAK</b>	..... (PLN)			<b>NIE</b>	<b>X</b>

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> Wskazany budżet stanowi planowaną docelową wartość całego przedsięwzięcia. W ramach dokonywanych zmian w PO WER na obecnym etapie zidentyfikowano możliwość przesunięcia 150 mln PLN, co zostało ujęte w propozycjach zmian w PO WER. Zaangażowanie pozostałej kwoty powinno być możliwe na etapie przeglądu śródkresowego. Oznacza to konieczność etapowania projektu i w pierwszej kolejności uruchomienie na niższą kwotę z możliwością zwiększenia budżetu o pozostałą kwotę w trakcie jego realizacji. Realizacja projektu będzie możliwa po potwierdzeniu możliwości dokonania zmian w PO WER. Zawarte w fiszce wartości wskaźników oszacowano dla pełnej kwoty. W przypadku gdyby ostateczna wysokość środków dedykowanych temu przedsięwzięciu była niższa, wartość wskaźników ulegnie odpowiedniemu zmniejszeniu.

Szacowany wkład UE (PLN)			
252 840 000,00 PLN			
<b>ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)</b>			
<b>WSKAŹNIKI REZULTATU</b>			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>15</sup>		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu	-	-	300
Liczba podmiotów, które wdrożyły standard obsługi pacjentów z niepełnosprawnościami	-	-	300
Liczba pracowników placówek medycznych, którzy podnieśli kompetencje w zakresie obsługi pacjenta z niepełnosprawnościami	-	-	900
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	-	-	250
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	-	-	50
<b>WSKAŹNIKI PRODUKTU</b>			
Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa		
	W podziale na: <sup>16</sup>		Ogółem w projekcie
	Kobiety	Mężczyzn	
Liczba pracowników placówek medycznych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania	-	-	900
Liczba placówek medycznych objętych wsparciem w programie	-	-	300
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które zostały objęte działaniami projakościowymi w ramach programu	-	-	250
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie	-	-	50

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> 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.

**SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU**

**KRYTERIA DOSTĘPU**

1.

Uzasadnienie:

2.

Uzasadnienie:

...

Uzasadnienie: