



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PLAN DZIAŁAŃ W SEKTORZE ZDROWIA

I INFORMACJE OGÓLNE

I.1 WERSJA PLANU DZIAŁANIA (dalej PD)

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

[nr 3/2023]

I.2 NAZWA PROGRAMU

właściwa nazwa Programu, którego dotyczy PD

Fundusze Europejskie dla Rozwoju
Społecznego (FERS)

INFORMACJE O INSTYTUCJI OPRACOWUJĄCEJ PLAN DZIAŁANIA

I.3 Nazwa instytucji składającej PD

pełna nazwa instytucji

Ministerstwo Zdrowia

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

Małgorzata Iwanicka-Michałowicz
Z-ca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji

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

imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail

Dariusz Juszczynski
Naczelnik
Wydział Oceny i Monitorowania II
Departament Oceny Inwestycji
+48 880 340 050
d.juszczynski@mz.gov.pl

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

Warszawa, 30 listopada 2023

Małgorzata Iwanicka-Michałowicz
/zgodnie z podpisem elektronicznym/

II WYKAZ DZIAŁAŃ OPISANYCH W PLANIE DZIAŁAŃ

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

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

II.1 L.p.	II.2 Nr celu szczegółowego ¹ (cs) właściwy nr cs w ramach którego ogłoszony zostanie nabór lub realizowany będzie projekt w` sposób niekonkurencyjny	II.3 Nr projektu w PD/naboru realizowanego w sposób konkurencyjny skrótowa nazwa programu - skrót nazwy województwa . numer priorytetu w programie . litera „P” gdy nr dot. projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny lub litera „K” gdy nr dot. naboru konkurencyjnego . kolejny numer projektu. Przykład: WD.1.P.1	II.4 Przedmiot projektu / naboru realizowanego w sposób konkurencyjny w przypadku naboru realizowanego w sposób konkurencyjny - jego zakres, natomiast w przypadku projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny - jego tytuł, lub jeśli nie jest jeszcze znany, jego zakres (w sposób syntetyczny)	II.5 Planowana alokacja [PLN]:			II.6 Planowany termin ogłoszenia naboru realizowanego w sposób konkurencyjny / złożenia wniosku o dofinansowanie dla projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny rok oraz kwartał [RRRR.KW]
				Całkowita wyrażona w PLN kwota przewidywanej alokacji. W przypadku projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny. suma wkładu UE oraz wkładu krajowego powinna dać wartość całkowitą inwestycji	Wkładu UE wyrażona w PLN kwota przewidywanego wkładu UE (kwalifikowalne środki z UE)	Wkładu krajowego wyrażona w PLN kwota wkładu krajowego (kwalifikowalne środki publiczne i prywatne). W przypadku projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny suma kwalifikowalnych środków publicznych i prywatnych oraz środków niekwalifikowalnych.	
1.	4(k)	FERS.4.P.4	Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac)	18 881 962,00	15 581 395,40	3 300 566,60	Złożenie wniosku planowane na IV kw. 2023 r.
2.	4(g)	FERS.4.P.5	Kompetencje cyfrowe w ochronie zdrowia – szkolenia z rozwiązań IT wdrażanych przez Centrum e-Zdrowia.	7 473 598,00	6 167 213,06	1 306 384,94	Złożenie wniosku planowane na IV kw. 2023 r.

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

3.	4(g)	FERS.1.P.5	Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty	40 144 280,00	33 127 059,85	7 017 220,15	Złożenie wniosku planowane na IV kw. 2023 r.
4.	4(k)	FERS.4.P.6	Wsparcie POZ we wdrażaniu standardów akredytacyjnych	17 129 652,00	14 135 388,83	2 994 263,17	Złożenie wniosku planowane na IV kw. 2023 r.
5.	4(k)	FERS.4.P.7	E-Konsylium II - realizacja zdalnych konsultacji medycznych z wykorzystaniem platformy telemedycznej	119 471 000,00	98 587 469,20	20 883 530,8	Złożenie wniosku planowane na IV kw. 2023 r.
6.	4(g)	FERS.1.P.6	Szkolenia w zakresie cyfryzacji dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami	10 000 000	8 252 000	1 748 000	Złożenie wniosku planowane na IV kw. 2023 r.

III FIZSKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY¹

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

III.1 NUMER PROJEKTU W PD

skrótowa nazwa programu - skrót nazwy województwa . numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu. Przykład: WD.1.P.1.

FERS.4.P.4

III.2 DZIAŁANIE

numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (część Numer i nazwa działania FERS).

III.3 Fundusz

skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy

EFS+

III.4 Cel szczegółowy

numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.

Cel szczegółowy: 4(k) Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej (...)

III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP

typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).

III.6 Zakres terytorialny inwestycji

pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).

ogólnopolski

Województwo:

Powiat:

TERYT powiat:

PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE

III.7 Tytuł projektu

Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac)

III.8 Beneficjent

nazwa beneficjenta, adres jego siedziby

Minister właściwy ds. zdrowia,
Departament Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia
ul Miodowa 15, 00-952 Warszawa

III.9 Cel główny projektu

cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).

III.10 Opis projektu

zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).

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

<p>III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”² nazwa adekwatnego celu z dokumentu „Zdrowa Przyszłość” – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy w razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie</p>	<p>Cel 1.2 [Jakość] Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych ;</p> <p>Cel 1.3 [Przyjazność] Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej ,</p> <p>Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej</p>			
<p>III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta</p>	<p>Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).</p>			
<p>III.13 Opis zgodności projektu z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych i Krajowym / Wojewódzkim Planem Transformacji zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu oraz Krajowego lub Wojewódzkiego Planu Transformacji</p>	<p>Projekt „Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia” przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/ w szczególności poprzez zapewnienie wysokiej jakości danych o stanie zdrowia pacjenta, które warunkują poprawną realizację zadań (np. przy zapewnieniu pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostycznych w przypadku systemu opieki kardiologicznej (s. 17) czy ulepszaniu mechanizmów koordynacyjnych dotyczących współpracy na poszczególnych poziomach leczenia), co zostało zaliczone do najważniejszych wyzwań systemu opieki zdrowotnej (s.20).</p> <p>Także z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wynika jednoznacznie, że zapewnienie dobrej jakości danych o stanie pacjenta jest kluczowe i istotne dla prawidłowej realizacji poszczególnych celów takich jak: poprawa wymiany (elektronicznej) dokumentacji medycznej, informacji o stanie pacjenta i jego potrzebach w związku z leczeniem specjalistycznym i hospitalizacją (s. 148 dokumentu), poszerzenie i zapewnienie poprawy jakości sprawozdawczości w POZ (s. 149), a także w AOS i leczeniu szpitalnym. W przypadku rehabilitacji leczniczej istnieje możliwość łączenia kodów ICD-11 z kodami klasyfikacji ICF (Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) , co zwiększa możliwość dokładniejszego opisu diagnozy pacjentów poddawanych rehabilitacji.</p>			
<p>III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie rok oraz kwartał [RRRR.KW]</p>	<p>Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie).</p>			
<p>III.15 Przewidywany okres realizacji projektu orientacyjna informacja dotycząca roku oraz kwartału rozpoczęcia/zakończenia realizacji projektu</p>	<p>Data rozpoczęcia</p>	<p>[RRRR.KW]</p>	<p>Data zakończenia</p>	<p>[RRRR.KW]</p>

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

III.16 Opinia Ministra Zdrowia Oświadczenie o posiadaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, o ile projekt dotyczy zakresu: - e-zdrowia, dostępności placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i telemedycyny, - psychiatrii, - kształcenia kadr medycznych i okołomedycznych.	Nd.
---	-----

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

ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI			
III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Wzrost wiedzy o ICD-11 i wzrost poziomu umiejętności jej stosowania.	liczba	2 450	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

Uwzględnione w polskim tłumaczeniu ICD-11 wszystkie aktualizacje, które zostały dokonane przez WHO w okresie realizacji projektu.	liczba	1 000	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Opracowany zestaw kursów e-learningowych oraz materiałów dydaktycznych umożliwiających samokształcenie połączone ze sprawdzaniem poziomu nabytej wiedzy	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Liczba osób przeszkolonych w wyniku szkoleń e-learningowych prowadzących do wzrostu wiedzy i umiejętności korzystania z ICD-11.	liczba	2 000	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Liczba przeprowadzonych warsztatów stacjonarnych lub online prowadzących do wzrostu wiedzy i umiejętności korzystania z ICD-11.	Liczba	10	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Liczba osób przeszkolonych w wyniku warsztatów stacjonarnych/ online prowadzących do wzrostu wiedzy i umiejętności korzystania z ICD-11.	Liczba	450	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Raporty analityczne	Liczba	2	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Zestawy złożone z kodów i opisów ICD-10 i ich odpowiedników w ICD-11 dla wybranych rozporządzeń koszykowych	liczba	7	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Zestaw złożony z kodów i opisów ICD-10 i ich odpowiedników w ICD-11, dotyczący programów lekowych.	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Zestaw złożony z kodów i opisów ICD-10 i ich odpowiedników w ICD-11, dotyczący refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Raport prezentujący wyniki wraz z omówieniem metodyki prowadzonych prac	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

Wstępna lista rozpoznań ICD-11, które mogłyby zostać uwzględnione w przyszłości w rozporządzeniach koszykowych	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Raport prezentujący wyniki wraz z omówieniem metodyki prowadzonych prac	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Lista świadczeń opieki zdrowotnej, dla których Agencja dokonała weryfikacji wyceny, wynikająca z zastąpienia kodów ICD-10 przez ich odpowiedniki w ICD-11	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Pisemne opracowanie dotyczące weryfikacji wycen świadczeń opieki zdrowotnej znajdujących się na liście	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Pisemne opracowanie wkładu merytorycznego do programu szkoleniowego dotyczącego zmian w systemie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych wynikających z wdrożenia ICD-11	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Opracowane narzędzie walidacji na potrzeby kodowania przyczyn zgonów z wykorzystaniem ICD-11.	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Opracowany raport z pilotażu stosowania narzędzia walidacji na potrzeby kodowania przyczyn zgonów	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Zoptymalizowana pod względem jakości polska wersja klasyfikacji ICD-11 - liczba rozdziałów klasyfikacji wspartych w ramach projektu w zakresie podniesienia jakości terminologii	liczba	26	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Opracowana koncepcja sprawowania pieczy przez CMKP nad kolejnymi aktualizacjami polskiej wersji międzynarodowej klasyfikacji medycznej ICD-11 oraz upowszechnianiu wiedzy o tych aktualizacjach	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Raport techniczny z dostosowanie platformy CeZ (RSK 3.0) do obrazu API WHO z polską wersją klasyfikacji ICD-11	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Raport z liczby wizyt i pobrań zasobów ICD-11	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Raport z aktualizacji polskich narzędzi dostarczanych w ramach I etapu projektu (I etap to projekt PO WER)	liczba	1	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

FERS.4.P.4

Tytuł lub zakres projektu: **Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac)**

Informacje o instytucji opracowującej fiszkę:

Numer i nazwa Priorytetu: 4. Spójność społeczna i zdrowie

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych:

Dariusz Juszczynski

Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II

Departament Oceny Inwestycji

+48 880 340 050

d.juszczynski@mz.gov.pl

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

Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny

Podstawowe informacje o Projekcie:

Typ projektów FERS: Podnoszenie jakości zarządzania świadczeniami zdrowotnymi

Podmiot, który będzie wnioskodawcą: Minister właściwy ds. zdrowia, Departament Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia

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

Jedenasta rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) została przyjęta przez państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w maju 2019 r. i weszła w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. Polska, jak inne kraje, zobowiązała się do jej wdrożenia i stosowania. WHO szacuje, że w przypadku krajów takich jak Polska, tj. tych, które stosują rewizję dziesiątą, wprowadzenie nowej rewizji ICD zajmie około 4-5 lat.

Ministerstwo Zdrowia (dalej: MZ) jest jedynym podmiotem umocowanym przepisami prawa do koordynacji działań prowadzących do wdrożenia ICD-11 do systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wynika to z aktów prawnych wymienionych poniżej, w odniesieniu do zapisów „Wytycznych dotyczących wyboru projektów na lata 2021-2027”, rozdział 5, pkt 5, 6, 8 lit. a, 9 i 10.

Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932). W szczególności realizuje zadania dotyczące organizacji ochrony zdrowia w Polsce, w tym zapewnienia zgodności stosowanej w Polsce klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych z klasyfikacją międzynarodową. Zgodnie z § 23 pkt 24 Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2020 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (, , Departament Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia odpowiada (we współpracy z Centrum e-Zdrowia - CeZ) za prowadzenie spraw związanych z ICD. Odpowiada on m.in. za implementację ICD-11 do prawodawstwa i do praktyki systemu ochrony zdrowia w Polsce. Tym samym Departament Lecznictwa MZ jest jedynym właściwym wnioskodawcą projektu, prawnie zobowiązanym do realizacji tych zadań.

Określenie praw i obowiązków Ministra Zdrowia wobec WHO, dotyczących tłumaczenia i aktualizacji oraz sposobów korzystania z ICD-11 w Polsce, będzie wynikać z umowy zawartej z WHO. o przyznanie praw do jej tłumaczenia i publikacji.

Projekt, ze względu na szeroki zakres prac oraz swoją złożoność wymaga zaangażowania do jego realizacji kilku podmiotów - jako Partnerów w Projekcie, którzy w sektorze zdrowia zajmują się poszczególnymi zadaniami wymienionymi w fiszce projektowej. Charakterystyka Partnerów została przedstawiona poniżej (punkty: Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie? oraz Podmioty, które będą partnerami w projekcie ze wskazaniem realizowanych zadań i uzasadnienie wyboru partnerów).

Strategiczne znaczenie projektu wynika z dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”, stanowiącego Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. W dokumencie tym Minister Zdrowia ponownie jest wskazany jako organ odpowiedzialny za koordynację wszystkich kwestii obszaru ochrony zdrowia w Polsce. Dokumentem strategicznym w tym zakresie jest także Eleventh revision of the International Classification of Diseases Report by the Director-General, SEVENTY-SECOND WORLD HEALTH ASSEMBLY A72/29” z 4.04.2019 r.”

Z powyższego wynika, że niniejszy projekt spełnia wymogi umożliwiające jego wybór w sposób niekonkurencyjny.

Należy nadmienić, że dofinansowanie pierwszego przygotowawczego etapu prac wdrożeniowych ICD-11, realizowanego w latach 2021 - 2023 w ramach projektu pn. „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności

pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwania się klasyfikacją ICD-11” (nr POWR.05.02.00-00-0004/20), także zostało przyznane w procedurze naboru niekonkurencyjnego. Projekt realizowany jest do 30 listopada 2023 r., w ramach Działania 5.2 „Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz dobrej jakości usług zdrowotnych” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, a jego beneficjentem jest MZ (reprezentowane przez Departament Lecznictwa) w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (CMKP) i CeZ.

Opisany w fiszce projekt programu FERS stanowi kontynuację prowadzonych prac w projekcie POWER (stanowiący I etap prac) opisanych na (obecnej) stronie 14. (programu POWER) skupia się na podstawowych zadaniach - przetłumaczeniu klasyfikacji ICD-11 na język polski, dostosowaniu narzędzi informatycznych WHO do potrzeb przyszłych użytkowników tej klasyfikacji w naszym kraju oraz opracowaniu szkoleń e-learningowych i warsztatów o charakterze pilotażowym, dotyczących głównie podstawowych informacji o ICD-11 dla grup docelowych o ograniczonej liczebności. Takie podejście do szkoleń wynika z faktu, że upłynie jeszcze ok. 3,5 - 4 lat przed wprowadzeniem tłumaczonej na język polski ICD-11 do praktyki, dlatego prowadzenie pogłębionych szkoleń na tak wczesnym etapie nie byłoby praktycznie przydatne dla szkolonych, gdyż nowo nabytej wiedzy nie mogliby oni od razu wykorzystać w swojej pracy zawodowej. Natomiast w ramach projektu programu FERS, w części dotyczącej szkoleń, zakłada się przygotowanie pełnego zestawu kursów e-learningowych dla personelu medycznego oraz dla wybranych grup zawodów pozamedycznych przyszłych użytkowników tej klasyfikacji.

Ponadto CMKP w projekcie programu FERS w ramach zadania nr 4 będzie nadal aktualizowało i modyfikowało polską wersję ICD-11, co ma polegać m.in. na konsultowaniu i uzgadnianiu z całym środowiskiem medycznym terminologii medycznej używanej w polskim tłumaczeniu tej klasyfikacji, gdyż istnieją w kraju wyraźne różnice w posługiwaniu się tą terminologią dotyczącą tych samych chorób lub problemów zdrowotnych. CMKP będzie także odpowiedzialne za tłumaczenie i weryfikację medyczną brakujących fragmentów ICD-11 opracowywanych przez WHO oraz corocznych szerokich aktualizacji wprowadzanych do klasyfikacji przez WHO.

Dodatkowo do realizacji projektu w ramach programu FERS zostaną zaangażowane AOTMiT i GUS (które nie brały udziału w projekcie PO WER). Współpraca z tymi instytucjami jest konieczna dla sprawnego wdrożenia ICD-11 w Polsce.

Z kolei zadania CeZ, zaplanowane do realizacji w projekcie programu FERS mają na celu dostosowanie i udostępnienie na polskich wersjach narzędzi informatycznych WHO, polskiej

elektronicznej wersji ICD-11 zaakceptowanej przez WHO. A także stałą aktualizację narzędzi informatycznych WHO w celu coraz lepszego wspomagania przyszłym użytkownikom jedenastej rewizji tej klasyfikacji.

Wprowadzenie w Polsce jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) niewątpliwie przyczyni się do realizacji celu 1.2 [Jakość] Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych, który został określony w dokumencie zatytułowanym: Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. wymienionego w części dokumentu dotyczącej pacjenta. Elektroniczna wersja tej klasyfikacji umożliwia bowiem znacznie bardziej precyzyjne opisywanie stawianych diagnoz, w sposób zrozumiały przez lekarzy z danego kraju i innych krajów udzielających świadczeń za granicą np. na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Dokładniej opisywana diagnoza wpływa m.in. na skuteczność i jakość leczenia, co przekłada się co najmniej na: Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej wymienionej w Celu 1.3. Poza tym klasyfikacja umożliwia bardziej szczegółowe określanie zjawisk mających wpływ na proces leczenia, takich jak: lekooporność czy zjawiska niepożądane występujące w procesie leczenia. Może mieć również wpływ na: [Koordynację opieki] (Cel 2.3), gdyż precyzyjniej opisana diagnoza pozwala innym lekarzom działającym w systemie koordynacji szybciej podjąć odpowiednie leczenie.

Projekt przyczyni się również do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji³ w szczególności poprzez zapewnienie wysokiej jakości danych o stanie zdrowia pacjenta, które warunkują poprawną realizację zadań (np. przy zapewnieniu pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostycznych w przypadku systemu opieki kardiologicznej (s. 17) czy ulepszaniu mechanizmów koordynacyjnych dotyczących współpracy na poszczególnych poziomach leczenia, co zostało zaliczone do najważniejszych wyzwań systemu opieki zdrowotnej (s.20)⁴.

Także z Map potrzeb zdrowotnych (MPZ) wynika jednoznacznie, że zapewnienie dobrej jakości danych o stanie pacjenta jest kluczowe i istotne dla prawidłowej realizacji poszczególnych celów takich jak e poprawa wymiany (elektronicznej) dokumentacji medycznej, informacji o stanie pacjenta i jego potrzebach w związku z leczeniem specjalistycznym i hospitalizacją (s. 148 dokumentu), poszerzenie i zapewnienie poprawy jakości sprawozdawczości w POZ (s. 149), a także w AOS i leczeniu szpitalnym). W przypadku rehabilitacji leczniczej istnieje możliwość łączenia kodów ICD-11 z kodami klasyfikacji ICF (Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, co zwiększa możliwość dokładniejszego opisu diagnozy pacjentów poddawanych rehabilitacji.

³ <https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/>

⁴ poprawa organizacji systemu opieki kardiologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta” (s. 17) Ulepszanie mechanizmów koordynacyjnych dotyczących współpracy POZ z AOS i lecnictwem szpitalnym, NiŚOZ, medycyną pracy oraz mechanizmów wymiany (elektronicznej) dokumentacji medycznej, informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego potrzebach w związku z leczeniem specjalistycznym i hospitalizacją lub badaniami na potrzeby pracodawcy oraz w zakresie w zakresie rehabilitacji i opieki długoterminowej.

Na podstawie powyższego opisu prac uwzględnionych w fiszce projektu programu FERS można stwierdzić, że realizacja prac opisanych w niniejszej fiszce jest niezbędna do wdrożenia ICD-11 w Polsce.

Projekt będzie realizowany zgodnie z wszystkimi zasadami horyzontalnymi ujętymi w rozdziale nr 9 Umowy Partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2021-2027 w Polsce z 30 czerwca 2022 r., a w szczególności zgodnie z zasadą niedyskryminacji, tj. zasadą równości kobiet i mężczyzn i zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

W projekcie przestrzegane będą prawa wszystkich osób zgodnie z Kartą Praw Podstawowych UE (w szczególności art. 1, 3-4, 6-8, 10, 15, 20-23, 25-26 oraz 30-31) oraz Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych (w szczególności art. 2-7 oraz 9). MZ, jako wnioskodawca projektu i jednocześnie podmiot administracji rządowej jest w szczególny sposób gwarantem przestrzegania ww. zasad.

Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:

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

Cel główny projektu:

Celem głównym projektu jest wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) do systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Doprecyzowanie celu głównego

Wsparcie wdrożenia ICD-11 będzie polegało w szczególności na:

- 1) opracowaniu zestawu kodów ICD-11, które zostaną wykorzystane w regulacjach prawnych Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących świadczeń gwarantowanych;
- 2) zastosowaniu ICD-11 do określania przyczyn zgonów;

- 3) umożliwieniu użytkownikom ICD-11 uzyskanie wiedzy i nabycie umiejętności posługiwania się tą rewizją i jej aktualizacjami we wszystkich dziedzinach medycyny;
- 4) przygotowaniu koncepcji sprawowania przez CMKP pieczy nad aktualizacjami ICD-11 oraz upowszechnianiem wiedzy o nich;
- 5) aktualizacji, dostosowaniu i udostępnieniu na polskich wersjach narzędzi informatycznych WHO przetłumaczonej na język polski elektronicznej wersji ICD-11 udostępnionej przez WHO.

Opis kontekstu/problemów do rozwiązania:

ICD-11 została opracowana przez WHO. Prace nad ICD-11 rozpoczęły się w 2007 roku i trwały do 2018 roku, wzięło w nich udział ponad 300 specjalistów z 55 krajów; ponadto wpłynęło około 10 000 propozycji zapisów z całego świata. ICD-11 została oficjalnie zatwierdzona 25.05.2019 roku przez członków WHO, w tym Polskę, podczas 72. Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Klasyfikacja oficjalnie zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2022 roku. Prace nad polskojęzyczną wersją klasyfikacji mają się zakończyć 30 listopada 2023 roku.

Jedenasta rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jest wprowadzana po prawie 30 latach od wejścia w życie ICD-10. Nowa rewizja znacznie lepiej odzwierciedla postęp, który dokonał się w tym okresie w medycynie. Wprowadzenie tej klasyfikacji jest bardzo złożonym przedsięwzięciem m.in. dlatego, że ICD-11 jest znacznie bardziej rozbudowana i skomplikowana niż ICD-10. Ponadto została opracowana w formie elektronicznej i posługiwanie się nią wymaga korzystania z narzędzi informatycznych wypracowanych przez WHO, których polskie wersje zostały opracowane przez CeZ. W pełni elektroniczna wersja klasyfikacji sprawia, że jest ona narzędziem w sposób ciągły aktualizowanym. Zarówno pod względem merytorycznym, jak i pod względem technicznym, platforma WHO z klasyfikacją ICD-11 w sposób ciągły poddawana jest modyfikacjom w zakresie samych opisów chorób i problemów zdrowotnych, jak również parametrów technicznych. Dlatego też - jak każde narzędzie informatyczne - w celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania wymaga ona stałego monitoringu i kolejno dostosowania do niej polskich wersji narzędzi informatycznych.

Chcąc korzystać z narzędzi informatycznych w Polsce należy je zaplanować, opracować, wdrożyć, przeszkolić z ich użytkowania i kolejno aktualizować zgodnie ze zmianami wprowadzanymi przez WHO. Przy określaniu zestawu zadań uwzględnionych w fiszce brano pod uwagę wyżej sygnalizowane różnice między ICD-10 i ICD-11.

Ponadto już poza sektorem zdrowia i poza niniejszym projektem będą musiały zostać przeprowadzone zmiany konieczne do wdrożenia ICD-11: w resortowych służbach zdrowia (Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Sprawiedliwości) - w zakresie przyjętych przez nie rozwiązań dotyczących ochrony zdrowia, oraz w obszarze statystyki publicznej dotyczącej chorobowości (krajowej oraz międzynarodowej). Minister Zdrowia, gdy zajdzie taka potrzeba, może każdorazowo inicjować i wspierać prace dotyczące wdrażania ICD-11 w innych sektorach niż ochrona zdrowia.

Opis tego co już zostało zrobione

W 2020 roku, przygotowując się do wdrożenia ICD-11 do polskiego systemu ochrony zdrowia założono, że prace zostaną podzielone na dwa etapy:

Pierwszy etap jest obecnie realizowany przez MZ we współpracy z CMKP i CeZ w ramach projektu nr POWR.05.02.00-00-0004/20 pn. „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwania się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”, finansowanego z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Realizacja tego projektu, którego zakończenie przewidziane jest na 30 listopada 2023 roku, ma zapewnić przede wszystkim:

- przetłumaczenie na język polski klasyfikacji ICD-11;
- dostosowanie do warunków polskich narzędzi informatycznych WHO (wg stanu obecnego) umożliwiających sprawne korzystanie z elektronicznej wersji ICD-11 (szczegółowy opis znajduje się poniżej);
- przygotowanie koncepcji dostosowania krajowego systemu informacji w ochronie zdrowia do ICD-11 oraz przygotowanie podręcznika dostosowania implementacji ICD-11 w systemach teleinformatycznych polskich podmiotów leczniczych;
- przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń e-learningowych dla minimum 400 uczestników oraz przeprowadzenie trzech warsztatów dla minimum 70 uczestników w celu zapoznania przyszłych użytkowników z ICD-11.

W pierwszym etapie CeZ opracowało następujące produkty projektu (z polską wersją interfejsu użytkownika):

- wyszukiwarka (ICD-11 Browser);
- narzędzie do kodowania(programowania) jednostek chorobowych (coding tool);

- funkcjonalność pozwalająca odszukać odpowiednie fragmenty tekstu ICD-11 za pomocą kodu (full text search functionality);
- narzędzie do odszukiwania kodów ICD-11 za pomocą kodów ICD-10;
- polska wersja przygotowanych przez WHO trzech Tabel Mapujących pokazujących relacje między kodami ICD-10 i ICD-11.

Opracowane polskie wersje narzędzi informatycznych zostały zasilone anglojęzyczną wersją klasyfikacji ICD-11. Wskazane wersje są przygotowane do udostępnienia zgodnie z minimalnymi wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 roku w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz.U. 2012 poz. 526)

wersja z

Opis wykorzystania efektów po projekcie

Obecnie obowiązująca dziesiąta rewizja ICD jest stosowana od 30 lat, dlatego można zakładać, że jedenasta rewizja ICD będzie obowiązywała przez zbliżony okres. W związku z tym, wypracowane i wprowadzone zmiany prawne, jak i zmiany w mechanizmach rozliczeń, w systemach informatycznych i informacyjnych oraz programy szkoleń będą wykorzystywane w okresie nawet kilku dekad.

Niezależnie od tego należy stwierdzić, że w związku z faktem, iż ICD-11 podlega na bieżąco aktualizacjom, przyjęte rozwiązania będą odpowiednio dostosowywane do wprowadzanych zmian, przy czym za koordynację wdrożenia aktualizacji odpowiadać będzie minister właściwy w obszarze zdrowia, natomiast za aktualizację polskiej wersji klasyfikacji oraz realizację działań prowadzących do wzrostu wiedzy i umiejętności pracowników zawodów medycznych przy każdej aktualizacji odpowiedzialne będzie CMKP.

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

Zadanie 1: Podniesienie poziomu wiedzy o ICD-11 i poziomu umiejętności jej stosowania.

Szacunkowy koszt: ok. 1 938 860,00 zł, tj. 10,26% budżetu projektu, w tym: a) CMKP ok. 1 887 600 zł (koszty bezpośrednie 1 716 000,00 zł, koszty pośrednie wg stawki 10% 171 600,00 zł); b) CeZ ok. 34 100,00 zł (koszty bezpośrednie 31 000,00 zł, koszty pośrednie wg stawki 10% 3100,00 zł).

Okres realizacji zadania: od 1 do 46 miesiąca realizacji projektu.

Grupa docelowa: Odbiorcami wsparcia w ramach zadania nr 1 będą przyszli użytkownicy ICD-11, w tym przedstawiciele zawodów medycznych korzystający z ICD-10 i przygotowujący się do korzystania z ICD-11.

Opis zadania:

Zadanie nr 1 skoncentrowane jest na osiągnięciu celu głównego projektu w części dotyczącej wzrostu wiedzy o ICD-11 i umiejętności jej stosowania. Prace w ramach tego zadania będą polegały na:

- a) opracowaniu koncepcji na temat uruchomienia Akademii ICD-11 w ramach CMKP, tj. koncepcji procesu dydaktycznego prowadzącego do wzrostu wiedzy o ICD-11 i umiejętności jej stosowania w środowisku zawodów medycznych i niemedycznych w Polsce przed i po formalnym wdrożeniu ICD-11 w Polsce i realizacji tej koncepcji. W celu opracowania koncepcji powołany zostanie Zespół ekspertów w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP składający się w szczególności z pracowników CMKP posiadających wiedzę i doświadczenie w zakresie prowadzenia szkoleń dot. ICD-11 oraz weryfikacji polskiego tłumaczenia ICD-11. Zadaniem Zespołu będzie wypracowanie bazowego programu szkolenia oraz wariantów odpowiadających potrzebom zidentyfikowanych profili (grup) uczestników szkoleń (realizacja: CMKP);
- b) opracowaniu zestawu e-learningowych szkoleń dla przyszłych użytkowników ICD-11, wraz z materiałami dydaktycznymi. Koncepcję opracuje koordynator merytoryczny projektu ds. szkoleń i Akademii ICD-11 wspierany merytorycznie przez Zespół ekspertów oraz eksperci z Zespołu E-learningu CMKP wspierający obsługę kursów (realizacja: CMKP);
- c) zapewnieniu przyszłym użytkownikom ICD-11 bezpłatnego dostępu do kursów e-learningowych oraz materiałów szkoleniowych (realizacja: CMKP);
- d) przeprowadzeniu szkoleń e-learningowych i warsztatów stacjonarnych lub online dla grup docelowych (realizacja: CMKP).

Celem szczegółowym zadania nr 1 jest zapewnienie bezpłatnego wsparcia dydaktycznego głównie przedstawicielom zawodów medycznych, ale także niemedycznych, w uzyskaniu wiedzy i umiejętności posługiwania się ICD-11.

Dostosowanie poziomu wiedzy i umiejętności będzie polegało m.in. na:

- wsparciu przyszłych użytkowników ICD-11 w zakresie zagadnień technicznych związanych z wdrożeniem do polskiego systemu ochrony zdrowia klasyfikacji ICD-11. Mówiąc o przyszłych

użytkownikach należy mieć na myśli: świadczeniodawców, NFZ, GUS, podmioty prowadzące rejestry medyczne. W tej części prac konieczne wsparcie będzie polegało co najmniej na:

- a) opracowaniu zestawu nowych szkoleń e-learningowych oraz materiałów dydaktycznych na bazie pilotażu przeprowadzonego w I etapie prac w ramach projektu PO WER, umożliwiających samokształcenie połączone ze sprawdzaniem poziomu nabytej wiedzy (odpowiedzialny w tym zakresie: CMKP);
- b) przeszkoleniu przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie stosowania ICD-11 (CMKP);
- c) udostępnieniu dokumentacji integracyjnej i API producentom oprogramowania (CeZ);
- d) przeprowadzeniu szkoleń dla minimum 200 pracowników technicznych obsługujących systemy informacyjno-informatyczne poszczególnych podmiotów (wspólnie odpowiedzialni w tym zakresie: CeZ – udział przedstawiciela CeZ w szkoleniach w zakresie zagadnień technicznych, CMKP – w zakresie organizacji szkoleń).

Efekty realizacji zadania nr 1:

1.1: Opracowany zestaw kursów e-learningowych oraz materiałów dydaktycznych umożliwiających samokształcenie połączone ze sprawdzaniem poziomu nabytej wiedzy.

1.2: Minimum 2000 osób przeszkolonych w wyniku szkoleń e-learningowych prowadzących do wzrostu wiedzy i umiejętności korzystania z ICD-11.

1.3: Minimum 10 przeprowadzonych warsztatów stacjonarnych lub online prowadzących do wzrostu wiedzy i umiejętności korzystania z ICD-11.

1.4: Minimum 450 osób (w tym minimum 200 pracowników technicznych) przeszkolonych w wyniku warsztatów stacjonarnych lub online prowadzących do wzrostu wiedzy i umiejętności korzystania z ICD-11.

Kamień milowy zadania nr 1: Podniesiony poziom wiedzy o ICD-11 i poziom umiejętności jej stosowania wyrażony poprzez:

a) minimalny średni wzrost wiedzy o ICD-11 i poziomu umiejętności jej stosowania na poziomie 50%⁵ deklarowany przez minimum 2450 uczestników szkoleń oraz warsztatów,

oraz b) udostępnione kursy e-learningowe w zakresie wdrożenia ICD-11

⁵ . Minimalny średni - czyli uśredniony (dla wszystkich biorących udział w teście) wzrost wiedzy zweryfikowanej na podstawie testów ex post będzie na minimalnym poziomie 50%. Jak to zostanie obliczone: dane o procentowym wzroście wiedzy każdej z osób zostaną do siebie dodane, a suma zostanie podzielona przez liczbę osób. Otrzymana w ten sposób średnia musi być na minimalnym poziomie 50%.. Wyniki testu ex post (przeprowadzonego po szkoleniu) zostaną porównane do wyniku testu ex ante (przeprowadzonych przed szkoleniem).

Zadanie 2: Opracowanie zestawów kodów ICD-11, które powinny zostać uwzględnione w nowelizacjach poszczególnych aktów prawnych dotyczących świadczeń gwarantowanych (realizacja: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) we współpracy z MZ i Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ)).

Szacunkowy koszt: ok. 2 750 000,00 zł, tj. 14,68% budżetu projektu, w tym AOTMiT ok. 2 750 000,00 zł (koszty bezpośrednie 2 500 000,00 zł, koszty pośrednie wg stawki 10%: 250 000,00 zł),

Okres realizacji zadania: od 1 do 46 miesiąca realizacji projektu.

Grupa docelowa: Odbiorcami wsparcia w ramach zadania nr 2 będą podmioty sektora zdrowia, w szczególności przedstawiciele zawodów medycznych korzystający z przepisów prawnych dotyczących świadczeń gwarantowanych odwołujących się do kodów ICD.

Opis zadania:

Zadanie polega na ustaleniu kodów ICD-11 będących odpowiednikami kodów ICD-10 występujących w obecnie obowiązujących regulacjach prawnych dotyczących świadczeń gwarantowanych odrębnie dla każdej regulacji prawnej oraz określenie ewentualnych zmian w taryfikacji wynikających z zamiany kodów ICD-10 na kody ICD-11.

Realizacja tego zadania będzie przebiegała w ścisłej współpracy AOTMiT z ekspertami z różnych dziedzin medycyny oraz z innymi podmiotami uczestniczącymi w projekcie, a zwłaszcza MZ, a także NFZ (spośród podmiotów niebezpośrednio uczestniczących w realizacji projektu). Aktualnie trwają prace prowadzone przez AOTMiT oraz zespół projektowy Departamentu Lecznictwa w MZ mające na celu:

- a) opracowanie narzędzia informatycznego wspierającego pracę AOTMiT w zakresie określania relacji między wersją ICD-10 z 2008 roku, wersją ICD-10 z 2019 roku a ICD-11 wg trzech tabel mapujących przygotowanych przez WHO;
- b) wypracowanie podstawowego zestawu informacji potrzebnych w analizach dotyczących ustalania odpowiedników kodów ICD-10 w ICD-11 w regulacjach prawnych dotyczących świadczeń gwarantowanych oraz metodyki umożliwiającej ekspertom ustalanie tych odpowiedników, a także określenie następstw związanych z wprowadzeniem kodów ICD-11 w rozporządzeniach koszykowych dla taryfikacji świadczeń i sprawozdawczości NFZ.

Podczas realizacji zadania nr 2 wykorzystane zostaną wyniki prac obecnie realizowanego projektu PO WER wskazanych w pkt. a) i b) powyżej.

W ramach realizacji zadania nr 2 powstaną następujące produkty:

2.1 Raporty analityczne:

- 2.1.1. Raport z przeglądu literatury naukowej w zakresie różnic pomiędzy rewizją 10 a 11 ICD oraz specyfiki ICD-11 z wnioskami praktycznymi dla wdrożenia ICD-11 w Polsce (we współpracy z MZ)
- 2.1.2. Raport z przeglądu literatury w zakresie międzynarodowych doświadczeń we wdrażaniu ICD-11 z wnioskami praktycznymi dla wdrożenia ICD-11 w Polsce (we współpracy z MZ)
- 2.1.3. Zestawy złożone z kodów i opisów ICD-10 ujętych w aktualnych rozporządzeniach koszykowych⁶ i ich odpowiedników w ICD-11 rekomendowanych przez Agencję i uzgodnionych z MZ oraz skonsultowanych z NFZ, łącznie z dokumentacją uzasadniającą ten wybór (we współpracy z MZ).
- 2.1.4. Zestaw złożony z kodów i opisów ICD-10 ujętych w załącznikach, dotyczących programów lekowych, do Obwieszczenia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i ich odpowiedników w ICD-11 rekomendowanych przez Agencję i uzgodnionych z MZ oraz skonsultowanych z NFZ, łącznie z dokumentacją uzasadniającą ten wybór (dla każdego programu lekowego odrębnie) - we współpracy z MZ.

2.2 Zestaw złożony z kodów i opisów ICD-10 ujętych w obwieszczeniu MZ w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i ich odpowiedników w ICD-11, rekomendowanych przez Agencję i uzgodnionych z MZ oraz skonsultowanych z NFZ, łącznie z dokumentacją uzasadniającą ten wybór.

2.3 Raport prezentujący wyniki wraz z omówieniem metodyki prowadzonych prac (dot. pkt 2.2 - 2.4).

2.4 Wstępna lista rozpoznań ICD-11, które mogłyby zostać uwzględnione w przyszłości w rozporządzeniach koszykowych, łącznie z dokumentacją uzasadniającą ten wybór (we

⁶ Mowa tu o rozporządzeniach koszykowych z zakresu: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, opieka paliatywna i hospicyjna, programy zdrowotne, lecnictwo uzdrowiskowe.

współpracy z MZ).2.5 Raport prezentujący wyniki wraz z omówieniem metodyki prowadzonych prac (dot. pkt 2.6).

2.6 Uzgodniona MZ i skonsultowana z NFZ, lista świadczeń opieki zdrowotnej, dla których Agencja dokonała weryfikacji istniejących wycen wynikająca z zastąpienia kodów ICD-10 przez ich odpowiedniki w ICD-11 w rozporządzeniach dot. świadczeń gwarantowanych, łącznie z dokumentacją uzasadniającą dokonane ustalenia.

2.7 Pisemne opracowanie dotyczące weryfikacji istniejących wycen świadczeń opieki zdrowotnej znajdujących się na liście z pkt. 2.8, skonsultowanej z Radą ds. Taryfikacji, zawierające zweryfikowane wyceny ww. świadczeń, łącznie z dokumentacją.

2.8 Pisemne opracowanie wkładu merytorycznego do programu szkoleniowego dotyczącego zmian w systemie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych wynikających z wdrożenia ICD-11.

Kamień milowy Zadania nr 2: Opracowany i rekomendowany przez Agencję zestaw kodów ICD-11, które powinny zostać uwzględnione w nowelizacjach poszczególnych aktów prawnych dotyczących świadczeń gwarantowanych.

Zadanie 3: Uwzględnienie kodów ICD-11 w sprawozdawczości dotyczącej zgonów (realizacja: Główny Urząd Statystyczny (GUS) we współpracy z MZ i CeZ).

Szacunkowy koszt: GUS ok. 2 200 000,00 zł, (tj. 11,74% budżetu projektu, w tym koszty bezpośrednie 2 000 000,00 zł, koszty pośrednie wg stawki 10% 200 000,00 zł.)

Okres realizacji zadania: od 1 do 46 miesiąca realizacji projektu.

Grupa docelowa: Odbiorcami wsparcia w ramach zadania nr 3 będą lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych wystawiający karty zgonów oraz analitycy opracowujący statystyki uwzględniające przyczyny zgonów.

Opis zadania:

Celem zadania jest przygotowanie systemu raportowania dotyczącego zgonów oraz systemu statystyki publicznej do poprawnego funkcjonowania w warunkach stosowania klasyfikacji ICD-11.

Zadanie polega na pilotażowym zebraniu i przeanalizowaniu danych empirycznych na temat kodów ICD-11 używanych przez polski personel medyczny do określania przyczyn zgonów.

Pilotaż będzie długoterminową, kompleksową i zaplanowaną symulacją sprawozdawczości dotyczącą przyczyn zgonu, z wykorzystaniem zintegrowanych systemów dedykowanych do sporządzania i przechowywania elektronicznej karty zgonu (P1 - Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, gestor CeZ) oraz do przetworzenia danych o zgonach, w tym kodowania przyczyn zgonu (GUS).

Przeprowadzenie pilotażu musi zostać poprzedzone przygotowaniem:

- a) koncepcji pilotażu – ramowego planu, z określeniem m.in. harmonogramu działań, niezbędnej liczby uczestników (tj. osób, które będą sporządzały karty zgonu z wykorzystaniem klasyfikacji ICD-11) i wskazanego minimalnego zakresu⁷ zebranych kart zgonu na potrzeby analizy *bridge-coding* (realizacja: GUS we współpracy z MZ i CeZ).
- b) środowiska testowego do jego przeprowadzenia, które będzie zbudowane:
 - w systemie P1 w zakresie sporządzania i gromadzenia elektronicznej karty zgonu (realizacja: CeZ);
 - w infrastrukturze i systemach GUS w zakresie przetwarzania danych o zgonach (realizacja: GUS);
 - jako interfejs integrujący ww. systemy (realizacja: CeZ, GUS).

Celem pilotażu jest:

- a) przetestowanie możliwości wykorzystania ICD-11 API usprawniającego wypełnianie elektronicznej karty zgonu przyczynami w ICD-11 (realizacja: CeZ);
- b) zebranie informacji o wyszukiwanych frazach podczas wypełniania elektronicznej karty zgonu – na potrzeby dalszych analiz, wzbogacenia polskiej wersji ICD-11 o dodatkowe synonimy oraz identyfikacji potrzeb użytkowników klasyfikacji w zakresie sporządzania elektronicznej karty zgonu (realizacja: CeZ w zakresie funkcjonalności zbierania informacji o wyszukiwanych frazach; GUS we współpracy z MZ w zakresie analizy zebranych informacji i opracowania listy potencjalnych synonimów);
- c) zebranie i przetworzenie danych na potrzeby analizy *bridge-coding* pomiędzy rewizjami ICD (10 i 11) (realizacja: GUS).

⁷ W przypadku analizy porównawczej pomiędzy klasyfikacjami, sugerowana przez Eurostat wielkość próby to 30%-50% jednego roku. Odnosząc to do liczby zgonów w 2022 roku należałoby przetworzyć od 135 do 225 tysięcy kart. Zgodnie z wytycznymi wielkość próby należy jednak dostosować do poziomu szczegółowości analizy, dostępności danych do porównania, możliwości zespołu przetwarzającego dane, możliwości zespołu przeprowadzającego analizę oraz czas. Autorzy wytycznych podkreślają również, że zmniejszenie wielkości próby może prowadzić do ograniczonych możliwości analizy, jednak zalecają przeprowadzanie nawet mniejszych badań, aby uzyskać orientacyjny wpływ przyjęcia nowej klasyfikacji na zmiany w statystykach. Koncepcja pilotażu ma między innymi określić możliwy do pozyskania zakres danych, aby możliwe było przeprowadzenie odpowiednio szczegółowej analizy.

Zebrane dane będą wymagały przetworzenia w procesie kodowania przyczyn zgonu. W tym celu niezbędne jest opracowanie narzędzia walidacji (tabeli krzyżowej⁸ zmiennych płeć, wiek i przyczyny zgonu) na potrzeby kodowania w GUS przyczyn zgonów z wykorzystaniem ICD-11.

Badanie pilotażowe oraz analiza jego wyników przyczynią się do sprawnego wdrożenia ICD-11 oraz poprawy funkcjonowania systemu raportowania o zgonach i systemu statystyki publicznej w zakresie badania przyczyn zgonu.

W ramach realizacji zadania nr 3 powstaną następujące produkty:

3.1. Opracowane narzędzie walidacji na potrzeby kodowania w GUS przyczyn zgonów z wykorzystaniem ICD-11.

3.2. Opracowany raport z pilotażu kodowania przyczyn zgonu z wykorzystaniem elektronicznej karty zgonu wspomaganej funkcjonalnościami umożliwiającymi korzystanie z elektronicznej wersji ICD-11.

Kamień milowy Zadania nr 3: Kody ICD-11 uwzględnione w sprawozdawczości dotyczącej zgonów.

Zadanie 4: Optymalizacja jakości polskiej wersji klasyfikacji ICD-11 (realizacja: CMKP)

Szacunkowy koszt: CMKP ok. 4 921 400,00 zł, (tj. 26,27% budżetu projektu, w tym koszty bezpośrednie 4 474 000,00 zł, koszty pośrednie wg stawki 10% 447 400,00 zł).

Okres realizacji zadania: od 1 do 47 miesiąca realizacji projektu.

Grupa docelowa: odbiorcami wsparcia w ramach zadania nr 4 będą przyszli użytkownicy klasyfikacji ICD-11, w szczególności przedstawiciele zawodów medycznych.

Opis zadania:

Zadanie nr 4 skoncentrowane jest na osiągnięciu celu głównego w części dotyczącej przygotowania koncepcji sprawowania przez CMKP pieczy nad aktualizacjami międzynarodowej klasyfikacji medycznej ICD-11 oraz upowszechnianiem wiedzy o nich i o dobrych praktykach w środowisku medycznym (realizacja: CMKP).

⁸ Tabela krzyżowa zmiennych płeć, wiek i przyczyny zgonu opisuje zależności określające czy dany kod przyczyny zgonu może być wykorzystany jako wyjściowa przyczyna zgonu dla osoby w określonym przedziale wieku i danej płci.

Celem szczegółowym zadania jest doskonalenie polskiej wersji językowej klasyfikacji ICD-11, jej aktualizacja w kolejnych latach, w tym materiałów towarzyszących. Zadanie polega na tłumaczeniu uzupełniającym i weryfikacji pod względem medycznym dodatkowych treści, które nie podlegały tłumaczeniu w ramach Etapu I, zamieszczanych sukcesywnie na platformie tłumaczeniowej WHO, w tym kolejnych aktualizacji tekstu ICD-11, dokonywanych raz na rok na przełomie I i II kwartału każdego roku (szacuje się łącznie ok. 1500 stron tłumaczenia uzupełniającego - szacunki dokonane na podstawie tabeli Excel WHO z czerwca 2023 roku oraz danych porównawczych 2022 a 2023 rok. Do tłumaczenia zostanie po I etapie (w ramach projektu PO WER) ok. 15% tekstu źródłowego oraz aktualizacje („wprowadzane przez WHO w okresie trwania projektu”), co wynika z nieprzetłumaczenia wszystkich synonimów, a także sukcesywne uzupełnianie systemu WHO o polskie synonimy niezbędne do prawidłowego funkcjonowania wyszukiwarki (opracowanie ok. 30 000 polskich synonimów). Przetłumaczony tekst będzie podlegał weryfikacji przez lekarzy klinicystów reprezentujących różne dziedziny medycyny (ok. 35 osób) oraz konsultacji na odpowiednim etapie, w tym z ekspertami i organizacjami reprezentującymi osoby z niepełnosprawnościami. Szacowany wymiar pracy eksperta to śr. 200 h pracy na 1 osobę. Łącznie szacuje się, że niezbędne będzie zabezpieczenie ok. 7000 godzin pracy ekspertów merytorycznych, którzy będą weryfikować pod względem medycznym tłumaczenie uzupełniające ICD-11.

Optymalizacja jakości polskiej wersji klasyfikacji ICD-11 przez CMKP będzie polegać na uwzględnieniu wszystkich aktualizacji ICD-11 (tj. dodaniu nowych treści), które nastąpią w okresie realizacji projektu, wprowadzaniu bieżących korekt do tłumaczenia (tj. doskonaleniu tekstu) oraz uzupełnianiu luk w systemie informatycznym w zakresie polskiej terminologii medycznej.

W ramach tego zadania zostanie w ramach CMKP przygotowana koncepcja sprawowania przez CMKP pieczy nad przyszłymi, kolejnymi aktualizacjami polskiej wersji międzynarodowej klasyfikacji medycznej ICD-11 oraz upowszechniania wiedzy o nich.

W ramach realizacji zadania nr 4 powstaną następujące produkty:

4.1. Zoptymalizowana pod względem jakości polska wersja językowa klasyfikacji ICD-11 - liczba rozdziałów klasyfikacji wspartych w ramach projektu w zakresie podniesienia jakości terminologii.

4.2. Opracowana koncepcja sprawowania pieczy przez CMKP nad aktualizacjami polskich wersji kolejnych aktualizowanych wersji międzynarodowej klasyfikacji medycznej ICD-11 oraz upowszechnianiu wiedzy o niej (we współpracy z MZ)

Kamień milowy Zadania nr 4: Zoptymalizowana pod względem jakości polskojęzyczna wersja klasyfikacji ICD-11.

Zadanie 5: Aktualizacja, dostosowanie i udostępnienie w ramach polskich wersji narzędzi informatycznych WHO polskiej elektronicznej wersji ICD-11 udostępnionej przez WHO (realizacja CeZ)

Szacunkowy koszt: CeZ ok. 5 742 000,00 zł, (tj. 30,65% budżetu projektu, w tym koszty bezpośrednie 5 220 000,00 zł, koszty pośrednie wg stawki 10% 522 000,00 zł.)

Okres realizacji zadania: od 1 do 46 miesiąca realizacji projektu.

Opis zadania:

Celem zadania jest udostępnienie on-line polskojęzycznej klasyfikacji ICD-11 i umożliwienie korzystania z niej wszystkim użytkownikom systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dodatkowo realizacja zadania pozwoli na bieżący monitoring zmian technologicznych wprowadzanych przez WHO i kolejno aktualizację przygotowanych i udostępnionych w ramach I etapu (w projekcie PO WER) narzędzi informatycznych zgodnie ze zmianami realizowanymi po stronie WHO. Udostępnienie on-line elektronicznej polskiej wersji klasyfikacji ICD-11 oraz bieżąca modyfikacja zgodnie ze zmianami wprowadzanymi przez WHO informatycznych narzędzi wspomagających przyczyni się do sprawniejszego procesu wdrożenia w Polsce klasyfikacji ICD-11 i kolejno poprawy wymiaru diagnostycznego, gdyż użyty zestaw kodów⁹ umożliwia precyzyjne zakodowanie diagnozy.

Wprowadzenie klasyfikacji ICD-11 do polskiego systemu ochrony zdrowia oznacza konieczność dostosowania się podmiotów korzystających z międzynarodowej klasyfikacji chorób do korzystania z klasyfikacji ICD-11, w tym dostosowania funkcjonujących w podmiotach systemów informatycznych. W związku z tym w ramach zadania zaplanowano w okresie realizacji projektu świadczenie wsparcia doradczego w zakresie technicznym dla podmiotów, które zgodnie z realizowanymi zadaniami korzystają z klasyfikacji chorób i będą zobligowane do wdrożenia i wykorzystywania w swoich procesach klasyfikacji ICD-11.

⁹ Linearyzacja jest to zestaw kodów (część klasyfikacji) dedykowany danej dziedzinie medycyny. WHO ma zaprojektowane linearyzacje dotyczące POZ, okulistyki, onkologii, neurologii i śmiertelności i zachorowalności, na tę chwilę udostępnia za pomocą API wyłącznie tę ostatnią (MMS - Mortality and morbidity statistics) jest to właśnie linearyzacja którą my prezentujemy. Mamy przewidzianą opcję wyboru linearyzacji w momencie ich udostępnienia przez WHO - będzie się to wiązało z nakładem pracy.

W ramach realizacji zadania nr 5 powstaną następujące produkty:

5.1. Raport techniczny z dostosowania platformy CeZ (RSK 3.0) do obrazu API WHO z polską wersją klasyfikacji ICD-11;

5.2 Raport z liczby wizyt i pobrań zasobów ICD-11;

5.3 Raport z aktualizacji polskich narzędzi dostarczanych w ramach I etapu projektu (I etap to projekt PO WER).

Zadania Lidera (MZ):

Poza zadaniami wynikającymi z roli Lidera Projektu i Beneficjenta Projektu Zespół DL będzie uczestniczył w realizacji wybranych zadań wymienionych w punktach - 2-4 celu głównego dotyczących:

- w

- **w zadaniu nr 2** (Opracowanie zestawów kodów ICD-11, które powinny zostać uwzględnione w nowelizacjach poszczególnych aktów prawnych dotyczących świadczeń gwarantowanych) współudział w opracowaniu przez AOTMiT produktów wymienionych w punktach: 2.1; 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.2, 2.4.

- **w zadaniu nr 3** (Uwzględnienie kodów ICD-11 w sprawozdawczości dotyczącej zgonów) w części prac wymienionych w punkcie 3.1 współudział w opracowaniu przygotowywanej przez GUS koncepcji pilotażu dotyczącego określania przyczyn zgonu za pomocą kodów ICD-11 jako element konieczny poprzedzający przygotowanie produktu 3.2 raport z pilotażu,

- **w zadaniu nr 4** (Optymalizacja jakości polskiej wersji klasyfikacji ICD-11) współudział w opracowaniu przez CMKP punktu 4.2 dotyczącego koncepcji sprawowania przez ten podmiot pieczy nad aktualizacjami polskiej wersji międzynarodowej klasyfikacji medycznej ICD-11 oraz upowszechnianiu wiedzy o niej. .

Ponad to zespół DL będzie: (a) kontynuował prace dotyczące programu wdrażania ICD-11 (w części ogólnej i szczegółowej), (b) utrzymywał kontakty z podmiotami krajowymi, WHO i innymi podmiotami zagranicznymi w celu realizacji wymienionych zadań i wspierania partnerów w ich pracach realizowanych w Projekcie.

Szacowany koszt wyżej wymienionych prac w ramach Zadań Lidera: ok. 1346 862,00 zł, tj. ok. 7,13 % budżetu projektu (koszty bezpośrednie 1 224 420 zł,00, koszty pośrednie wg stawki 10% 122 442,00 zł)

Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?

- Tak

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

Partner nr 1: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Zadania, w realizacji których partner będzie brał udział: nr 1 i 4.

Uzasadnienie wyboru partnera:

CMKP z siedzibą w Warszawie jest jedynym podmiotem umocowanym przepisami prawa do programowania, organizowania, prowadzenia oraz koordynowania kształcenia podyplomowego lekarzy w Polsce. Ponadto CMKP realizuje jako jeden z trzech podmiotów tworzących partnerstwo projekt etapu I-ego.

Kompetencje CMKP w tym zakresie regulują przed wszystkim następujące przepisy:

- ustawa z dnia 13 września 2018 roku o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (Dz.U. 2018 poz. 2024), art. 3, określa podstawową działalność CMKP jako kształcenie podyplomowe w obszarze nauk medycznych, samodzielne organizowanie i realizowanie elementów kształcenia podyplomowego lekarzy oraz koordynowanie i kontrolowanie zadań realizowanych przez inne podmioty w zakresie szkolenia specjalizacyjnego oraz nadawanie uprawnień do prowadzenia takiego szkolenia;
- ustawa z dnia 05 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2022 r. poz. 1731 z późn.zm.) wskazuje CMKP jako instytucję właściwą do koordynowania i zarządzania procesem tworzenia i nowelizacji programów specjalizacji, udzielania akredytacji jednostkom organizacyjnym (podmiotom leczniczym) do prowadzenia kształcenia w formie specjalizacji, koordynacji organizacji kursów specjalizacyjnych oraz szkoleniowych, przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego na specjalizacje oraz kontroli i monitorowania realizacji szkolenia specjalizacyjnego;
- ustawa z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2527 z późn. zm.) określająca CMKP jako podmiot uprawniony do realizacji kursów dla lekarzy POZ;
- ustawa z dnia 24 lutego 2017 roku o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2023 poz. 506 z późn. zm.);
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 poz. 991 z późn. zm.);

- ustawa z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2023 poz. 742 z późn. zm);

- statut CMKP (Uchwała nr 189 Rady Naukowej CMKP z dn. 26 czerwca 2019 roku), który wskazuje, że celem działania CMKP jest: przygotowanie wyspecjalizowanej kadry do działania w systemie ochrony zdrowia (<https://cmkp.bip.gov.pl/status-prawny/statut-cmkp.html>).

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

CMKP współpracuje także ze wszystkimi podmiotami systemu kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, tj. uczelniami medycznymi, instytutami badawczymi, konsultantami krajowymi wszystkich dziedzin medycyny oraz towarzystwami naukowymi, właściwymi samorządami zawodów medycznych, wojewódzkimi centrami zdrowia publicznego oraz innymi instytucjami i organizacjami prowadzącymi działalność dydaktyczną i naukowo-badawczą oraz leczniczą w kraju i za granicą.

CMKP posiada również doświadczenie w realizacji kilku złożonych, wieloaspektowych, wysokobudżetowych projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej zakończonych pełnym sukcesem.

W związku z powyższym, udział CMKP jako partnera w projekcie jest nieodzowny, ponieważ jest to podmiot posiadający kompetencje ustawowe w zakresie koordynowania i kształcenia specjalizacyjnego lekarzy oraz posiadający wieloletnie doświadczenie w realizacji kursów oraz realizacji projektów szkoleniowych współfinansowanych ze środków unijnych. Właściwe przygotowanie koncepcji procesu dydaktycznego prowadzącego do wzrostu wiedzy o ICD-11 i umiejętności jej stosowania w środowisku zawodów medycznych w Polsce i skoordynowanie jej realizacji jest jednym z czynników sukcesu wdrożenia ICD-11 w polskim systemie ochrony zdrowia. CMKP jest gwarantem wysokiej jakości merytorycznej tych działań. Ponadto, w wyniku prac w ramach zadania nr 4, CMKP będzie po zakończeniu projektu pełnić funkcję tzw. „WHO collaborative center” sprawującego pieczę nad polskimi wersjami międzynarodowych klasyfikacji medycznych m.in. w celu ich stałej aktualizacji i upowszechniania wiedzy o nich.

Partner nr 2: Centrum e-Zdrowia

Zadania, w realizacji których partner będzie brał udział: nr 1, 3 i 5.

Uzasadnienie wyboru partnera:

CeZ jest instytucją odpowiedzialną za proces informatyzacji obszaru ochrony zdrowia w Polsce w tym w szczególności za: za budowę centralnej platformy usług publicznych w zakresie zdrowia (Projekt P1), a także za kwestie techniczne dotyczące komunikacji systemów oraz standardów wymiany informacji, w tym w szczególności wskazaną, w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia, do administrowania i utrzymywania Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1), a także Platformy Udostępniania On – Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych systemów teleinformatycznych obsługujących system informacji w ochronie zdrowia oraz większości wymienionych w ustawie dziedzinowych systemów teleinformatycznych, jak również w ustawie z dnia 5 lipca 2018 roku o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa jako operator usługi kluczowej. Należy podkreślić, że CeZ w I etapie wdrażania klasyfikacji ICD-11 w Polsce w ramach realizowanego projektu PO WER odpowiedzialne było za dostosowanie platformy Rejestru Systemów Kodowania (RSK) do wymogów technicznych przekazanych przez WHO, w celu wdrożenia polskiej wersji narzędzi dla obsługi klasyfikacji. Tym samym organizacja, zdobyła bezcenne doświadczenie i wiedzę technologiczną unikatową w skali kraju, w zakresie m.in.: API WHO, HL7 FHIR¹⁰ czy linearyzacji. W związku z powyższym udział CeZ w II etapie wdrażania klasyfikacji ICD-11, jako partnera w projekcie jest uzasadniony i niezbędny, z uwagi na zakres planowanych prac, doświadczenie oraz kompetencje organizacyjne i eksperckie.

Partner nr 3: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Zadania, w realizacji których partner będzie brał udział: nr 2.

Uzasadnienie wyboru partnera:

AOTMiT jest opiniodawczo-doradczą jednostką organizacyjną podległą ministrowi właściwemu ds. zdrowia. Od 2005 roku Agencja wspiera ministra właściwego ds. zdrowia w procesie podejmowania decyzji dotyczących finansowania świadczeń lekowych i nielekowych w systemie ochrony zdrowia. Kompetencje Agencji w tym zakresie regulują przed wszystkim następujące przepisy: _____

¹⁰ HL7 – organizacja wyznaczająca standard komunikacji oraz wymianie danych w domenie medycznej - <https://www.hl7.org> https://en.wikipedia.org/wiki/Health_Level_7

FHIR – standard komunikacji opracowany przez organizację HL7 <https://www.hl7.org/fhir/>
https://en.wikipedia.org/wiki/Fast_Healthcare_Interoperability_Resources

- zarządzenie Ministra Zdrowia z 1 września 2005 roku w sprawie utworzenia Agencji Oceny Technologii Medycznych (Dz. Urz. MZ z 2005 r. Nr 13 poz. 56), jako państwowej jednostki budżetowej podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w którym to zarządzeniu wskazano zadanie Agencji, tj. dokonywanie oceny procedur medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem procedur medycznych będących przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- ustawa z 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. z 2009 r. Nr 118, poz. 989), w oparciu o którą Agencja uzyskała status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną;
- ustawa z 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w oparciu o którą Agencja otrzymała kolejne zadania dotyczące taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej; nowelizacja ustawy wprowadziła zmianę nazwy Agencji na Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), oraz podział zakresu kompetencji na dwie główne dziedziny działalności: ocenę technologii medycznych i wycenę świadczeń gwarantowanych;

W czerwcu 2019 roku w związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach, Agencja otrzymała nowe zadanie ustawowe dotyczące inicjowania, wspierania i prowadzenia analiz oraz badań naukowych i prac rozwojowych w zakresie oceny technologii medycznych, taryfikacji świadczeń oraz sporządzania oceny założeń do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. W drodze kolejnych nowelizacji aktów prawnych zakres zadań Agencji i jej uprawnienia uległy dalszemu poszerzeniu w ramach wskazanych wyżej dwóch obszarów.

Agencja aktualnie uczestniczy w realizacji projektu na I-ym etapie. Konieczne jest kontynuowanie przez Agencję prac w projekcie etapu II-go, ponieważ realizacja zadania nr 2 wymaga co najmniej:

- przeprowadzenia analiz z udziałem ekspertów poszczególnych dziedzin medycyny w celu określenia zestawów kodów głównych i uzupełniających ICD-11 dla każdego rozporządzenia koszykowego i programu lekowego oraz katalogu chemioterapii wraz z uzasadnieniem;
- udzielania odpowiedzi na pytania komórek merytorycznych MZ i NFZ przygotowujących projekty nowelizacji ustaw oraz rozporządzeń MZ dotyczących świadczeń gwarantowanych odwołujących się do kodów ICD-10 oraz zarządzeń Prezesa NFZ;
- udziału w uzgodnieniach zewnętrznych poszczególnych regulacji prawnych i w pracach dotyczących ewentualnych sposobów rozliczania i wyceny świadczeń gwarantowanych.

Zadania, w realizacji których partner będzie brał udział: nr 3.

Uzasadnienie wyboru partnera:

Celem badania statystycznego "Zgony. Umieralność. Trwanie życia" jest dostarczenie informacji o zgonach, które są jednym z podstawowych elementów ruchu naturalnego ludności, powodującym zmiany w liczbie i strukturze ludności. Statystyka zgonów stanowi główny element bilansów ludności w okresach międzypisowych, umożliwiając prowadzenie pogłębionych badań dotyczących uwarunkowań rozwoju ludności, pozwalających na obserwację podstawowych procesów demograficznych w zakresie umieralności i trwania życia.

Użytkownicy, których potrzeby uwzględnia badanie:

- administracja rządowa;
- administracja samorządowa - gmina, miasto;
- placówki naukowe oraz badawcze, uczelnie (nauczyciele akademicki i studenci);
- administracja samorządowa – województwo;
- administracja samorządowa – powiat;
- media ogólnopolskie i terenowe;
- Eurostat i inne zagraniczne instytucje statystyczne;
- organizacje międzynarodowe;
- odbiorcy indywidualni;
- inny użytkownik.

W obszarze umieralności opracowuje się współczynniki zgonów według płci i wieku oraz według przyczyn zgonów. Obecnie GUS przetwarza dane dotyczące przyczyn zgonu wg obowiązującej 10 rewizji klasyfikacji ICD.

Wprowadzenie nowej rewizji ICD będzie wymagało dostosowania systemów informatycznych do obsługi badania statystycznego w GUS, interfejsów z systemami dostarczającymi dane (planowane do wdrożenia w zakresie elektronicznej karty zgonu oraz zmian w zakresie dostarczania danych z aktów zgonu), jak też narzędzi do walidacji danych.

Badania pilotażowe przyczynią się do sprawniejszego wdrożenia ICD-11 w zakresie badania przyczyn zgonów.

Czy projekt będzie projektem grantowym?

- Nie

Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok): 4 kwartał 2023 roku

Przewidywany okres realizacji projektu (od-do): 1 stycznia 2024-30 listopada 2027 roku.

Szacowany budżet Projektu

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

- w roku 2024: 5 968 626,00 zł.
 - w roku 2025: 6 151 372,00 zł.
 - w roku 2026: 4 734 161,00 zł.
 - w roku 2027: 2 027 803,00 zł.
- ogółem: 18 881 962,00 zł.

Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN): Nie

Szacowany wkład UE (PLN): 15 581 395,40 zł, tj. 82,52% wartości projektu ogółem.

Cross-financing (uzupełnij): nie dotyczy

Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami

Wskaźniki Rezultatu

Nazwa wskaźnika rezultatu do zadania 1: Wzrost wiedzy o ICD-11 i wzrost poziomu umiejętności jej stosowania.

Wartość docelowa dla projektu: co najmniej 50% wzrost wiedzy o ICD-11 i wzrost poziomu umiejętności jej stosowania wśród osób objętych wsparciem w formie szkoleń i warsztatów (zarówno stacjonarnych, jak i e-learningowych oraz hybrydowych) w projekcie, tj. minimum 2450 osób.

Wskaźnik rezultatu odzwierciedli rezultat realizacji całego zadania po jego zakończeniu, tj. minimalny średni wzrost wiedzy o 50% . Możliwe będzie jednocześnie śledzenie postępów poprzez zbieranie danych ex ante i ex post (badanie poziomu wiedzy przed i po szkoleniach oraz warsztatach).

Nazwa wskaźnika rezultatu do zadania 4: Uwzględnione w polskim tłumaczeniu ICD-11 wszystkie aktualizacje, które zostały dokonane przez WHO w okresie realizacji projektu.

Wartość docelowa dla projektu: aktualizacje, które zostały dokonane przez WHO w okresie od 1 stycznia 2024 – 30.czerwca 2027, uwzględnione w polskim tłumaczeniu ICD-11

Na podstawie szacunków zmian wprowadzonych przez WHO do ICD-11 w okresie luty 2022 - sierpień 2023 szacować można, że zmiany na platformie rozwojowej, na której przebiegają prace tłumaczeniowe i weryfikacyjne klasyfikacji ICD-11, będą nie mniejsze niż ok. 1000 stron tłumaczeniowych rocznie (liczba stron jest bardziej miarodajna do oceny nakładu pracy aniżeli liczba aktualizacji, które bardzo różnią się od siebie pod względem objętości zmian). Zależy to m.in. od aktywności państw wdrażających ICD-11 i zgłaszających uzupełnienia do tekstu źródłowego ICD-11.

Wskaźniki Produktu

Nazwy wskaźników produktu do zadania 1: Podniesienie poziomu wiedzy o ICD-11 i poziomu umiejętności jej stosowania

Wskaźnik produktu nr 1.1: Opracowany zestaw kursów e-learningowych oraz materiałów dydaktycznych umożliwiających samokształcenie połączone ze sprawdzaniem poziomu nabytej wiedzy.

Wartość docelowa dla projektu: 1

Wskaźnik produktu nr 1.2: Liczba osób przeszkolonych w wyniku szkoleń e-learningowych prowadzących do wzrostu wiedzy i umiejętności korzystania z ICD-11.

Wartość docelowa dla projektu: 2000 osób .

Wskaźnik produktu nr 1.3: Liczba przeprowadzonych warsztatów stacjonarnych lub online prowadzących do wzrostu wiedzy i umiejętności korzystania z ICD-11.

Wartość docelowa dla projektu: 10

Wskaźnik produktu nr 1.4: Liczba osób przeszkolonych w wyniku warsztatów stacjonarnych/ online prowadzących do wzrostu wiedzy i umiejętności korzystania z ICD-11.

Wartość docelowa dla projektu: 450 osób

Nazwy wskaźników do zadania 2 Opracowanie zestawów kodów ICD-11, które powinny zostać uwzględnione w nowelizacjach poszczególnych aktów prawnych dotyczących świadczeń gwarantowanych.

Wskaźnik produktu: 2.1 Raporty analityczne dotyczące:

- 2.1.1 Różnic pomiędzy rewizją 10 a 11 ICD oraz specyfiki ICD-11
- 2.1.2 Międzynarodowych doświadczeń we wdrażaniu ICD-11

Wartość docelowa wskaźnika: 2

Wskaźnik produktu 2.2 Zestawy złożone z kodów i opisów ICD-10 i ich odpowiedników w ICD-11 dla wybranych rozporządzeń koszykowych

Wartość docelowa wskaźnika: 7

Wskaźnik produktu 2.3 Zestaw złożony z kodów i opisów ICD-10 i ich odpowiedników w ICD-11, dotyczący programów lekowych.

Wartość docelowa wskaźnika: 1 (wg. stanu obowiązującego na 01.07.2023 r. liczba programów lekowych wynosi 115¹¹)

Wskaźnik produktu 2.4 Zestaw złożony z kodów i opisów ICD-10 i ich odpowiedników w ICD-11, dotyczący refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Wartość docelowa wskaźnika: 1

Wskaźnik produktu 2.5 Raport prezentujący wyniki wraz z omówieniem metodyki prowadzonych prac (dot. pkt 2.2-2.4)

Wartość docelowa wskaźnika: 1

¹¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2023 r. Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-20-czerwca-2023-r-w-sprawie-wykazu-lekow-refundowanych-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-lipca-2023-r> (wejście na stronę 26.06.2023)

Wskaźnik produktu 2.6 Wstępna lista rozpoznań ICD-11, które mogłyby zostać uwzględnione w przyszłości w rozporządzeniach koszykowych.

Wartość docelowa wskaźnika: 1

Wskaźnik produktu: 2.7 Raport prezentujący wyniki wraz z omówieniem metodyki prowadzonych prac (dot. pkt 2.6)

Wartość docelowa wskaźnika: 1

Wskaźnik produktu 2.8 Lista świadczeń opieki zdrowotnej, dla których Agencja dokonała weryfikacji wyceny, wynikająca z zastąpienia kodów ICD-10 przez ich odpowiedniki w ICD-11.

Wartość docelowa wskaźnika: 1

Wskaźnik produktu 2.9 Pisemne opracowanie dotyczące weryfikacji wycen świadczeń opieki zdrowotnej znajdujących się na liście z pkt 2.8.

Wartość docelowa wskaźnika: 1

Wskaźnik produktu 2.10 Pisemne opracowanie wkładu merytorycznego do programu szkoleniowego dotyczącego zmian w systemie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych wynikających z wdrożenia ICD-11

Wartość docelowa wskaźnika: 1

Nazwy wskaźników produktu do zadania 3 Uwzględnienie kodów ICD-11 w sprawozdawczości dotyczącej zgonów

Wskaźnik produktu nr 3.1: Opracowane narzędzie walidacji na potrzeby kodowania przyczyn zgonów z wykorzystaniem ICD-11.

Wartość docelowa dla projektu: 1

Wskaźnik produktu nr 3.2: Opracowany raport z pilotażu stosowania narzędzia walidacji na potrzeby kodowania przyczyn zgonów

Wartość docelowa dla projektu: 1

III FIZKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY¹²

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

Nazwy wskaźników produktu do zadania 4 Optymalizacja jakości polskiej wersji klasyfikacji ICD-11:

Wskaźnik produktu nr 4.1: Zoptymalizowana pod względem jakości polska wersja klasyfikacji ICD-11 - liczba rozdziałów klasyfikacji wspartych w ramach projektu w zakresie podniesienia jakości terminologii.

Wartość docelowa dla projektu: 26 Wskaźnik produktu nr 4.2: Opracowana koncepcja sprawowania pieczy przez CMKP nad kolejnymi aktualizacjami polskiej wersji międzynarodowej klasyfikacji medycznej ICD-11 oraz upowszechnianiu wiedzy o tych aktualizacjach.

Wartość docelowa dla projektu: 1

Nazwy wskaźników produktu do zadania 5: Aktualizacja, dostosowanie i udostępnienie w ramach polskich wersji narzędzi informatycznych WHO, polskiej elektronicznej wersji ICD-11 udostępnionej przez WHO

Wskaźnik produktu nr 5.1. Raport techniczny z dostosowanie platformy CeZ (RSK 3.0) do obrazu API WHO z polską wersją klasyfikacji ICD-11

Wartość docelowa dla projektu: 1

Wskaźnik produktu nr 5.2 Raport z liczby wizyt i pobrań zasobów ICD-11.

Wartość docelowa dla projektu: 1

Wskaźnik produktu nr 5.3 Raport z aktualizacji polskich narzędzi dostarczanych w ramach I etapu projektu (I etap to projekt PO WER).

Wartość docelowa dla projektu: 1

Kryteria dostępu:

1. Nie dotyczy

¹² Istnieje możliwość przedstawienia informacji nt. projektu w postaci fiszki projektu realizowanego w procedurze niekonkurencyjnej używanej przez Instytucję, jeśli w tej fiszce znajdują się wszystkie informacje wymagane oficjalnym wzorem planu działań Komitetu Sterującego, natomiast w przypadku gdy taki dokument nie zawiera wszystkich wymaganych wzorem informacji, konieczne jest uzupełnienie brakujących elementów w Planie działań.

III.1 NUMER PROJEKTU W PD skrótowa nazwa programu - skrót nazwy województwa . numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu. Przykład: WD.1.P.1.	FERS.4.P.5
III.2 DZIAŁANIE numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (część Numer i nazwa działania FERS).
III.3 Fundusz skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy	EFS+
III.4 Cel szczegółowy numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.	Cel szczegółowy: 4(g) Wspieranie uczenia się przez całe życie, w szczególności elastycznych możliwości podnoszenia i zmiany kwalifikacji dla wszystkich, z uwzględnieniem umiejętności w zakresie przedsiębiorczości i kompetencji cyfrowych (...)
III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).
III.6 Zakres terytorialny inwestycji pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).	ogólnopolski
	Województwo:
	Powiat:
	TERYT powiat:
PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE	
III.7 Tytuł projektu	Kompetencje cyfrowe w ochronie zdrowia – szkolenia z rozwiązań IT wdrażanych przez Centrum e-Zdrowia.
III.8 Beneficjent nazwa beneficjenta, adres jego siedziby	Centrum e-Zdrowia ul, Dubois 5A, 00-184 Warszawa
III.9 Cel główny projektu cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).
III.10 Opis projektu zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).

<p>III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”¹³ nazwa adekwatnego celu z dokumentu „Zdrowa Przyszłość” – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy w razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie</p>	<p>Cel 3.1 [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych</p> <p>Cel 3.3 [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia</p> <p>Cel 3.4 [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-zdrowia</p>			
<p>III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta</p>	<p>Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).</p>			
<p>III.13 Opis zgodności projektu z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych i Krajowym / Wojewódzkim Planem Transformacji zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu oraz Krajowego lub Wojewódzkiego Planu Transformacji</p>	<p>Realizacja Projektu przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji w szczególności w: Część 2.4. Podstawowa opieka zdrowotna: Działanie 2.4.2. Zwiększenie zakresu kompetencji lekarza i pielęgniarki POZ przez premiowanie ustawicznego szkolenia i podnoszenia kwalifikacji przez personel POZ; Działanie 2.4.7. Rozwój telemedycyny przez: działania zmierzające do zwiększenia dojrzałości cyfrowej podmiotów leczniczych oraz do rozwoju kompetencji cyfrowych personelu (istotnym elementem każdej nowej usługi jest dbałość o jakość dostarczanych przez to rozwiązanie procedur, również w zakresie telemedycyny); Działanie 2.4.8. Rozwijanie i upowszechnianie nowoczesnych form udzielania świadczeń opieki zdrowotnej łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna) na poziomie POZ - Liczba osób stanowiących personel medyczny, które podniosły kwalifikacje w zakresie telemedycyny i e-zdrowia w wyniku przeprowadzonych szkoleń. Projekt jest również spójny z Mapami Potrzeb Zdrowotnych (MPZ). Z analizy zawartej w MPZ wynika, że personel medyczny (zarówno lekarze jak i pielęgniarki) posiada niewystarczającą wiedzę i umiejętności w zakresie posługiwania się rozwiązaniami cyfrowymi w zakresie stosowania procedur telemetrycznych. Projekt wpisuje się w rekomendowany kierunek działań określony w MPZ: Poprawa dostępności cyfrowej poprzez rozwój usług cyfrowych i telemetrycznych, a także rozwój kompetencji cyfrowych kadry medycznej realizującej gwarantowane świadczenia zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie w zakresie czynności niewymagających osobistego stawiennictwa pacjenta.</p>			
<p>III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie rok oraz kwartał [RRRR.KW]</p>	<p>Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie).</p>			
<p>III.15 Przewidywany okres realizacji projektu orientacyjna informacja dotycząca roku oraz kwartału rozpoczęcia/zakończenia realizacji projektu</p>	<p>Data rozpoczęcia</p>	<p>[RRRR.KW]</p>	<p>Data zakończenia</p>	<p>[RRRR.KW]</p>

¹³ Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

III.16 Opinia Ministra Zdrowia Oświadczenie o posiadaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, o ile projekt dotyczy zakresu: - e-zdrowia, dostępności placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i telemedycyny, - psychiatrii, - kształcenia kadr medycznych i okołomedycznych.	Nd.
---	-----

SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU

Szacowana kwota wydatków w projekcie

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

ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI

III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba osób, które podniosły swoje kompetencje dzięki udziałowi w szkoleniach organizowanych w ramach Projektu	liczba	4 815	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
-----------------	-----------	---	--

Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, objętych wsparciem w zakresie działań projakościowych	liczba	800	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

FERS.4.P.5

Tytuł lub zakres projektu: **Kompetencje cyfrowe w ochronie zdrowia – szkolenia z rozwiązań IT wdrażanych przez Centrum e-Zdrowia.**

Informacje o instytucji opracowującej fiskę:

Numer i nazwa Priorytetu: 4 - Spójność społeczna i zdrowie

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych: Dariusz Juszczyński - Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II, Departament Oceny Inwestycji MZ, e-mail: d.juszczyński@mz.gov.pl, nr tel.: 880 340 050.

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

Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny

Podstawowe informacje o Projekcie:

Typ projektów FERS: Podnoszenie jakości zarządzania świadczeniami zdrowotnymi

Podmiot, który będzie wnioskodawcą: **Centrum e-Zdrowia**

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

Projekt może być wybrany w sposób niekonkurencyjny, gdyż spełnia warunek określony w ustawie wdrożeniowej, dotyczący strategicznego znaczenia dla społeczno-gospodarczego rozwoju kraju.

Strategiczne znaczenie projektu dla społeczno-gospodarczego rozwoju kraju wynika m.in.: z dokumentu „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, który przedstawia m.in. strategiczne podejście do realizacji zadań z zakresu informatyzacji obszaru ochrony zdrowia w Polsce.

Projekt wpisuje się w realizację takich celów ww. dokumentu jak:

Cel 3.1 [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych

Cel 3.3 [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia

Cel 3.4 [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-zdrowia

Jednym z kierunków interwencji określonych w powyższym dokumencie jest kierunek nr 5. - rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia. Cyfrowe technologie umożliwiają zapewnienie szybkiego dostępu do informacji na temat opieki zdrowotnej, ułatwiają diagnozowanie i leczenie, a także poprawiają dostęp do opieki dla pacjentów w domu oraz w placówkach opieki zdrowotnej. Wachlarz planowanych do wdrożenia nowych rozwiązań jest szeroki i stale się rozrasta, co wpływa na konieczność dostarczenia stałego dostępu do szkoleń dla kadry medycznej.

Zasadność realizacji projektu potwierdza kierunek interwencji nr 5 na lata 2021-2027 w ramach:

- Narzędzia 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia;
- Narzędzia 5.2 Budowa kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów i kadry medycznej oraz działania na rzecz zwiększenia dojrzałości cyfrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Opis zgodności projektu z Krajowym/Wojewódzkim Planem Transformacji:

Projekt „Kompetencje cyfrowe w ochronie zdrowia – szkolenia z rozwiązań IT wdrażanych przez Centrum e-Zdrowia” przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji w szczególności w Część 2.4. Podstawowa opieka zdrowotna:

- Działanie 2.4.2. Zwiększenie zakresu kompetencji lekarza i pielęgniarki POZ przez premiowanie ustawicznego szkolenia i podnoszenia kwalifikacji przez personel POZ;
- Działanie 2.4.7. Rozwój telemedycyny przez: działania zmierzające do zwiększenia dojrzałości cyfrowej podmiotów leczniczych oraz do rozwoju kompetencji cyfrowych personelu (istotnym elementem każdej nowej usługi jest dbałość o jakość dostarczanych przez to rozwiązanie procedur, również w zakresie telemedycyny);
- Działanie 2.4.8. Rozwijanie i upowszechnianie nowoczesnych form udzielania świadczeń opieki zdrowotnej łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna) na poziomie POZ - Liczba osób stanowiących personel medyczny, które podniosły kwalifikacje w zakresie telemedycyny i e-zdrowia w wyniku przeprowadzonych szkoleń.

Projekt jest również spójny z Mapami Potrzeb Zdrowotnych (MPZ).

Z analizy zawartej w MPZ wynika, że personel medyczny (zarówno lekarze jak i pielęgniarki) posiada niewystarczającą wiedzę i umiejętności w zakresie posługiwania się rozwiązaniami cyfrowymi w zakresie stosowania procedur telemedycznych. Projekt wpisuje się w rekomendowany kierunek działań określony w MPZ: Poprawa dostępności cyfrowej poprzez rozwój usług cyfrowych i telemedycznych, a także rozwój kompetencji cyfrowych kadry medycznej realizującej gwarantowane świadczenia

zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie w zakresie czynności niewymagających osobistego stawiennictwa pacjenta.

Projekt odpowiada również na kierunki interwencji wyznaczone w „Programie rozwoju e-zdrowia w Polsce na lata 2022 – 2027”, tj. wzmocnienie dojrzałości cyfrowej usługodawców (cel 2.3 Edukacja pracowników medycznych i technicznych).

Projekt będzie realizowany przez Centrum e-Zdrowia (dalej: CeZ lub Centrum) ze względu na następujące przesłanki :

1. Wiedzę wnioskodawcy i pozycję lidera w obszarze informacji, wiedzy technicznej, organizacyjnej, znajomości procesów czy w końcu doświadczeń i praktyki wynikających z odpowiedzialności za zaplanowanie, przygotowanie i wdrożenie w systemie ochrony zdrowia w Polsce centralnych rozwiązań informatycznych takich jak np. e-recepta, e-skierowanie, Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM) czy Internetowe Konto Pacjenta (IKP).

Zgodnie ze Statutem Centrum (zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 czerwca 2020 r. w sprawie Centrum e-Zdrowia) - CeZ jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie realizacji zadań dot. rozwoju e-zdrowia w szczególności: budowy, wdrażania, rozwoju i utrzymania systemów teleinformatycznych i udostępniania e-usług dla pacjentów, osób wykonujących zawód medyczny, podmiotów wykonujących działalność leczniczą i innych interesariuszy systemu zdrowia w celu poprawy jakości i dostępności usług medycznych i optymalizacji procesów funkcjonujących w systemie zdrowia.

2. stopień skomplikowania i niepowtarzalność innowacyjnych rozwiązań technologicznych wdrażanych przez CeZ, m.in.:
 - a. Systemu e-Zdrowia P1¹⁴, który stanowi podstawę cyfrowego ekosystemu usług medycznych w Polsce. System e-Zdrowia P1 gromadzi w jednym miejscu m.in.: dane o przebiegu leczenia, jak np. e-recepty, e-skierowania czy historię wizyt, do których pacjenci i pacjentki mają wygodny i łatwy dostęp poprzez indywidualne Internetowe Konto Pacjenta;
 - b. innych rozwiązań IT udostępnianych przez CeZ oraz towarzyszących temu licznych uzgodnień związanych m.in. z implementacją standardów gromadzenia i wymiany danych medycznych czy gromadzenia danych i tworzenia centralnych rejestrów nt. żywych dawców, informacji o przeszczepieniach narządów i tkanek, dawcach szpiku i krwi pępowinowej, a także osób czekających na przeszczep (system e-transplant).
3. odpowiedzialność Wnioskodawcy m.in. za budowę, rozwój i utrzymanie:

¹⁴ <https://www.cez.gov.pl/pl/nasze-produkty/e-zdrowie-p1>

- a. Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (System e-zdrowie - P1);
 - b. Platformy Udostępniania On – Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych;
 - c. dziedzinowych systemów teleinformatycznych;
o których mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
4. odpowiedzialność i inicjowanie przez Wnioskodawcę działań na rzecz rozwoju interoperacyjności w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce. W tym celu powołana została w CeZ Rada ds. Interoperacyjności. Zadaniem Rady jest rekomendowanie standardów interoperacyjności na poziomie technicznym, semantycznym czy organizacyjnym, wskazywanie kierunków systemu prawnego i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia w zakresie niezbędnym dla osiągnięcia interoperacyjności funkcjonujących na rynku rozwiązań. W skład Rady wchodzi przedstawiciele i przedstawicielki wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia m.in: samorządów zawodowych, organizacji pozarządowych, dostawców oprogramowania czy NFZ.
5. uczestnictwo w procesie opiniowania założeń dla przedsięwzięć informatycznych zaplanowanych do realizacji na poziomie regionalnym i wpływ na ich strukturę, w ramach uczestnictwa w pracach Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia w Ministerstwie Zdrowia.

CeZ jako jednostka, która jest odpowiedzialna za ww. procesy, posiada niepowtarzalne wieloletnie doświadczenie oraz dysponuje zespołem wykwalifikowanych specjalistów z szeroką i szczegółową wiedzą w zakresie wyżej wymienionych i wdrażanych rozwiązań. CeZ jest odpowiedzialne za proces wdrożenia udostępnionych rozwiązań, który nie może być realizowany z sukcesem bez prowadzenia działań edukacyjnych skierowanych do ich użytkowników końcowych, w tym przypadku pracowników i pracowniczek podmiotów leczniczych.

CeZ posiada pełny zakres kompetencji (merytorycznych, organizacyjnych, prawnych), który uzasadnia prowadzenie działań edukacyjnych (szkoleń) na szeroką skalę, charakteryzujących się wysokim poziomem merytoryki opartym na najaktualniejszej wiedzy płynącej wprost z instytucji (CeZ), która planuje i wdraża nowe rozwiązania. Jest to kryterium, którego żaden inny podmiot nie jest w stanie spełnić i żaden inny podmiot nie jest merytorycznie lepiej przygotowany do realizacji zadań szkoleniowych w ww. zakresie.

Celem prowadzonych przez CeZ działań edukacyjnych (szkoleń) będzie skuteczne przekazanie wiedzy niezbędnej do wdrożenia nowych rozwiązań i e-usług dot. ochrony zdrowia w podmiotach leczniczych na terenie całego kraju.

Projekt wpisuje się bezpośrednio w działania CeZ i stanowić będzie dopełnienie realizowanych oraz planowanych do realizacji zadań związanych z informatyzacją systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz budowy społeczeństwa informacyjnego, stanowiących działania statutowe Centrum.

Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:

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

Cel główny projektu:

Poprawa jakości udzielanych świadczeń przez 800 podmiotów leczniczych, poprzez wzrost kompetencji ich pracowników i pracowniczek w zakresie centralnych e-usług oraz rozwiązań IT wdrażanych przez CeZ w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Realizacja tak zdefiniowanego celu przyczyni się do zwiększenia równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i dostępnych usług.

Cele szczegółowe stanowiące doprecyzowanie celu głównego to:

1. Podniesienie kompetencji cyfrowych personelu podmiotów leczniczych w zakresie procesu wystawiania i tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) - aspekty prawne oraz organizacyjne.
2. Podniesienie kompetencji personelu podmiotów leczniczych w zakresie wykorzystania narzędzi lub e-usług wdrażanych na poziomie centralnym w ramach Systemu e-zdrowie P1.
3. Podniesienie kompetencji cyfrowych personelu podmiotów leczniczych w zakresie korzystania z udostępnianych przez CeZ innych rozwiązań IT.
4. Podniesienie kompetencji cyfrowych lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie składania wniosków o specjalizację i Państwowy Egzamin Specjalizacyjny oraz korzystania z Elektronicznej Karty Specjalizacji.

5. Zwiększenie kompetencji cyfrowych personelu ośrodków transplantacyjnych i Poltransplant¹⁵ (specjaliści i specjalistki biorący udział w procesie transplantacyjnym: lekarze/lekarki, pielęgniarze/pielęgniarki, koordynatorzy/koordynatorki, asystenci/asystentki medyczni i personel niemedyczny) w zakresie funkcjonalności systemu e-transplant w zakresie obszaru narządowego oraz komórek krwiotwórczych.

Zakres merytoryczny zaplanowanych w ramach projektu szkoleń pozwoli na skuteczne wdrożenie w podmiotach leczniczych działań projakościowych, które będą miały bezpośredni wpływ na podniesienie jakości świadczonych w nich usług medycznych. Poprzez działania projakościowe rozumieć należy znajomość ze strony personelu podmiotów leczniczych:

- obsługi, procesów tworzenia i przetwarzania szeroko rozumianej Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM),
- zasad korzystania z wdrożonych e-usług, jak również pozostałych rozwiązań IT udostępnionych lub planowanych do udostępnienia przez CeZ.

Zaplanowane w ramach projektu szkolenia przyczynią się do wzrostu kompetencji pracowników i pracowniczek podmiotów leczniczych w zakresie m.in.:

- e-rejestracji na świadczenia,
- e-skierowania do uzdrowiska, medycyny pracy,
- elektronicznej karty zgonu oraz urodzeń (w tym z adnotacją o martwym urodzeniu),
- indywidualnych planów opieki medycznej,
- rozliczania POZ na podstawie Zdarzeń Medycznych,
- sprawnej obsługi systemu e-transplant,
- obsługi Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK).

Zakres szkoleń może być aktualizowany i rozszerzany w zależności od bieżących potrzeb i kolejnych wdrażanych przez CeZ e-usług i systemów.

Podniesienie kompetencji personelu podmiotów leczniczych (w tym kadry medycznej) przyczyni się do poprawy jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce , a także do wzrostu dostępności usług dostarczanych drogą elektroniczną (e-usług). Dzięki realizacji projektu, grupy użytkowników i użytkowniczek wdrażanych w obszarze ochrony zdrowia rozwiązań informatycznych będą miały możliwość bezpłatnego skorzystania z profesjonalnych i merytorycznych szkoleń, prowadzonych przez wykwalifikowanych specjalistów i specjalistki, których wiedza pochodzi z kilkuletniego doświadczenia w pracy w instytucji odpowiedzialnej za

¹⁵ Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” – państwowa jednostka budżetowa podlegająca Ministrowi Zdrowia. Odpowiedzialna m.in.: za prowadzenie działań mających na celu realizację zadań Poltransplantu określonych w art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

proces informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce oraz jest na bieżąco aktualizowana i uzupełniana.

Pracownicy i pracowniczki podmiotów leczniczych, którzy zapoznani zostaną z procesami obsługi dostarczonych nowoczesnych e-usług i rozwiązań IT, będą mieli wpływ na zwiększenie satysfakcji z procesu leczenia i wygody pacjentów i pacjentek oraz na skuteczność i wydajność opieki zdrowotnej. Nieustanny postęp technologiczny wymaga ciągłego kształcenia i podnoszenia świadomości oraz wiedzy personelu podmiotów leczniczych w ww. zakresie.

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

Zadanie 1 – Merytoryczne przygotowanie do realizacji szkoleń. Zadanie będzie polegać na:

- przygotowaniu harmonogramów realizacji szkoleń i materiałów szkoleniowych (wszystkie materiały szkoleniowe opracowane i udostępnione w ramach Projektu będą dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami i niepełnosprawnościami)
- przeszkoleniu i przygotowaniu zespołów szkoleniowych do prowadzenia szkoleń,
- dostosowaniu Platformy rejestracyjnej do monitorowania uczestników szkoleń. .

W ramach przeszkolenia i przygotowania zespołów szkoleniowych do prowadzenia szkoleń, trenerzy nabywali będą wiedzę o wdrażanych rozwiązaniach bezpośrednio od komórek merytorycznych/specjalistów którzy te rozwiązania planują i wdrażają w CeZ.

Budżet: ok. 8% kosztów bezpośrednich projektu tj. 574 425,00 zł.

Okres realizacji: 3 miesiące od daty podpisania porozumienia o dofinansowaniu projektu.

Zadanie 2. Szkolenia dla pracowników podmiotów leczniczych.

Budżet: ok. 41% kosztów bezpośrednich projektu tj. 2 773 565,00 zł.

Okres realizacji zadania: 34 miesiące od zakończenia realizacji zadania 1.

Opis zadania:

W ramach zadania przeszkolonych zostanie 4 000 pracowników i pracowniczek (w tym kadra medyczna) z 600 podmiotów leczniczych. Zaplanowano realizację szkoleń w formie online oraz opcjonalnie (na wniosek podmiotu) w formie stacjonarnej. Szkolenia stacjonarne organizowane będą na terenie podmiotów obejmowanych wsparciem. Średni czas trwania szkolenia wyniesie 3 godziny.

Szkolenia realizowane w ramach zadania 2 skierowane będą do podmiotów leczniczych funkcjonujących w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, które posiadają aktualny kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Szkolenia obejmą zakres merytoryczny dotyczący:

- a. procesu wystawiania i tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) - aspekty prawne oraz organizacyjne;
- b. wykorzystania narzędzi i e-usług wdrażanych na poziomie centralnym w ramach Systemu e-zdrowie P1.

Zaplanowano, że w każdym szkoleniu średnio weźmie udział 20 osób. Dopuszcza się zmianę liczby uczestników i uczestniczek w poszczególnych szkoleniach.

Proces rekrutacji: zgłoszenie i zarejestrowanie się podmiotu na platformie rekrutacyjnej, a następnie zarejestrowanie się oddelegowanych na szkolenie pracowników i pracowniczek. Rekrutacja na szkolenia będzie prowadzona bez dyskryminacji ze względu na wiek, płeć i posiadany stopień niepełnosprawności. Aplikacja do rejestracji zgodna jest z wytycznymi WCAG 2.1. Podczas rekrutacji, każda z oddelegowanych osób, która zgłosi się na szkolenie, zobowiązana będzie do wypełnienia na platformie rekrutacyjnej formularza rejestracyjnego, testu badającego poziom wiedzy uczestnika, akceptacji wymaganych oświadczeń oraz regulaminu rekrutacji. Następnie zespół szkoleniowy CeZ zajmie się merytoryczną organizacją i przeprowadzeniem szkolenia. Po zakończeniu szkolenia uczestnicy i uczestniczki zobowiązani będą do wypełnienia ankiety oceniającej udział w szkoleniu oraz wzięcie udziału w teście weryfikującym osiągnięcie zakładanych efektów uczenia się. Możliwe będzie kilkukrotne zgłoszenie się przez podmioty lecznicze do udziału w szkoleniach w ramach zadania 2, pod warunkiem oddelegowania osób, które dotychczas nie były objęte tymi szkoleniami. Lekarzom i lekarzom denty stom za udział w szkoleniu przysługiwać będą punkty edukacyjne, których otrzymanie potwierdzi stosowne zaświadczenie. Z uwagi na długi okres realizacji projektu i intensywny proces rozwoju informatyzacji obszaru ochrony zdrowia, w celu uzupełnienia wiedzy o nowe rozwiązania/e-usługi, dopuszcza się kilkukrotny udział tych samych pracowników podmiotu leczniczego. Przy czym wskazać należy, iż ponowny udział w szkoleniach tego samego podmiotu oraz tej samej osoby nie będzie liczony do wskaźników projektu. Ponowny udział w szkoleniu tej samej osoby będzie możliwy wyłącznie w formie online i wyłącznie w szkoleniach, których zakres będzie się różnił od zakresu szkolenia, w którym dana osoba wzięła udział wcześniej.

Zadanie 3 – Szkolenia z Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK)

16.

Budżet: ok. 16% kosztów bezpośrednich projektu tj. 1 095 435,00 zł.

Okres realizacji zadania - 34 miesiące od zakończenia realizacji zadania 1.

Opis zadania:

W ramach zadania zaplanowano przeszkolenie 1000 osób. Szkolenia realizowane będą wyłącznie w formie online. Średni czas trwania szkolenia wyniesie 3 godziny.

Szkolenia realizowane w ramach zadania 3 skierowane będą do lekarzy, lekarzy dentystów z pełnym i ograniczonym prawem wykonywania zawodu oraz kierowników specjalizacji - lekarzy. Szkolenia obejmą zakres merytoryczny dotyczący:

- a. składania wniosków o specjalizację i Państwowy Egzamin Specjalizacyjny oraz korzystania z Elektronicznej Karty Specjalizacji;

Zaplanowano, że w każdym szkoleniu średnio weźmie udział 25 osób. Dopuszcza się zmianę liczby uczestników i uczestniczek w poszczególnych szkoleniach.

Proces rekrutacji: zgłoszenie i zarejestrowanie się uczestnika na platformie rekrutacyjnej.

Podczas rekrutacji każdy z uczestników, który zgłosi się do udziału w szkoleniu, zobowiązany będzie do wypełnienia na platformie rekrutacyjnej formularza rejestracyjnego, testu badającego poziom wiedzy uczestnika, akceptacji wymaganych oświadczeń oraz regulaminu rekrutacji. Następnie zespół szkoleniowy CeZ zajmie się merytoryczną organizacją i przeprowadzeniem szkolenia. Po zakończeniu szkolenia uczestnicy i uczestniczki zobowiązani będą do wypełnienia ankiety ewaluacyjnej oraz wzięcie udziału w teście weryfikującym osiągnięcie zakładanych efektów uczenia się.

Dopuszcza się kilkukrotny udział tych samych uczestników w szkoleniu. Przy czym wskazać należy, iż ponowny udział w szkoleniach tej samej osoby będzie możliwy wyłącznie w szkoleniach, których zakres będzie się różnił od zakresu szkolenia, w którym dana osoba wzięła udział wcześniej. Ponowny udział w szkoleniu w ramach zadania 3 nie będzie liczony do wskaźników projektu. Powyższe ma na celu kompleksowe przeszkolenie osób z działań, jakie związane są z uzyskaniem specjalizacji lekarskiej.

Zadanie 4 – Szkolenia z Systemu e-transplant.

Budżet: ok. 33% kosztów bezpośrednich projektu tj. 2 224 575,00 zł.

¹⁶ SMK to aplikacja on-line wspomagająca przebieg procesu kształcenia podyplomowego kadr medycznych oraz gromadząca i przetwarzająca dane na temat kształcenia.

Okres realizacji zadania - 34 miesiące od zakończenia realizacji zadania 1.

Opis zadania:

W ramach zadania zaplanowano przeszkolenie 350 osób z 200 ośrodków transplantacyjnych i Poltransplant (specjalistów i specjalistek biorących udział w procesie transplantacyjnym – od pozyskiwania komórek, tkanek i narządów do ich przechowywania i przeszczepiania). Szacuje się, że pracownicy Ci Poltransplant stanowić będą ok. 10% z 350 osób planowanych do przeszkolenia w ramach tego zadania. Średni czas trwania szkolenia wyniesie 3 godziny.

Z uwagi na charakter i specyfikę systemu e-transplant, szkolenia kierowane są do specyficznej grupy - pracowników i pracowniczek ośrodków transplantacyjnych, którzy uczestniczą w procesie transplantacyjnym na każdym jego poziomie. Szkolenia realizowane będą w formie online i stacjonarnej. Szkolenia stacjonarne będą realizowane w siedzibie CeZ.

Szkolenia realizowane w ramach zadania 4 skierowane będą do podmiotów leczniczych funkcjonujących w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, które posiadają aktualny kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz do pracowników Poltransplant.

Szkolenia obejmą zakres merytoryczny dotyczący funkcjonalności systemu e-transplant w zakresie obszaru narządowego oraz komórek krwiotwórczych.

Zaplanowano, że w każdym szkoleniu średnio weźmie udział 10 osób. Dopuszcza się zmianę liczby uczestników i uczestniczek w poszczególnych szkoleniach.

Proces rekrutacji: jak w zadaniu 2.

Nowy system e-transplant ma na celu wsparcie procesów koordynowania i nadzoru nad działaniami związanymi z pobieraniem, przechowywaniem i przeszczepianiem narządów, tkanek i komórek.

System umożliwi:

- informatyzację procesów biznesowych koordynowania przeprowadzanych czynności transplantacyjnych,
- prowadzenie Rejestrów Transplantacyjnych,
- korzystanie z narzędzi i algorytmów służących do alokacji narządów i doboru dawców,
- zapewnienie bezpieczeństwa dostępu przechowywanych danych.

Z uwagi na całkowicie nowy charakter rozwiązań wdrażanych w ramach systemu e-transplant, każda z osób biorących udział w szkoleniu będzie miała szansę zdobyć umiejętności, których wcześniej nie mogła nabyć z uwagi na innowacyjny charakter wdrażanego systemu.

Beneficjent umożliwia kilkakrotne zgłoszenia przez podmioty lecznicze do udziału w szkoleniach z systemu e-transplant pracowników, którzy dotychczas nie byli objęci wsparciem w ramach projektu. Zakłada się, że jeden uczestnik będzie mógł wziąć udział w więcej niż

jednym szkoleniu. Ponowny udział w szkoleniach tej samej osoby będzie możliwy wyłącznie w szkoleniach, których zakres będzie się różnił od zakresu szkolenia, w którym dana osoba wzięła udział wcześniej. Do wskaźnika liczony będzie wyłącznie pierwszy udział w szkoleniu.

Powyższe ma na celu przeszkolenie osób z systematycznie dostarczanych nowych funkcjonalności systemu. Ponowny udział w szkoleniu będzie możliwy wyłącznie w formie online.

Czas trwania szkoleń w ramach zadań 2,3,4 wyniesie średnio ok. 3 godziny. Czas szkolenia w trakcie realizacji projektu może ulec zmianie w wyniku dostosowania szkoleń do bieżących potrzeb i zakresu merytorycznego. Szkolenia będą prowadzone przez zespoły szkoleniowe składające się z merytorycznych specjalistów CeZ.

Zadanie 5 – Merytoryczne podsumowanie projektu – w ramach zadania przygotowany zostanie „Raport doświadczeń”, który będzie stanowił podsumowanie przeprowadzonych działań szkoleniowych. Będzie się opierał na analizie z ankiet przeprowadzonych po każdym ze szkoleń, wraz ze wskazaniem płynących z niej wniosków dot. m.in.: oczekiwań grupy docelowej co do formy, zakresu, procesu organizacji kolejnych działań szkoleniowych, jak również zawartości materiałów szkoleniowych i poszkoleniowych.

Przeprowadzona zostanie również aktualizacja materiałów szkoleniowych co kolejno pozwoli na ich udostępnienie osobom zainteresowanym i utrzymanie trwałości projektu.

Budżet: ok. 2% kosztów bezpośrednich projektu tj. 126 180,00 zł

Okres realizacji zadania – 2 miesiące od zakończenia realizacji szkoleń w ramach Projektu.

Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?:

- Nie

Czy projekt będzie projektem grantowym?:

- Nie

Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie : 1. kwartał 2024 (ogłoszenie naboru nastąpi w 4. kwartale 2023)

Przewidywany okres realizacji projektu: styczeń 2024 r. – maj 2027 r.

Szacowany budżet Projektu

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

- w roku 2024: 2 133 961,50

III FISZKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY¹⁷

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

III.1 NUMER PROJEKTU W PD

skrótowa nazwa programu - skrót nazwy województwa .
numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu.
Przykład: WD.1.P.1.

FERS.1.P.5

- w roku 2025: 2 319 913,75
 - w roku 2026: 2 319 363,75
 - w roku 2027: 700 359,00
- ogółem: 7 473 598,00

Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):

- Nie

Szacowany wkład UE (PLN):

6 167 213,06

Cross-financing: nie dotyczy

Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami

Wskaźniki Rezultatu

1. Wskaźnik specyficzny

2. Wskaźnik specyficzny

Liczba osób, które podniosły swoje kompetencje dzięki udziałowi w szkoleniach organizowanych w ramach Projektu. Wartość docelowa dla projektu: 4 815

Wskaźniki Produktu

1. Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, objętych wsparciem w zakresie działań projakościowych

Wartość docelowa dla projektu: 800

2. Wskaźnik specyficzny

Wartość docelowa dla projektu: 5 350

Szczegółowe kryteria wyboru projektów

Kryteria dostępu:

Nie dotyczy

¹⁷ Istnieje możliwość przedstawienia informacji nt. projektu w postaci fiszki projektu realizowanego w procedurze niekonkurencyjnej używanej przez Instytucję, jeśli w tej fiszce znajdują się wszystkie informacje wymagane oficjalnym wzorem planu działań Komitetu Sterującego, natomiast w przypadku gdy taki dokument nie zawiera wszystkich wymaganych wzorem informacji, konieczne jest uzupełnienie brakujących elementów w Planie działań.

III.2 DZIAŁANIE numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (część Numer i nazwa działania FERS).		
III.3 Fundusz skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy	EFS+		
III.4 Cel szczegółowy numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.	Cel szczegółowy: 4(g) Wspieranie uczenia się przez całe życie, w szczególności elastycznych możliwości podnoszenia i zmiany kwalifikacji dla wszystkich, z uwzględnieniem umiejętności w zakresie przedsiębiorczości i kompetencji cyfrowych (...)		
III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).		
III.6 Zakres terytorialny inwestycji pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).	ogólnopolski		
	Województwo:		
	Powiat:		
	TERYT powiat:		
PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE			
III.7 Tytuł projektu	Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty		
III.8 Beneficjent nazwa beneficjenta, adres jego siedziby	Minister właściwy ds. zdrowia - Departament Rozwoju Kadr Medycznych ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa		
III.9 Cel główny projektu cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).		
III.10 Opis projektu zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).		
III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”¹⁸ nazwa adekwatnego celu z dokumentu „Zdrowa Przyszłość” – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy w razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie	Cel 3.1 [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych		

¹⁸ Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).			
III.13 Opis zgodności projektu z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych i Krajowym / Wojewódzkim Planem Transformacji zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu o	Projekt „ Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty” przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji w szczególności w części Główne obszary działań punkt 2.8 pn.: „Rehabilitacja medyczna”. Zaś z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wynika, że najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zaburzeniom czynnościowym lub przywracania sprawności psychofizycznej po leczeniu nowotworów złośliwych jest fizjoterapia. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej rehabilitacja powinna być integralną formą wsparcia leczenia onkologicznego dostępną dla wszystkich chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych (niezależnie od rodzaju, stopnia zaawansowania, metody i etapu terapii). Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w			
III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie rok oraz kwartał [RRRR.KW]	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie).			
III.15 Przewidywany okres realizacji projektu orientacyjna informacja dotycząca roku oraz kwartału rozpoczęcia/zakończenia realizacji projektu	Data rozpoczęcia	[RRRR.KW]	Data zakończenia	[RRRR.KW]
III.16 Opinia Ministra Zdrowia Oświadczenie o posiadaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, o ile projekt dotyczy zakresu: - e-zdrowia, dostępności placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i telemedycyny, - psychiatrii, - kształcenia kadr medycznych i okołomedycznych.	Nd.			

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

ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI

III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba osób, które podniosły swoje kompetencje dzięki udziałowi w szkoleniach oraz kształceniu podyplomowym prowadzonych w ramach programu.	liczba	1 572	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego	liczba	1 850	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

FERS.1.P.5

Tytuł lub zakres projektu: **Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty**

Wersja fiszki: 2

Informacje o instytucji opracowującej fiszkę:

Numer i nazwa Priorytetu: 1. Umiejętności

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych:

Dariusz Juszczynski

Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II

Departament Oceny Inwestycji

Tel. +48 880 340 050

E-mail: d.juszczynski@mz.gov.pl

Numer i nazwa działania FERS: 01.13 Umiejętności w sektorze zdrowia

Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny

Podstawowe informacje o Projekcie:

Typ projektów FERS:

Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego przedstawicieli innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, w tym kadr zdrowotnej opieki długoterminowej.

Podmiot, który będzie wnioskodawcą: Minister właściwy ds. zdrowia - Departament Rozwoju Kadr Medycznych

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

Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie (§ 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia), który w myśl art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2512 z późn.zm.) obejmuje sprawy zawodów medycznych. Minister Zdrowia pełni zatem kluczową rolę w systemie opieki zdrowotnej, która obok wyznaczania kierunków rozwoju systemu, inicjowania opracowywania i realizowania polityki rządu w zakresie ochrony zdrowia, obejmuje także sprawy dotyczące zawodów medycznych: związane z kształceniem kadr medycznych czy udziałem w przyznawaniu praw wykonywania zawodów medycznych.

Projekt ma znaczenie dla społeczno-gospodarczego rozwoju kraju w obszarze związanym ze zdrowiem obywateli i podnoszeniem standardów leczenia w Polsce, poprzez umożliwienie przystąpienia do kształcenia podyplomowego fizjoterapeutów oraz farmaceutów w formie szkolenia specjalizacyjnego. Szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów oraz farmaceutów w wybranych dziedzinach wpisuje się również w Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. „Zdrowa Przyszłość” dotyczące kadry w

systemie ochrony zdrowia. W ramach obszaru - Kadry w systemie ochrony zdrowia. Rozwój innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, obejmującego szereg wielokierunkowych działań mających na celu utrzymanie na rynku pracy optymalnej kadry medycznej i kadry związanej z ochroną zdrowia, adekwatnej do zaspokojenia potrzeb społecznych na świadczenia medyczne.

Z uwagi na ciągłe zapotrzebowanie na specjalistyczną kadrę medyczną, Ministerstwo Zdrowia, na podstawie dotychczasowych doświadczeń i analiz, identyfikuje potrzebę stałego podnoszenia kwalifikacji tej grupy kadry medycznej. Uzyskanie tytułu specjalisty przez osoby wykonujące zawód fizjoterapeuty lub farmaceuty poprzez kształcenie podyplomowe w ramach szkolenia specjalizacyjnego, spowoduje, iż system opieki zdrowotnej wzbogaci się o wysoko wyspecjalizowaną kadrę medyczną, która zdobędzie wiedzę i umiejętności w wykonywaniu dodatkowych czynności. Kształcenie prowadzone w trybie szkolenia specjalizacyjnego zapewni pełny nadzór nad jakością kształcenia oraz kompetencjami przyszłych specjalistów.

Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie fizjoterapii oraz farmacji szpitalnej i klinicznej wzmocni kadry w systemie ochrony zdrowia, którzy w ramach kształcenia podyplomowego uzyskają wiedzę w zakresie najnowszych osiągnięć nauk farmaceutycznych istotnych dla leczenia szpitalnego oraz umiejętności niezbędne w wykonywaniu w aptece szpitalnej usług farmaceutycznych według najnowszych standardów. Natomiast specjaliści i specjalistki w dziedzinie fizjoterapii zostaną przygotowani do prowadzenia kompleksowego usprawniania pacjentów. Podstawowym zadaniem szkolenia jest pogłębianie wiedzy i umiejętności praktycznych, niezbędnych do prowadzenia i zlecania kompleksowego postępowania fizjoterapeutycznego w odniesieniu do osób chorych i osób z niepełnosprawnościami w celu przywrócenia im pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i czynnego udziału w życiu społecznym.

Projekt „Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty” przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji¹⁹ w szczególności w części Główne obszary działań punkt 2.8 pn.: „Rehabilitacja medyczna”. Zaś z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wynika, że najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zaburzeniom czynnościowym lub przywracania

sprawności psychofizycznej po leczeniu nowotworów złośliwych jest fizjoterapia. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej rehabilitacja powinna być integralną formą wsparcia leczenia onkologicznego dostępną dla wszystkich chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych (niezależnie od rodzaju, stopnia zaawansowania, metody i etapu terapii). Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w Rzeczypospolitej Polskiej trafiali na rehabilitację, wyróżnia się: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (78%).

¹⁹ <https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/>

Ponadto z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wynika, że poprawa wydajności pracy kadry medycznej osiągnięta zostaje przez przekazanie niektórych zadań lekarzy z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi, farmaceutom poprzez stworzenie kompleksowego systemu opieki farmaceutycznej oraz wzrost roli farmaceutów w leczeniu chorych, a także propagowania systemu motywującego do pracy farmaceutów w szpitalach, jak również w zwiększenie kadry aptek szpitalnych.

Zakres projektu wymaga, aby wnioskodawcą był podmiot odpowiedzialny za nadzór nad szkoleniami specjalizacyjnymi kadry medycznej oraz monitorujący zapotrzebowania na profesjonalistów i specjalistów w systemie ochrony zdrowia, tj. Ministerstwo Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia realizuje szereg działań mających na celu wzmocnienie potencjału kadrowego w systemie ochrony zdrowia, zarówno w dziedzinach o największym deficycie kadrowym (tzw. priorytetowych), jak i w pozostałych dziedzinach. Podejmuje wiele inicjatyw legislacyjnych mających na celu zwiększenie liczby kluczowego personelu medycznego.

Minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie delegacji ustawowej wydaje rozporządzenie w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez fizjoterapeutów oraz w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów.

Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:

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

Cel główny projektu:

Celem głównym projektu jest podniesienie kompetencji 1 050 fizjoterapeutów i fizjoterapeutek oraz 800 farmaceutów i farmaceutek przystępujących do szkolenia specjalizacyjnego, a tym samym zwiększenie liczby specjalistów i specjalistek posiadających wiedzę i umiejętności w wykonywaniu dodatkowych czynności zawodowych.

Opis problemu do rozwiązania - obecnie w systemie mamy:

- ok. 1 000 specjalistów i specjalistek w dziedzinie fizjoterapii, którzy są przygotowani do kompleksowego postępowania fizjoterapeutycznego, w szczególności w odniesieniu do osób chorych, z niepełnosprawnościami, w celu przywrócenia im pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i czynnego udziału w życiu społecznym,
- 430 specjalistów i specjalistek w dziedzinie farmacji szpitalnej, którzy opanowali wiedzę teoretyczną w zakresie najnowszych osiągnięć nauk farmaceutycznych

istotnych dla leczenia szpitalnego oraz umiejętności niezbędne do wykonywania w aptece szpitalnej usług farmaceutycznych według najnowszych standardów,

- 280 specjalistów i specjalistek w dziedzinie farmacji klinicznej, którzy opanowali wiedzę teoretyczną w zakresie najnowszych osiągnięć nauk farmaceutycznych i klinicznych oraz doskonalenie umiejętności niezbędnych w wykonywaniu usług farmaceutycznych według najwyższych standardów.
- Fizjoterapia jest bardzo ważną częścią procesu leczenia i rehabilitacji. Fizjoterapeuci i fizjoterapeutki są członkami interdyscyplinarnego zespołu leczniczego. Rola fizjoterapeutów w zapewnianiu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów jest niezwykle ważna. Występujące coraz częściej problemy zdrowotne zwiększają zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne. Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty ma istotne znaczenie w szczególności w kontekście zapewnienia właściwej fizjoterapii, a także profilaktyki, zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży oraz osób starszych, tak aby zapewnić jak najdłuższe funkcjonowanie społeczeństwa w zdrowiu. Obecnie jednym z podstawowych filarów polityki dotyczącej osób starszych jest koncepcja aktywnego starzenia się.
- Niezwykle ważną rolę w systemie pełni również farmaceuta. Wykonywanie zawodu farmaceuty polega na świadczeniu usług farmaceutycznych, do wykonywania których konieczne jest posiadanie szerokiej wiedzy ogólnej i specjalistycznej w zakresie nauk farmaceutycznych. Farmaceuci i farmaceutki są przygotowani do pełnienia roli gwaranta jakości produktów leczniczych oraz bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii w ramach systemu opieki zdrowotnej. Uczestniczą w czynnościach mających na celu dbałość o zdrowie pacjenta, zwłaszcza na polu promocji zdrowia i prewencji chorób oraz w udzielaniu porad dla pacjentów i pacjentek.
- Farmaceuta lub farmaceutka pełni również nadzór nad dystrybucją produktów leczniczych i wyrobów medycznych w szpitalu, w celu zapewnienia bezpiecznej i skutecznej farmakoterapii w zależności od indywidualnych potrzeb chorych. Udziela wyczerpującej naukowej informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych, doradza personelowi medycznemu w zakresie optymalizacji farmakoterapii. Odpowiada również za nadzór i doradztwo w zakresie prawidłowego użytkowania i przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych na oddziałach szpitalnych. Współuczestniczy w planowaniu i realizacji polityki lekowej szpitala, w tym w działaniach służących ekonomizacji procesu leczenia.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez konsultanta krajowego w dziedzinie farmacji szpitalnej, obecnie mamy ok. 2 320 farmaceutów zatrudnionych w szpitalach (874), z tego ok. 20% to osoby posiadające tytuł specjalisty..

Mając na uwadze powyższe identyfikowane jest zapotrzebowanie na zwiększenie liczby specjalistów, specjalistycznej wykwalifikowanej kadry medycznej, która pozwoli na lepsze zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Opis tego co już zostało zrobione – od 1 grudnia 2021 r. obowiązuje nowy program szkolenia specjalizacyjnego, który zwiększa kompetencje i uprawnienia osób wykonujących zawód fizjoterapeuty. Fizjoterapeuta po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii i otrzymaniu tytułu specjalisty uzyska szczególne kwalifikacje, umożliwiające m. in. kierowanie, nadzorowanie, diagnostykę funkcjonalną procesu fizjoterapii, kwalifikowanie, planowanie i prowadzenie procesu fizjoterapii, takich jak:

- 1) kwalifikowanie i stosowanie zabiegów dla potrzeb fizjoterapii;
- 2) zlecanie wyrobów medycznych dobieranych indywidualnie;
- 3) wykonywanie dla potrzeb oceny czynności narządu ruchu:
 - a. USG - dla potrzeb oceny czynności narządu ruchu;
 - b. elektromiografii powierzchniowej;
- 4) zlecanie środków farmakologicznych dla potrzeb fizjoterapii;
- 5) wykonanie badań EKG dla potrzeb fizjoterapii;
- 6) przeprowadzenia testów wysiłkowych dla potrzeb fizjoterapii i ich interpretacja;
- 7) przeprowadzenie badania spirometrycznego dla potrzeb fizjoterapii i jego interpretacja;
- 8) ocena osłuchowa klatki piersiowej dla potrzeb fizjoterapii;
- 9) wykonywanie stymulacji śródmięśniowej (dry needling).

Zatwierdzony został przez Ministra Zdrowia nowy program specjalizacji w dziedzinie farmacji szpitalnej i klinicznej.

Osoby po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie farmacji szpitalnej i otrzymaniu tytułu specjalisty uzyskają szczególne kwalifikacje m.in. umożliwiające:

1. samodzielne kierowanie apteką szpitalną lub działem farmacji szpitalnej;
2. nadzór nad dystrybucją w szpitalu produktów leczniczych i wyrobów medycznych w celu zapewnienia bezpiecznej i skutecznej farmakoterapii w zależności od indywidualnych potrzeb chorego;
3. udzielanie wyczerpującej naukowej informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych, doradztwo personelowi medycznemu w zakresie optymalizacji farmakoterapii;
4. nadzór i doradztwo w zakresie prawidłowego użytkowania i przechowywania o produktach leczniczych i wyrobach medycznych na oddziałach szpitalnych;

5. pozyskiwanie danych o działaniach niepożądanych produktów leczniczych i współpraca z personelem medycznych w procesie ich zgłaszania odpowiednim organom;
6. współuczestniczenie w planowaniu i realizacji polityki lekowej szpitala, w tym w działaniach służących ekonomizacji procesu leczenia;
7. organizację procesu wytwarzania w szpitalu leków recepturowych i przygotowywania leków w formie gotowej do podania;
8. nadzór nad jakością produktów leczniczych i wyrobów medycznych będących w użyciu w szpitalu oraz wprowadzanie innowacji i postępu w zakresie organizacji dystrybucji produktów leczniczych prawidłowego ich stosowania.

Osoba po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie farmacji klinicznej i otrzymaniu tytułu specjalisty uzyska szczególne kwalifikacje umożliwiające m.in.:

1. samodzielne rozwiązywanie problemów farmakoterapii w szczególności związanych z ujawnieniem problemów lekowych;
2. nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii;
3. monitorowanie niepożądanych działań produktów leczniczych oraz informowanie o ich występowaniu odpowiednie organy nadzoru medycznego;
4. konsultowanie, nadzorowanie i modyfikowanie terapii zgodnie z najnowszymi osiągnięciami nauk farmaceutycznych i klinicznych;
5. współpracę z lekarzami i personelem pielęgniarskim w celu wyboru optymalnego sposobu leczenia pacjenta.

Opis wykorzystania efektów po projekcie i informacje nt. planowanej trwałości

W związku z trudną sytuacją w obszarze ochrony zdrowia, w tym dot. niedoboru wykwalifikowanej kadry, projekt wprowadza możliwość dofinansowania szkolenia specjalizacyjnego, w którym osoby zainteresowane będą mogły odbywać szkolenie specjalizacyjne.. Realizacja tego umożliwi osobom wykonującym ww. zawody medyczne, odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach kształcenia podyplomowego. Należy podkreślić, iż celem kształcenia podyplomowego jest nabycie dodatkowej wiedzy i umiejętności oraz podniesienie kwalifikacji zawodowych farmaceutów i fizjoterapeutów. . Poszerzenie kompetencji zawodowych farmaceutów czy fizjoterapeutów staje się zachętą dla studentów w wyborze kierunków studiów farmacja czy fizjoterapia. Projekt pośrednio ma na celu zachęcić te grupy zawodowe do uzyskiwania tytułu specjalisty i poszerzania wiedzy podczas szkolenia specjalizacyjnego, dzięki czemu nabywają oni nowe kompetencje, umiejętności i poszerzają swoje kwalifikacje. Mając na uwadze wieloletnie doświadczenie, w tym nadzór nad prowadzeniem szkolenia specjalizacyjnego, należy wskazać, iż są to mechanizmy motywujące i zachęcające do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego. .

Sprawna kadra ma ogromne znaczenie dla efektywności podejmowania działań, dlatego tak istotne jest doskonalenie i rozwój tych kompetencji, które są zgodne z potrzebami organizacji i które będą mogły być wykorzystane w maksymalny sposób.

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

Projektem zostanie objętych 1 050 osób wykonujących zawód fizjoterapeuty oraz 800 osób wykonujących zawód farmaceuty, spełniających kryteria przystąpienia do szkolenia specjalizacyjnego.

Zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2022 r. poz. 168 z późn. zm.) do szkolenia specjalizacyjne może przystąpić fizjoterapeuta, który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) złożył wniosek o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, zwany dalej „wnioskiem”;
- 2) posiada prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty;
- 3) posiada tytuł magistra wymieniony w art. 13 ust. 3 ww. ustawy i spełnia wymagania określone w tym przepisie;
- 4) został zakwalifikowany do odbycia szkolenia specjalizacyjnego w postępowaniu kwalifikacyjnym.

Natomiast, zgodnie z art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2022 r. poz. 1873 z późn. zm.), szkolenie specjalizacyjne może rozpocząć farmaceuta, który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) złożył wniosek o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego, zwany dalej "wnioskiem";
- 2) posiada prawo wykonywania zawodu farmaceuty;
- 3) został zakwalifikowany do odbycia szkolenia specjalizacyjnego w postępowaniu kwalifikacyjnym.

Postępowanie kwalifikacyjne prowadzone jest przez Urząd Wojewódzki, w terminach określonych w ww. ustawach zawodowych.

Dla farmaceutów:

Wniosek składa się w terminie od dnia 15 listopada do dnia 15 grudnia na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane w terminie od dnia 16 grudnia do dnia 15 stycznia albo od dnia 30 kwietnia do dnia 31 maja na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane w terminie od dnia 1 czerwca do dnia 30 czerwca. Wojewoda potwierdza elektronicznie zapisanie zgłoszonych we wniosku danych.

Dla fizjoterapeutów:

Wniosek składa się każdego roku w terminie od dnia 15 listopada do dnia 15 grudnia na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane w terminie od dnia 16 grudnia do dnia 15 stycznia albo od dnia 30 kwietnia do dnia 31 maja na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane w terminie od dnia 1 czerwca do dnia 30 czerwca.

Szkolenie specjalizacyjne składa się z modułów, w ramach, których osoby odbywające szkolenie uczestniczą w kursach specjalizacyjnych, stażach kierunkowych w wytypowanych instytucjach, samokształceniu drogą studiowania piśmiennictwa.

Szkolenie specjalizacyjne przeprowadzają podmioty zewnętrzne. Zgodnie z ustawą z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty oraz ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, szkolenia specjalizacyjne są prowadzone przez jednostki szkolące (podmiot, który uzyskał akredytację udzieloną przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego).

Szkolenie specjalizacyjne odbywa się pod nadzorem kierownika specjalizacji, który jest odpowiedzialny za ustalenie szczegółowych warunków i przebiegu szkolenia specjalizacyjnego w sposób zapewniający realizację programu specjalizacji. W celu zaliczenia szkolenia specjalizacyjnego, osoba realizująca szkolenie musi zaliczyć wszystkie moduły objęte programem szkolenia specjalizacyjnego.

Kierownik specjalizacji dokonuje potwierdzenia zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem szkolenia specjalizacyjnego.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie fizjoterapii trwa 3 lata. Obejmuje kształcenie teoretyczne (kursy specjalizacyjne) w wymiarze 512 godzin dydaktycznych, w tym 16 godzin w zakresie prawa medycznego oraz kształcenie praktyczne (staże kierunkowe) w wymiarze 440 godzin. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeuta powinien odbyć staż podstawowy w wysokości co najmniej 4376 godzin wykonując czynności zawodowe zgodnie z programem specjalizacji.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie farmacji szpitalnej trwa 3 lata. Obejmuje kształcenie teoretyczne - kursy specjalizacyjne w wymiarze 256 godzin dydaktycznych, w tym 16 godzin w zakresie prawa medycznego. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego farmaceuta powinien odbyć staż podstawowy w wysokości co najmniej 5072 godzin wykonując czynności zawodowe zgodnie z programem specjalizacji.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie farmacji klinicznej trwa 3 lata. Obejmuje kształcenie teoretyczne - kursy specjalizacyjne w wymiarze 272 godzin dydaktycznych, w tym 16 godzin w zakresie prawa medycznego oraz staż kierunkowy w wymiarze 56 godzin. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego farmaceuta powinien odbyć staż podstawowy w wysokości co najmniej 5056 godzin wykonując czynności zawodowe zgodnie z programem specjalizacji.

Zadanie 1: Kształcenie specjalizacyjne fizjoterapeutów

Szacunkowy koszt: około 27 360 000,00 zł - około 68% budżetu projektu

Okres realizacji zadania: od 1 do 40 miesiąca realizacji projektu (ze względu na wieloletni cykl kształcenia specjalizacyjnego)

Opis zadania:

Celem zadania jest wsparcie kształcenia specjalizacyjnego dla 1 050 fizjoterapeutów realizujących szkolenie specjalizacyjne.

Wsparcie obejmie poniższe elementy kształcenia specjalizacyjnego:

MODUŁ I - Teoria i filozofia fizjoterapii – EBP (Evidence Based Physiotherapy)

Kurs specjalizacyjny:

1. Fizjoterapia oparta na faktach

MODUŁ II Ocena fizjoterapeutyczna – wnioskowanie kliniczne (Clinical reasoning)

Kurs specjalizacyjny:

1. Diagnostyka obrazowa dla potrzeb fizjoterapii – USG, radiologia (stawów, kręgosłupa, TK, MRI), EMG, EEG
2. Różnicowanie przyczyn dolegliwości bólowych z uwzględnieniem przyczyn spoza układu ruchu

Staż kierunkowy:

1. Staż w oddziale intensywnej opieki medycznej

MODUŁ III - Środki, sposoby terapeutyczne, farmakoterapia i leczenie żywieniowe w postępowaniu usprawniającym

Kurs specjalizacyjny:

1. Farmakoterapia dla potrzeb fizjoterapii;
2. Stymulacja śródmięśniowa (dry needling);
3. Zalecenia żywieniowe i dietetyka u osób chorych i aktywnych fizycznie.

MODUŁ IV - Moduł specjalistyczny w obszarze reumatologii, ortopedii i traumatologii, profilaktyki urazów i fizjoterapii sportowej

Kurs specjalizacyjny:

1. Anatomia palpacyjna z elementami terapii manualnej i lokalizacją TrPs;
2. Zaopatrzenie w wyroby medyczne, protezowanie i aparatowanie kończyn górnych, dolnych i tułowia;
3. Terapia przeciwobrzękowa;
4. Praktyczny kurs pierwszej pomocy.

Staż kierunkowy:

1. Staż w oddziale ortopedyczno-urazowym;
2. Staż w oddziale reumatologicznym.

MODUŁ V - Moduł specjalistyczny w obszarze neurologii

Kurs specjalizacyjny:

1. Metody neurofizjologiczne np. PNF, Bobath, neuromobilizacje

Staż kierunkowy:

1. Staż w oddziale neurologicznym;
2. Staż w oddziale neurochirurgicznym.

MODUŁ VI- Moduł specjalistyczny w obszarze kardiologii i pulmonologii

Kurs specjalizacyjny:

1. Diagnostyka funkcjonalna w chorobach układu krążenia i oddechowego

Staż kierunkowy:

1. Staż w oddziale rehabilitacji kardiologicznej;
2. Staż w oddziale rehabilitacji pulmonologicznej.

MODUŁ VII - Moduł specjalistyczny w obszarze pediatrii

Kurs specjalizacyjny:

1. Fizjoterapia u dzieci ryzyka;

Podstawowy program specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii.

2. Metody diagnostyczne w zaburzeniach statycznych ciała u dzieci i młodzieży

Staż kierunkowy:

1. Staż w oddziale/ośrodku rehabilitacji dzieci z chorobami wieku rozwojowego;
2. Staż w oddziale/ośrodku specjalistycznym dla dzieci z chorobami neurologicznymi.

MODUŁ VIII - Fizjoterapia w obszarze psychiatrii i geriatrii

Kurs specjalizacyjny:

1. Diagnostyka i fizjoterapia w zaburzeniach układu moczowo – płciowego i wydalniczego;
2. Diagnostyka i fizjoterapia w geriatrii i medycynie paliatywnej;
3. Diagnostyka i rehabilitacja pacjenta psychiatrycznego.

Staż kierunkowy:

1. Staż w oddziale geriatrii/ Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym (ZOL)/ Ośrodku rehabilitacji
dziennej/ Oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej;
2. Staż w oddziale psychiatrycznym.

MODUŁ IX - Organizacja i zarządzanie z elementami ekonomiki ochrony zdrowia

Kurs specjalizacyjny:

1. Organizacja i zarządzanie zasobami ludzkimi;
2. Etyka, deontologia i prawo;
3. Polityka społeczna i zdrowie publiczne.

KURS JEDNOLITY

Kurs specjalizacyjny:

1. Prawo medyczne

Szkolenie specjalizacyjne w ramach kształcenia podyplomowego jest prowadzone przez podmioty, zwane „jednostkami szkolącymi”, po uzyskaniu akredytacji udzielonej przez

dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Dyrektor CMKP publikuje i aktualizuje na swojej stronie internetowej listę jednostek szkolących.

Wskaźnik produktu: 1050 fizjoterapeutów objętych wsparciem

Wskaźnik rezultatu: 892 fizjoterapeutów, którzy zrealizowali szkolenie specjalizacyjne (liczonych jako liczba fizjoterapeutów, którzy zrealizowali co najmniej 6 modułów przewidzianych programem szkolenia specjalizacyjnego).

Zadanie 2: Kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie farmacji szpitalnej

Szacunkowy koszt: około 4 920 000,00 zł - około 12 % budżetu projektu

Okres realizacji zadania: od 1 do 40 miesiąca realizacji projektu (ze względu na wieloletni cykl kształcenia specjalizacyjnego).

Opis zadania:

Celem zadania jest wsparcie kształcenia specjalizacyjnego dla 400 farmaceutów realizujących szkolenie specjalizacyjne.

MODUŁ I - Regulacje prawne w praktyce farmaceuty szpitalnego

Kurs specjalizacyjny:

1. Regulacje prawne w praktyce farmaceuty szpitalnego

MODUŁ II - Komunikacja interpersonalna i współpraca z personelem medycznym

Kurs specjalizacyjny:

1. Komunikacja interpersonalna i współpraca z personelem medycznym

MODUŁ III - Współczesna farmakoterapia i opieka farmaceutyczna nad pacjentem hospitalizowanym

Kursy specjalizacyjne:

1. Postępy w naukach farmaceutycznych
2. Farmakokinetyka w terapii pacjentów hospitalizowanych. Interakcje lekowe
3. Standardy terapeutyczne pacjentów hospitalizowanych
4. Organizacja i formy realizacji usług opieki farmaceutycznej w szpitalu

MODUŁ IV - Wyroby i gazy medyczne

Kurs specjalizacyjny:

1. Wyroby i gazy medyczne

MODUŁ V - Polityka lekowa szpitala i gospodarka w szpitalu produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi

Kurs specjalizacyjny:

1. Polityka lekowa szpitala i gospodarka w szpitalu produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi

MODUŁ VI - Leki jałowe

Kurs specjalizacyjny:

1. Preparaty jałowe – sporządzanie oraz nadzór nad jakością i bezpieczeństwem

MODUŁ VII - Rola farmaceuty szpitalnego w leczeniu pacjentów onkologicznych

Kursy specjalizacyjne:

1. Podstawy onkologii klinicznej

2. Pracownia leku cytotoksycznego

MODUŁ VIII - Żywnienie kliniczne

Kursy specjalizacyjne:

1. Podstawy żywienia klinicznego. Żywnienie do- i pozajelitowe

2. Farmaceutyczne aspekty żywienia pozajelitowego

MODUŁ IX - Bezpieczeństwo pracy i przygotowania radiofarmaceutyków

Kurs specjalizacyjny:

1. Bezpieczeństwo pracy i przygotowania radiofarmaceutyków

Kurs specjalizacyjny jednolity:

Prawo medyczne

Wskaźnik produktu: 400 farmaceutów objętych wsparciem

Wskaźnik rezultatu: 340 farmaceutów, którzy odbyli szkolenie specjalizacyjne (liczonych jako liczba farmaceutów, którzy zrealizowali co najmniej 6 modułów przewidzianych programem szkolenia specjalizacyjnego).

Zadanie 3: Kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie farmacji klinicznej

Szacunkowy koszt: około 4 214 800,00 zł - około 10 % budżetu projektu

Okres realizacji zadania: od 1 do 40 miesiąca realizacji projektu (ze względu na wieloletni cykl kształcenia specjalizacyjnego).

Opis zadania:

Celem zadania jest wsparcie kształcenia specjalizacyjnego dla 400 farmaceutów realizujących szkolenie specjalizacyjne.

MODUŁ I - Komunikacja interpersonalna

Kurs specjalizacyjny:

1. Komunikacja interpersonalna

MODUŁ II - Znaczenie farmakokinetyki klinicznej w praktyce medycznej

Kursy specjalizacyjne:

1. Znaczenie farmakokinetyki klinicznej w praktyce medycznej

MODUŁ III - Fizjologiczne uwarunkowania wpływające na stosowanie leków

Kurs specjalizacyjny:

1. Fizjologiczne uwarunkowania wpływające na stosowanie leków

MODUŁ IV - Czynniki patologiczne wpływające na losy leków w organizmie i farmakoterapię

Kurs specjalizacyjny:

1. Czynniki patologiczne wpływające na losy leków w organizmie i farmakoterapię

MODUŁ V - Racjonalna antybiotykoterapia

Kurs specjalizacyjny:

1. Racjonalna antybiotykoterapia

MODUŁ VI - Specjalistyczne wyroby medyczne stosowane w praktyce klinicznej. Wpływ wyrobów medycznych na stosowaną farmakoterapię

Kurs specjalizacyjny:

1. Specjalistyczne wyroby medyczne stosowane w praktyce klinicznej. Wpływ wyrobów medycznych na stosowaną farmakoterapię

MODUŁ VII - Badania kliniczne. Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii

Kurs specjalizacyjny:

1. Badania kliniczne. Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii (pharmacovigilance)

MODUŁ VIII - Usługi farmacji klinicznej i opieki farmaceutycznej

Kurs specjalizacyjny:

1. Usługi farmacji klinicznej i opieki farmaceutycznej

MODUŁ IX - Staże kierunkowe

Staże kierunkowe:

1. Staż kierunkowy w zakresie chorób wewnętrznych i geriatrii
2. Staż kierunkowy w zakresie endokrynologii i diabetologii
3. Staż kierunkowy w zakresie dermatologii
4. Staż kierunkowy w zakresie hematologii
5. Staż kierunkowy w zakresie psychiatrii
6. Staż kierunkowy w zakresie chirurgii ogólnej
7. Staż kierunkowy w zakresie pediatrii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej
8. Staż kierunkowy w zakresie położnictwa i ginekologii
9. Staż kierunkowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lub poradni przyszpitalnej

Kurs specjalizacyjny jednolity:

Prawo medyczne

Wskaźnik produktu: 400 farmaceutów objętych wsparciem

Wskaźnik rezultatu: 340 farmaceutów, którzy odbyli szkolenie specjalizacyjne (liczonych jako liczba farmaceutów, którzy zrealizowali co najmniej 6 modułów przewidzianych programem szkolenia specjalizacyjnego).

Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?

- Nie

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

Nie dotyczy

Czy projekt będzie projektem grantowym?

- Nie

Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie: 4 kwartał 2023 r.

Przewidywany okres realizacji projektu: od 01.01.2024 r. do 01.04.2028 r.

Szacowany budżet Projektu

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

- w roku 2024: 4 144 280,00
 - w roku 2025: 15 000 000,00
 - w roku 2026: 10 000 000,00
 - w roku 2027: 10 000 000,00
 - w roku 2028: 1 000 000,00
- ogółem: 40 144 280,00

Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):

- Nie

Procentowy poziom wymaganego wkładu własnego (o ile dotyczy):

nie dotyczy

Szacowany wkład UE (PLN):

33 127 059,85 PLN

Cross-financing (uzupełnij): nie dotyczy

Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami (w podziale na płeć i ogółem)

Wskaźniki Rezultatu

1. Liczba osób, które podniosły swoje kompetencje dzięki udziałowi w szkoleniach oraz kształceniu podyplomowym prowadzonych w ramach programu.
Wartość docelowa dla projektu: 1 572

Wskaźniki Produktu

3. Nazwa wskaźnika: Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego.
Wartość docelowa dla projektu: 1 850

Szczegółowe kryteria wyboru projektów

Kryteria dostępu:

Nie dotyczy

III FIZSKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY²⁰

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

III.1 NUMER PROJEKTU W PD skrócona nazwa programu - skrót nazwy województwa . numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu. Przykład: WD.1.P.1.	FERS.4.P.6
III.2 DZIAŁANIE numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (część Numer i nazwa działania FERS).
III.3 Fundusz skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy	EFS+
III.4 Cel szczegółowy numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.	Cel szczegółowy: 4(k) Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej (...)
III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).
III.6 Zakres terytorialny inwestycji pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).	ogólnopolski
	Województwo:
	Powiat:
	TERYT powiat:
PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE	
III.7 Tytuł projektu	Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów akredytacyjnych
III.8 Beneficjent nazwa beneficjenta, adres jego siedziby	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia ul. Michała Bobrzyńskiego 12, 30-348 Kraków
III.9 Cel główny projektu cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).

²⁰ Istnieje możliwość przedstawienia informacji nt. projektu w postaci fizyki projektu realizowanego w procedurze niekonkurencyjnej używanej przez Instytucję, jeśli w tej fizyce znajdują się wszystkie informacje wymagane oficjalnym wzorem planu działań Komitetu Sterującego, natomiast w przypadku gdy taki dokument nie zawiera wszystkich wymaganych wzorem informacji, konieczne jest uzupełnienie brakujących elementów w Planie działań.

III.10 Opis projektu zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).			
III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”²¹ nazwa adekwatnego celu z dokumentu „Zdrowa Przyszłość” – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy w razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie	Cel 1.2 [Jakość] Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych			
III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta	Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).			
III.13 Opis zgodności projektu z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych i Krajowym / Wojewódzkim Planem Transformacji zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu oraz Krajowego lub Wojewódzkiego Planu Transformacji	<p>Założenia projektu uwzględniają realizację rekomendacji Krajowego Planu Transformacji w szczególności w części: Działanie 2.13.8. Wdrożenie działań pro jakościowych w systemie ochrony zdrowia polegających na dostosowaniu placówek POZ i szpitali do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (głównie osoby z niepełnosprawnością i osoby starsze), w oparciu o Standardy Dostępności POZ i Szpitali, jak również kierunki działań rekomendowane w mapach Potrzeb Zdrowotnych w tym m.in.</p> <ul style="list-style-type: none"> - wzmocnienie opieki nad pacjentem zdrowym, zwiększenie działań profilaktycznych, badań przesiewowych, opieki nad pacjentem z grup ryzyka; - ulepszanie mechanizmów koordynacyjnych w zakresie współpracy POZ z AOS i lecznictwem szpitalnym; - wzmocnienie edukacji zdrowotnej, aby pacjent był aktywnym partnerem personelu medycznego we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących działań w chorobie i zdrowiu; - poprawa jakości danych wprowadzanych i zbieranych w systemie. 			
III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie rok oraz kwartał [RRRR.KW]	Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie).			
III.15 Przewidywany okres realizacji projektu orientacyjna informacja dotycząca roku oraz kwartału rozpoczęcia/zakończenia realizacji projektu	Data rozpoczęcia	[RRRR.KW]	Data zakończenia	[RRRR.KW]

²¹ Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

III.16 Opinia Ministra Zdrowia Oświadczenie o posiadaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, o ile projekt dotyczy zakresu: - e-zdrowia, dostępności placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i telemedycyny, - psychiatrii, - kształcenia kadr medycznych i okołomedycznych.	Nd.
---	-----

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

ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI
III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba podmiotów leczniczych, u których przeprowadzono ocenę akredytacyjną	podmiot	200	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, objętych wsparciem w zakresie działań jakościowych	podmiot	240	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Liczba pracowników POZ, którzy uzyskali wsparcie szkoleniowe w zakresie standardów akredytacyjnych i przygotowania jednostki podstawowej opieki zdrowotnej do ich wdrożenia	liczba	960	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

FERS.4.P.6

Tytuł lub zakres projektu: **Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów akredytacyjnych**

Informacje o instytucji opracowującej fiszkę:

Numer i nazwa Priorytetu: Priorytet 4 – Spójność społeczna i zdrowie

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych: Dariusz Juszczyński, Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II, Departament Oceny Inwestycji, nr tel.: +48 880 340 050, e-mail: d.juszczyński@mz.gov.pl

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

Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny

Podstawowe informacje o Projekcie:

Typ projektów FERS: Podnoszenie jakości zarządzania świadczeniami zdrowotnymi

Podmiot, który będzie wnioskodawcą: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

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

Zaplanowane w projekcie działania projakościowe kierowane do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej obejmują zadania związane z akredytacją w ochronie zdrowia. Zadania te, zgodnie z ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692), realizuje Ośrodek Akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), będący jednostką podległą ministrowi do spraw zdrowia, właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych.

CMJ jest jedynym w Polsce ośrodkiem uprawnionym do przeprowadzania procesu akredytacji podmiotów leczniczych. Od ponad 25 lat zajmuje się zagadnieniami dotyczącymi poprawy jakości w systemie ochrony zdrowia, a eksperci CMJ posiadają wiedzę i doświadczenie w realizacji projektów z zakresu ochrony zdrowia. Z tego względu, beneficjentem projektu może być jedynie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, a projekt powinien zostać wybrany w sposób niekonkurencyjny.

Realizacja projektu wpisuje się w cele i kierunki interwencji określone w dokumencie „Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.” – Cel 1.2 [Jakość] Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych; kierunek interwencji nr 2: Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług poprzez standaryzację i reorganizację opieki, narzędzie nr 2.1. Poprawa jakości, bezpieczeństwa, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Założenia projektu uwzględniają realizację rekomendacji Krajowego Planu Transformacji w szczególności w części: Działanie 2.13.8. Wdrożenie działań projakościowych w systemie ochrony zdrowia polegających na dostosowaniu placówek POZ i szpitali do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (głównie osoby z niepełnosprawnością i osoby starsze), w oparciu o Standardy Dostępności POZ i Szpitali, jak również kierunki działań rekomendowane w mapach Potrzeb Zdrowotnych w tym m.in.

- wzmocnienie opieki nad pacjentem zdrowym, zwiększenie działań profilaktycznych, badań przesiewowych, opieki nad pacjentem z grup ryzyka;
- ulepszanie mechanizmów koordynacyjnych w zakresie współpracy POZ z AOS i lecnictwem szpitalnym;
- wzmocnienie edukacji zdrowotnej, aby pacjent był aktywnym partnerem personelu medycznego we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących działań w chorobie i zdrowiu;

- poprawa jakości danych wprowadzanych i zbieranych w systemie.

Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:

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

Cel główny projektu:

Celem głównym projektu jest wzmocnienie systemu ochrony zdrowia oraz poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki w placówkach udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Cel ten będzie realizowany poprzez identyfikację słabych punktów w działalności placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), wymianę wiedzy o dobrych praktykach i wprowadzenie standardów jakości i bezpieczeństwa opieki. Realizację celu umożliwi wsparcie procesu akredytacji i zwiększenie liczby jednostek POZ wdrażających standardy akredytacyjne i poddających się ocenie zewnętrznej w trakcie przeglądu akredytacyjnego.

Kontekst

Akredytacja jest ważnym narzędziem uzyskiwania poprawy jakości świadczeń zdrowotnych, zwiększania skuteczności leczenia, ograniczania występowania zdarzeń niepożądanych oraz podnoszenia jakości zarządzania i poprawy dostępności. Stymuluje także inwestycje i rozwój infrastruktury w podmiotach leczniczych uczestniczących w procesie akredytacji. Podstawowa opieka zdrowotna stanowi bazę funkcjonowania każdego systemu opieki zdrowotnej. Dlatego tak istotne jest wzmacnianie działań projakościowych dotyczących tego obszaru opieki zdrowotnej. Pacjenci mają wybór lekarza rodzinnego, ale nie zawsze jest to lekarz rodzinny, który zapewnia właściwy poziom diagnostyki i leczenia. Wdrażanie standardów akredytacyjnych w jednostce POZ stymuluje wdrażanie działań projakościowych, takich jak np. poszerzanie kompetencji i zakresu oferowanych usług, kompleksowe spojrzenie na pacjenta, uwzględnianie opinii pacjentów i pacjentek w planowanych i wdrażanych zmianach. Istotne rozszerzenie kompetencji lekarza rodzinnego i nadanie mu roli koordynatora opieki spowodowało konieczność nowego spojrzenia na aspekty jakości w POZ. Akredytacja stymuluje analizowanie posiadanych danych i wyciąganie z nich wniosków, wspiera wdrażanie elektronicznej dokumentacji medycznej. Wprowadzanie standardów akredytacyjnych przyczynia się też do prowadzenia właściwej profilaktyki zdrowotnej oraz edukacji pacjentów i

pacjentek. Wysokie standardy organizacyjne funkcjonowania praktyk POZ osiągane wraz z wdrożeniem standardów akredytacyjnych gwarantują porównywalną, dobrą jakość opieki w różnych regionach Polski. Wspieranie sektora POZ i wspieranie działań projakościowych w tym obszarze zbliża nasz system opieki zdrowotnej do systemów UE, poprzez upowszechnienie wymogów i standardów jakościowych wśród świadczeniodawców oraz wprowadzenie wskaźników jakości i bezpieczeństwa pacjenta.

Dotychczas podjęte działania i zidentyfikowane bariery

Proces akredytacji POZ jest prowadzony od 2004 r., jednak do tej pory jedynie ok. 450 jednostek POZ poddało się ocenie akredytacyjnej, a aktualny 3-letni certyfikat akredytacyjny posiada zaledwie 197 jednostek POZ (stan na 1 sierpnia 2023). Na niewystarczające zainteresowanie akredytacją w POZ wpływają następujące przyczyny:

- 1) trudności organizacyjne: w małych jednostkach trudniej jest skierować pracowników na niezbędne szkolenia, takie wyjazdy łączą się z koniecznością organizowania zastępstw, co rodzi dodatkowe trudności; nie ma wystarczającej liczby pracowników by powołać zespół ds. jakości i wszystkie zadania związane z przygotowaniem jednostki do procesu akredytacji spoczywają na małej grupie personelu, a czasem na pojedynczych osobach;
- 2) niedostateczne rozpowszechnienie wiedzy na temat jakości i bezpieczeństwa opieki w kontekście standardów akredytacyjnych oraz korzyści, jakie niesie praca w oparciu o standardy w jednostkach POZ;
- 3) istotną przeszkodą, zwłaszcza dla małych jednostek POZ, mogą być też koszt szkolenia i koszt przeglądu akredytacyjnego, jakie ponoszą jednostki przystępujące do procesu akredytacji.

Zaplanowane w projekcie zadania powinny umożliwić pokonanie ww. barier i dobre przygotowanie jednostek do procesu akredytacji.

Działania w projekcie będą dotyczyły wdrożenia standardów akredytacyjnych w praktyce jednostek udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Wsparcie szkoleniowo-doradcze, jakie otrzymają podmioty POZ w ramach planowanego projektu, pomoże tym placówkom wdrożyć działania projakościowe i przygotować się do przeglądu akredytacyjnego w celu uzyskania certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia.

Cele szczegółowe projektu obejmują:

- 1) wsparcie szkoleniowo-doradcze i przygotowanie do przeglądu akredytacyjnego poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych w codziennej praktyce;
- 2) umożliwienie skutecznej wymiany wiedzy i doświadczeń wśród uczestników projektu, z wykorzystaniem środków bezpośredniego i pośredniego kontaktu (sympozjum i platforma

internetowa) oraz upowszechnienie akredytacji wśród innych podmiotów leczniczych świadczących usługi z zakresu POZ

- 3) przeprowadzenie oceny wdrożenia standardów w trakcie przeglądów akredytacyjnych w jednostkach POZ.

Efekty i ich wykorzystanie

Efektem planowanych działań będzie poprawa funkcjonowania poszczególnych jednostek podstawowej opieki zdrowotnej i świadczonych przez nie usług medycznych pod względem jakości i bezpieczeństwa opieki oraz stymulowanie i inicjowanie działań projakościowych.

Wsparcie kolejnych jednostek POZ w zakresie wdrażania standardów akredytacyjnych zwiększy liczbę jednostek POZ funkcjonujących w polskim systemie ochrony zdrowia poddających się ocenie akredytacyjnej w trakcie przeglądu akredytacyjnego i posiadających certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia. Będzie to skutkowało szerszym dostępem pacjentów do świadczeń zdrowotnych udzielanych w jednostkach akredytowanych, a więc bardziej bezpiecznych dla pacjenta.

Stan docelowy

Realizacja projektu umożliwi szersze rozpropagowanie idei akredytacji w środowisku POZ, a co za tym idzie - zwiększenie zainteresowania procesem akredytacji również wśród podmiotów nieuczestniczących w projekcie. Wzrost wiedzy w tym zakresie może wpłynąć na poprawę zgłaszalności do procesu kolejnych placówek, jak i ponowne zgłoszenia w celu odnowy certyfikatu przez jednostki POZ w kolejnych latach, co będzie stanowiło wartość dodaną projektu.

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

Grupa docelowa i zasady rekrutacji

Projekt skierowany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie POZ i obejmie swym zasięgiem całą Polskę. Ustalono zostaną kryteria preferencyjne dla podmiotów z obszarów o najniższym odsetku jednostek POZ z certyfikatem akredytacyjnym (m.in. województwo lubuskie, podkarpackie, opolskie, warmińsko-mazurskie).

Planowane wsparcie dotyczy 240 podmiotów, przewidywana liczba uczestników warsztatów szkoleniowych to średnio 4 osoby z każdej placówki POZ (ok. 960 osób). Uczestnikami licznych form wsparcia we wdrażaniu standardów akredytacyjnych będą przede wszystkim lekarze i lekarki oraz pielęgniarze i pielęgniarki pracujący w jednostkach POZ, gdyż głównie na nich będzie spoczywać zadanie przygotowania jednostki do przeglądu akredytacyjnego.

Rekrutacja uczestników do projektu będzie prowadzona w kilku etapach. W celu uzyskania odpowiedniej liczby POZ i uczestników, informacje o naborze do projektu i całym projekcie zostaną zamieszczone na stronach internetowych i w prasie branżowej. Założenia projektu będą przedstawiane na kongresach i szkoleniach dla lekarzy rodzinnych.

Aby umożliwić uzyskanie wsparcia szkoleniowego zwłaszcza tym jednostkom POZ, dla których przystąpienie do procesu akredytacji poza projektem może być szczególnie trudne, w pierwszej kolejności rekrutowane będą małe jednostki, a w drugiej kolejności duże przychodnie posiadające kilka lokalizacji.

Zadania planowane w projekcie:

1. Kompleksowe wsparcie szkoleniowo-doradcze we wdrażaniu standardów akredytacyjnych i przygotowaniu placówki udzielającej świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej do przeglądu akredytacyjnego.

Organizowane będą cykliczne seminaria z zakresu procedury akredytacyjnej i dokonywania samooceny spełniania standardów akredytacyjnych, w celu uświadomienia potrzeby i zakresu niezbędnych zmian z wykorzystaniem wzorca dobrego postępowania, jakim są standardy akredytacyjne. Będą one prowadzone w poszczególnych województwach dla przedstawicieli podmiotów uczestniczących w projekcie.

Realizowane będą kilkuetapowe konsultacje (m.in. wizyta w miejscu udzielania świadczeń, konsultacje telefoniczne lub stacjonarne). Obejmą one m.in. przeprowadzenie oceny wstępnej stanu jednostki (ocena ex-ante), wskazanie największych problemów i koniecznych kierunków działań oraz pomoc w wypracowaniu rozwiązań i zmian adekwatnych dla konkretnej jednostki POZ, z uwzględnieniem lokalnej praktyki.

Dodatkową korzyścią, mogącą wpłynąć na zwiększenie zainteresowania procesem akredytacji, będzie możliwość udziału w praktycznych szkoleniach z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (szkolenia takie są wymagane standardami akredytacyjnymi, wprowadzonymi Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZ. 11.4.42)) z działów Bezpieczeństwo Opieki i Zespół Współpracowników. Potrzebę organizacji takich szkoleń zgłaszali wielokrotnie pracownicy POZ.

Prowadzone będą również szkolenia wspierające wdrażanie standardów akredytacyjnych z działów o największym znaczeniu dla poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki, m.in.

Dokumentacja Medyczna, Farmakoterapia, Szkolenia i doradztwo. Będą one prowadzone przez tzw. „rówieśników zawodowych”, m.in. przez lekarzy rodzinnych posiadających dużą wiedzę i doświadczenie w zakresie poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki. Rolą doradców będzie

również wspieranie POZ w opracowywaniu praktycznych rozwiązań ułatwiających wdrażanie standardów.

Produkty zadania:

- 10 edycji seminariów z zakresu procedury akredytacyjnej;
- 240 kilkietapowych konsultacji z zakresu wdrażania standardów akredytacyjnych przeprowadzonych w siedzibie jednostki POZ;
- 240 edycji szkoleń z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej przeprowadzonych w siedzibie jednostki POZ;
- 15 edycji szkoleń dotyczących farmakoterapii;
- 10 edycji szkoleń dotyczących dokumentacji medycznej;
- 960 przeszkolonych osób.

Okres realizacji zadania: od stycznia 2024 do grudnia 2027 tj. od 1 do 48 miesiąca realizacji projektu

Szacowany % budżetu proj.: 8 828 305 PLN, czyli ok. 51,54 % kosztów budżetu projektu.

2. Forum wymiany doświadczeń i dobrych praktyk

Uzupełnieniem etapu wdrożenia standardów będzie uruchomienie platformy on-line jako forum dla tzw. rówieśników zawodowych (przedstawiciele i przedstawicielki jednostek POZ, eksperci i ekspertki, wizytatorzy i wizytatorki), zapewniającego wsparcie i kształcenie ustawiczne dla uczestników i uczestniczek projektu oraz umożliwiającego wymianę informacji i doświadczeń.

Zorganizowane zostanie sympozjum dla uczestników projektu, w trakcie którego kadra lekarska będzie mogła bezpośrednio zaprezentować dobre praktyki z zakresu higieny rąk, koncyliacji lekowej, koordynacji farmakoterapii, monitorowania zdarzeń niepożądanych itp..

Produkty zadania:

- 1 platforma internetowa
- 1 sympozjum o akredytacji w POZ.

Okres realizacji zadania: od maja 2024 do grudnia 2027, tj. od 5 do 48 miesiąca realizacji projektu.

Szacowany % budżetu proj.: 1 416 517 PLN, 8,27 % kosztów budżetu projektu.

3. Przeglądy akredytacyjne w placówkach udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

1-2 dniowy przegląd akredytacyjny prowadzony będzie przez zespół 2-3 wizytatorów lub wizytatorek. Czas trwania wizyty i liczebność zespołu będzie uzależniona od wielkości jednostki POZ liczby zadeklarowanych pacjentów. Zespół przeprowadzi ocenę spełnienia standardów akredytacyjnych na podstawie przeprowadzonych wywiadów, przeglądu dokumentacji jednostki, przeglądu dokumentacji medycznej i obserwacji bezpośredniej. Zakładamy, że do przeglądu akredytacyjnego przystąpi 200 jednostek POZ, spośród 240 objętych wsparciem szkoleniowo-konsultacyjnym. Takie założenie wynika z doświadczeń w prowadzeniu wizyt akredytacyjnych i realizacji wcześniejszych projektów. Nie wszystkie jednostki składające wnioski o udzielenie akredytacji poddają się finalnie ocenie akredytacyjnej, część rezygnuje.

Prowadzone będą seminaria, organizowane przez Wnioskodawcę, z wizytatorami i wizytatorkami w celu omówienia standardów akredytacyjnych, metod ich oceny oraz metodyki prowadzenia wizyt akredytacyjnych w połączeniu z doradztwem merytorycznym skierowanym do zespołów wizytujących. Seminaria będą również zawierać moduł dot. tematyki dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. W spotkaniach uczestniczyć będą eksperci i ekspertki CMJ, a udział w seminariach umożliwi również wizytatorom i wizytatorkom wymianę doświadczeń, ujednolicenie sposobu interpretacji standardów, omówienie problemów powstałych w trakcie prowadzenia wizyt.

Dodatkowo, placówki podstawowej opieki zdrowotnej otrzymają wsparcie w zakresie badania wskaźników jakości, co ma wpływ na wiarygodność oceny, ponieważ nie ogranicza się tylko do informacji i danych pozyskanych podczas wizyty akredytacyjnej.

Produkty zadania:

- 200 przeglądów akredytacyjnych w jednostkach POZ
- 200 raportów zawierających ocenę wdrożenia standardów akredytacyjnych
- 3 seminaria z wizytatorami i wizytatorkami

Okres realizacji zadania: od lipca 2024 do grudnia 2027, tj. od 7 do 48 miesięcy realizacji projektu.

Szacowany % budżetu proj.: 5 327 588 PLN, czyli 31,1 % kosztów budżetu projektu.

Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?:

- Nie

Czy projekt będzie projektem grantowym?:

- Nie

Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie: 4 kwartał 2023 r.

Przewidywany okres realizacji projektu: styczeń 2024 – grudzień 2027

Szacowany budżet Projektu

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

- w roku 2024: 2 139 313,00
- w roku 2025: 5 595 490,00
- w roku 2026: 5 883 076,00
- w roku 2027: 3 511 773,00
- ogółem: 17 129 652,00

Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):

- Nie

Szacowany wkład UE (PLN):

14 135 388,83 PLN (82,52%)

Cross-financing (uzupełnij): nie

Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami

Wskaźniki Rezultatu

1. Liczba podmiotów leczniczych, u których przeprowadzono ocenę akredytacyjną

Wartość docelowa dla projektu: 200

Do wskaźnika wliczane będą podmioty wykonujące działalność leczniczą, posiadające umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w których przeprowadzono przegląd akredytacyjny.

2. Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które w wyniku udziału w projekcie otrzymały certyfikat akredytacyjny

Wartość docelowa dla projektu: 160

Do wskaźnika wliczane będą podmioty wykonujące działalność leczniczą, posiadające umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, które uzyskały certyfikat akredytacyjny w wyniku udziału w projekcie.

Komentarz [DJ1]: Przeniesiono ze wskaźników produktu do rezultatu i doprecyzowano zapis "w wyniku udziału w projekcie" zgodnie z rozmową z IŻ z 22.11.2023

Wskaźniki Produktu

1. Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, objętych wsparciem w zakresie działań projakościowych

Wartość docelowa dla projektu: 240

Do wskaźnika wliczane będą podmioty wykonujące działalność leczniczą, posiadające umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, objętych programem akredytacyjnym.

2. Liczba pracowników POZ, którzy uzyskali wsparcie szkoleniowe w zakresie standardów akredytacyjnych i przygotowania jednostki podstawowej opieki zdrowotnej do ich wdrożenia

Wartość docelowa dla projektu: 960

Szczegółowe kryteria wyboru projektów

nie dotyczy

III FIZSKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY²²

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

III.1 NUMER PROJEKTU W PD

skrótowa nazwa programu - skrót nazwy województwa .
numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu.
Przykład: WD.1.P.1.

FERS.4.P.7

III.2 DZIAŁANIE

numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (część Numer i nazwa działania FERS).

III.3 Fundusz

skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy

EFS+

III.4 Cel szczegółowy

numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności –
wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.

Cel szczegółowy: 4(k) Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej (...)

III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP

typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).

III.6 Zakres terytorialny inwestycji

pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).

ogólnopolski

Województwo:

Powiat:

TERYT powiat:

PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE

III.7 Tytuł projektu

E-Konsylium II - realizacja zdalnych konsultacji medycznych z wykorzystaniem platformy telemedycznej

III.8 Beneficjent

nazwa beneficjenta, adres jego siedziby

Departament Innowacji, Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

III.9 Cel główny projektu

cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).

III.10 Opis projektu

zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).

²² Istnieje możliwość przedstawienia informacji nt. projektu w postaci fiszki projektu realizowanego w procedurze niekonkurencyjnej używanej przez Instytucję, jeśli w tej fiszce znajdują się wszystkie informacje wymagane oficjalnym wzorem planu działań Komitetu Sterującego, natomiast w przypadku gdy taki dokument nie zawiera wszystkich wymaganych wzorem informacji, konieczne jest uzupełnienie brakujących elementów w Planie działań.

<p>III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”²³ nazwa adekwatnego celu z dokumentu „Zdrowa Przyszłość” – wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy w razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie</p>	<p>Cel 3.4 [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-zdrowia</p>			
<p>III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta</p>	<p>Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).</p>			
<p>III.13 Opis z potrzeb zdrowotnych i zdrowym/ wojewódzkim Planem Transformacji zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu oraz Krajowego lub Wojewódzkiego Planu Transformacji</p>	<p>Projekt „E-Konsylium II - realizacja zdalnych konsultacji medycznych z</p> <div data-bbox="175 824 1436 929" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU</p> <p>Szacowana kwota wydatków w projekcie</p> </div> <p>pacjentek przez cyfryzację dokumentacji medycznej i dalszy rozwój usługi jej wymiany”. Zaś z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wynika, że proces informatyzacji znacząco przyspieszył od czasów pandemii COVID-19. „Niemniej wymagany jest dalszy rozwój tego kierunku działań, szczególnie w zakresie przyspieszenia i wsparcia wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej w praktykach POZ i jej wymiany między poszczególnymi szczeblami systemu opieki zdrowotnej oraz pełnego dostępu pacjenta do swojej dokumentacji medycznej.” (MPZ, str. 143).</p>			
<p>III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie rok oraz kwartał [RRRR.KW]</p>	<p>Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie).</p>			
<p>III.15 Przewidywany okres realizacji projektu orientacyjna informacja dotycząca roku oraz kwartału rozpoczęcia/zakończenia realizacji projektu</p>	<p>Data rozpoczęcia</p>	<p>[RRRR.KW]</p>	<p>Data zakończenia</p>	<p>[RRRR.KW]</p>
<p>III.16 Opinia Ministra Zdrowia Oświadczenie o posiadaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, o ile projekt dotyczy zakresu: - e-zdrowia, dostępności placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i telemedycyny, - psychiatrii, - kształcenia kadr medycznych i okołomedycznych.</p>	<p>Nd.</p>			

²³ Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

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

ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI			
III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba podmiotów, które wdrożyły działania jakościowe	podmiot	420	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

Liczba pracowników podmiotów medycznych, którzy dzięki uczestnictwu w szkoleniu, podnieśli swoje kompetencje w zakresie obsługi platformy zdalnych konsultacji	liczba	1 700	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, objętych wsparciem w zakresie działań projakościowych	liczba	420	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

FERS.4.P.7

Tytuł lub zakres projektu: **E-Konsylium II - realizacja zdalnych konsultacji medycznych z wykorzystaniem platformy telemedycznej**

Informacje o instytucji opracowującej fiszkę:

Numer i nazwa Priorytetu: 4 – Spójność społeczna i zdrowie

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych: Dariusz Juszczyński, Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II, Departament Oceny Inwestycji, tel.: +48 880 340 050, e-mail: d.juszczyński@mz.gov.pl

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

Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny

Podstawowe informacje o Projekcie:

Typ projektów FERS: Podnoszenie jakości zarządzania świadczeniami zdrowotnymi

Podmiot, który będzie wnioskodawcą: Departament Innowacji, Ministerstwo Zdrowia

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

Projekt spełnia przesłanki określone w art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027.

Przedmiotowy projekt stanowi przedsięwzięcie o strategicznym znaczeniu dla społeczno-gospodarczego rozwoju kraju w obszarze związanym ze zdrowiem obywateli i podnoszeniem standardów leczenia w Polsce. Realizacja projektu wpisuje się wprost w założenia dokumentu Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia, w ramach którego wskazano na konieczność dalszego rozwoju e-Zdrowia w Polsce, w tym cyfryzację obiegu dokumentacji medycznej, wymiany informacji pomiędzy placówkami, dającej szansę na szybki dostęp do danych pacjenta, umożliwiających postawienie diagnozy i rozpoczęcie efektywnego procesu leczenia.

Projekt „E-Konsylium II - realizacja zdalnych konsultacji medycznych z wykorzystaniem platformy telemedycznej” przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji w szczególności w części 2.13 Pozostałe, punkt 7, 2) pn.: „Dalszy rozwój centralnych usług cyfrowych ochrony zdrowia stanowiący odpowiedź na oczekiwania środowisk medycznych, jak i pacjenckich przez cyfryzację dokumentacji medycznej i dalszy rozwój usługi jej wymiany”. Zaś z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wynika, że proces informatyzacji znacząco przyspieszył od czasów pandemii COVID-19. „Niemniej wymagany jest dalszy rozwój tego kierunku działań, szczególnie w zakresie przyspieszenia i wsparcia wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej w praktykach POZ i jej wymiany między poszczególnymi szczeblami systemu opieki zdrowotnej oraz pełnego dostępu pacjenta do swojej dokumentacji medycznej.” (MPZ, str. 143).

Ze względu na zakres kompetencji, jedynie Ministerstwo Zdrowia (MZ) ma możliwość podjęcia kompleksowych działań zapewniających osiągnięcie zakładanych rezultatów projektu. W gestii ministra ds. zdrowia leżą bowiem sprawy dotyczące zasad organizacji opieki zdrowotnej oraz zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemu e-zdrowia. Informatyzacja systemu ochrony zdrowia jest od kilku lat jednym z priorytetowych działań prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia w celu rozszerzania dostępu do usług publicznych w ochronie zdrowia świadczonych drogą elektroniczną. Jak pokazują doświadczenia kryzysu epidemiologicznego związanego z COVID-19, informatyzacja w ochronie zdrowia stanowi kluczowy element wzmacniania odporności sektora ochrony zdrowia na zagrożenia zewnętrzne. Dzięki wcześniej zrealizowanym przez Ministerstwo Zdrowia działaniom w tym zakresie (m.in. Internetowe Konto Pacjenta, e-Recepty, e-ZLA, e-skierowania, zdalna komunikacja) możliwe było zdalne udzielanie świadczeń. Ponadto, Ministerstwo Zdrowia rozwija platformę Domowej Opieki Medycznej, w ramach której realizowane są programy pilotażowe z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych takich jak pulsoksymetr, e-stetoskop, opaska telemedyczna, e-spirometr czy innowacyjne urządzenie wielofunkcyjne. Planowane jest kontynuowanie działań związanych z informatyzacją oraz dalsze wdrażanie nowoczesnych technologii w publicznym systemie

ochrony zdrowia poprzez zastosowanie skutecznych klinicznie rozwiązań, które przyczynią się do zwiększenia dostępności i jakości usług.

W ramach realizowanego projektu wszystkim osobom, w tym osobom ze szczególnymi potrzebami, zapewniony zostanie jednakowy dostęp do konsultacji z wykorzystaniem platformy zdalnych konsultacji. Przyczyni się to do zapobiegania wykluczeniu dzięki zapewnieniu pacjentom i pacjentkom szybkiego dostępu do diagnozy i leczenia poprzez skrócenie czasu oczekiwania na konsultację z lekarzem specjalistą.

Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:

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

Cel główny projektu:

Celem głównym projektu jest zapewnienie równego dostępu do wysokospecjalistycznych konsultacji w procesie diagnozy i leczenia pacjentów i pacjentek w zakresie chorób płuc, hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej, kardiologii dzieci i dorosłych oraz chorób rzadkich u dzieci.

Dzięki platformie teleinformatycznej eKonsylium oraz modułom przeznaczonym dla każdego z ww. zakresów chorób, pacjenci uzyskają dostęp do szybkiej diagnozy oraz leczenia przez wykwalifikowanych specjalistów. W ramach projektu będą udzielane granty szpitalom, placówkom AOS oraz POZ na prowadzenie konsultacji oraz zakup niezbędnego sprzętu. Projekt będzie kontynuacją oraz rozwinięciem działań rozpoczętych w ramach projektu eKonsylium, realizowanego ze środków PO WER 2014-2020.

Projekt przyczyni się do:

- zapewnienia pacjentom i pacjentkom szybkiego dostępu do diagnozy i leczenia poprzez skrócenie czasu oczekiwania na konsultację z lekarzem specjalistą;
- wzmocnienia opieki koordynowanej w POZ poprzez zapewnienie możliwości szybkiej konsultacji wyników rozszerzonego pakietu badań bezpośrednio z ośrodkiem specjalistycznym;
- zapewnienia szybszego i skuteczniejszego diagnozowania chorób przewlekłych przez lekarzy POZ poprzez możliwość konsultacji on-line z wybranymi ośrodkami specjalistycznymi w kraju i za granicą;

- wzrostu kompetencji kadry medycznej podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie ścieżki leczenia pacjentów i pacjentek chorych przewlekłe w szczególności tych, u których rozpoznano choroby rzadkie.

Opis kontekstu i problemu do rozwiązania

Projekt jest odpowiedzią na potrzeby w zakresie wprowadzenia w systemie ochrony zdrowia trwałych rozwiązań, pozwalających na realizację zdalnych konsultacji w ramach zespołów specjalistów, wraz z możliwością przesyłania wyników i obrazów badań diagnostycznych.

Planowane działania przyczynią się bezpośrednio do wzmocnienia i uzupełnienia opieki koordynowanej nad pacjentem lub pacjentką w zakresie kardiologii oraz chorób płuc. Opieka koordynowana to szerszy wachlarz możliwości diagnostycznych i leczenia najczęstszych chorób przewlekłych u lekarza rodzinnego.

Bezpośrednie i szybkie omówienie wyników badań i dalszego przebiegu leczenia między lekarzami z wykorzystaniem platformy telemedycznej wpłynie na większą skuteczność terapii i bezpieczeństwo pacjentów i pacjentek.

Barierą w realizacji świadczeń w placówkach w publicznym systemie ochrony zdrowia jest przede wszystkim brak wystarczającej liczby lekarzy specjalistów z poszczególnych zakresów świadczeń oraz brak możliwości szybkiego przesyłania wyników wszystkich badań w odpowiednim formacie. Odpowiedzią na tę barierę jest zapewnienie możliwości zdalnego i szybkiego dostępu do lekarzy z ośrodków wysokospecjalistycznych poprzez platformę zdalnych konsultacji.

Realizacja działań w ramach projektu jest uzupełnieniem nie tylko opieki koordynowanej w zakresie kardiologii oraz chorób płuc, szybkiej ścieżki onkologicznej, ale również Planu dla Chorób Rzadkich. Zapewnienie zdalnego i szybkiego dostępu do lekarzy specjalistów stanowi uzupełnienie działań podejmowanych w ramach innych programów dotyczących zakresów chorób objętych projektem.

Kluczowe znaczenie będą mieć powołane poza projektem przez Ministra Zdrowia krajowe ośrodki ekspertyz chorób rzadkich, które będą współpracować z Europejskimi Sieciami Referencyjnymi Chorób Rzadkich. Współpraca międzynarodowych grup ekspertów zakłada możliwość konsultacji pacjentów i pacjentek z chorobami rzadkimi przy użyciu nowoczesnych technologii komunikacji i wymiany danych. Obecnie lekarze specjaliści nie mają żadnej platformy pozwalającej na takie konsultacje zarówno na poziomie krajowym, jak również międzynarodowym.

Departament Innowacji w Ministerstwie Zdrowia aktualnie realizuje projekt w ramach Działania 5.2 PO WER nr POWR.05.02.00-00-0001/23 pn. „E-KONSYLIUM - wdrożenie

modelu zdalnych konsultacji kardiologicznych i onkologicznych z wykorzystaniem platformy telemedycznej”, którego celem jest wdrożenie działań projakościowych oraz rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, poprawiających skuteczność opieki kardiologicznej oraz onkologicznej w zakresie leczenia raka piersi. Ze względu jednak na krótki okres realizacji projektu i jego pilotażowy charakter, uwzględniono w nim jedynie wąski zakres zdalnych konsultacji.

Idea realizacji zdalnych konsultacji przy użyciu platformy zdalnych konsultacji zainteresowała przedstawicieli i przedstawicielki środowiska medycznego wielu specjalizacji, którzy widzą szansę zapewnienia pacjentom i pacjentkom szybkiego dostępu do diagnozy i leczenia w wysokospecjalistycznych ośrodkach medycznych. Dlatego projekt zakłada szerokie wykorzystanie platformy zdalnych konsultacji do przeprowadzania konsultacji w ramach 5 zakresów: choroby płuc, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, kardiologia oraz choroby rzadkie u dzieci. Wskazany zakres wynika z przeprowadzonych konsultacji z ekspertami i ekspertkami, uczestniczącymi w obradach Telemedycznego Okrągłego Stołu, skupiającego zarówno przedstawicieli i przedstawicielki środowisk medycznych, jak również osoby tworzące rozwiązania telemedyczne.

W ramach projektu zostaną wyłonione podmioty, które utworzą sieci podmiotów współpracujących przy realizacji konsultacji. W ramach naboru wyłonionych zostanie 420 placówek, tj.:

- 120 szpitali, które w projekcie pełnić będą rolę: 20 ośrodków wiodących oraz 100 szpitali partnerskich,
- 100 placówek AOS,
- 200 placówek POZ.

Zgodnie z art. 41 ust 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, wybór grantobiorców będzie odbywał się w drodze otwartego naboru projektów grantowych. Ocena projektów składać się będzie z etapu oceny formalno-merytorycznej.

O granty będą mogły się ubiegać podmioty działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak również placówki niepubliczne (dla których przeprowadzony zostanie test pomocy publicznej):

- udzielające świadczeń szpitalnych,
- udzielające świadczeń gwarantowanych w rodzaju AmbulATORYJNA Opieka Specjalistyczna w przynajmniej jednym zakresie objętym wsparciem w ramach projektu,

- udzielające świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna co najmniej w zakresie świadczenie lekarza POZ.

Procedura oceny i naboru wniosków o powierzenie grantu będzie podlegać akceptacji IP i IZ. Beneficjent dołoży wszelki starań, by umożliwić ubieganie się o wsparcie grantowe możliwie najszerzej grupie docelowej. Kluczowym będzie udzielanie świadczeń na podstawie umowy bezpośrednio zawartej pomiędzy podmiotem wnioskującym o grant a Narodowym Funduszem Zdrowia. Jeden podmiot będzie mógł ubiegać się wyłącznie o jeden grant w ramach naboru.

Nabór zostanie opublikowany na stworzonej przez MZ Platformie Oceny Projektów Inwestycyjnych (POPI), która jest dostępna cyfrowo. Złożenie wniosku o powierzenie grantu będzie możliwe wyłącznie w formie elektronicznej.

Wszystkie nabory prowadzone będą w podziale na zakresy oraz poziomy świadczenia usług. Proces wyłonienia grantobiorców będzie przebiegał w oparciu o opracowaną procedurę wyboru grantobiorców.

Wykorzystanie efektów po projekcie i informacje o planowanej trwałości

Po zakończeniu realizacji projektu platforma zdalnych konsultacji udostępniona zostanie placówkom medycznym do powszechnego jej wykorzystywania w celu przeprowadzania konsultacji medycznych. Wnioskodawca będzie prowadził działania popularyzujące możliwość wykorzystywania platformy zdalnych konsultacji do bieżącej wymiany najbardziej aktualnych rekomendacji medycznych pomiędzy lekarzami wysokospecjalistycznych ośrodków medycznych oraz lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej z całego kraju.

Koszty realizacji konsultacji oraz funkcjonowania platformy zdalnych konsultacji po zakończeniu realizacji projektu sfinansowane zostaną ze środków budżetu państwa.

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

Zadanie 1 – Przygotowanie oraz przeprowadzenie szkoleń z zakresu wykorzystania platformy telemedycznej do prowadzenia zdalnych konsultacji – ok. 1,00 % budżetu projektu (ok. 1,2 mln zł),

okres realizacji zadania: 3 kwartał 2024 r.

Podmiot odpowiedzialny za realizację zadania: Wnioskodawca (MZ)

Opis zadania:

Efektywne wykorzystanie platformy telemedycznej do realizacji zdalnych konsultacji jest możliwe po uprzednim przeszkoleniu kadr medycznych reprezentujących wszystkie zaangażowane w realizację projektu placówki. Realizacja szkoleń zlecona zostanie jednostce

podległej Ministrowi Zdrowia, tj. Centrum e-Zdrowia, które od 1 stycznia 2024 r. będzie odpowiedzialne za administrowanie platformą telemedyczną.

Centrum e-Zdrowia odpowiedzialne będzie za przygotowanie materiałów szkoleniowych, a także przeprowadzenie szkoleń. Szkolenia z zakresu obsługi platformy oraz możliwości wykorzystania funkcjonalności platformy do realizacji konsultacji zostaną przeprowadzone w formie interaktywnych warsztatów. W ich trakcie uczestnicy i uczestniczki zostaną zapoznani z możliwościami platformy w zakresie przygotowania, organizacji i przeprowadzania zdalnych sesji konsultacyjnych. Warsztaty zostaną przeprowadzone na bazie specjalnie do tego celu przygotowanych materiałów szkoleniowych. Szkolenia będą odbywać się w formule zdalnej, co podyktowane jest praktyką funkcjonowania placówek medycznych, w których z uwagi na bardzo duże zaangażowanie w realizację świadczeń, udział w 2 dniowym szkoleniu stacjonarnym mógłby zniechęcać do udziału w projekcie. Oprócz szkolenia zostanie przygotowany kanał na platformie, w ramach którego będą dostępne materiały szkoleniowe. Wszystkie materiały szkoleniowe, jak i platforma będą dostępne cyfrowo. Kanał zapewni uczestnikom i uczestniczkom wsparcie także po szkoleniu, możliwość zadawania pytań i wymiany doświadczeń.

Łącznie planuje się przeszkolić ok. 1 700 osób, które będą delegowane przez placówki, które otrzymały wsparcie grantowe. Obowiązek wydelegowania odpowiedniej liczby pracowników lub pracowniczek zostanie zawarty w umowie o powierzenie grantu.

Szkolenia prowadzone będą w podziale na zakresy realizacji świadczeń wg schematu:

- 10 przedstawicieli lub przedstawicielek każdego z Ośrodków Wiodących,
- 7 przedstawicieli lub przedstawicielek każdego ze Szpitali Partnerskich,
- 4 przedstawicieli lub przedstawicielek AOS
- oraz po 2 przedstawicieli lub przedstawicielek placówek POZ. Platforma będzie spełniać standardy WCAG 2.1, natomiast program szkoleń będzie uwzględniać tematy związane z dostępnością dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Zadanie 2 – Realizacja konsultacji przez placówki biorące udział w projekcie – ok. 89,00 % budżetu projektu (ok. 106,3 mln. zł),

okres realizacji zadania od 3 kwartału 2024 r. do 4 kwartału 2026 r.

Podmioty odpowiedzialne za realizację zadania: Wnioskodawca (MZ) - w zakresie organizacji i przeprowadzenia naborów wniosków grantowych, Grantobiorcy – w zakresie przeprowadzenia konsultacji.

Opis zadania:

Konsultacja w ramach projektu oznacza połączenie na platformie zdalnych konsultacji pomiędzy lekarzem POZ/AOS z lekarzami Szpitala Partnerskiego lub wybranym lekarzem lub grupą lekarzy w Ośrodku Wiodącym, w czasie którego dochodzi do omówienia stanu pacjenta na podstawie zgromadzonych wyników badań i podjęciu decyzji o dalszym leczeniu w Szpitalu Partnerskim lub przekazaniu pacjenta w trybie pilnym do Ośrodka wiodącego. W ramach projektu będą finansowane jedynie działania związane z obszarem diagnostycznym, a nie procesem leczenia, co jest zgodne z zapisami Umowy Partnerstwa.

Do prowadzenia konsultacji z trybie zdalnym wykorzystana zostanie platforma telemedyczna. Placówki biorące udział w projekcie zobowiązane będą do przeprowadzenia określonej liczby konsultacji w miesiącu, która uzależniona będzie od roli pełnionej przez podmiot w sieci. Liczba konsultacji, którą będą musiały przeprowadzić placówki, została wypracowana z ekspertami i ekspertkami medycznymi, mającymi doświadczenie i znającymi realia funkcjonowania tych podmiotów oraz częstotliwość pojawiania się pacjentów i pacjentek z podejrzeniem danej jednostki chorobowej.

W ramach projektu funkcjonować będzie 20 sieci podmiotów współpracujących - po 4 sieci dla każdego ze wskazanych zakresów.

Każdą z sieci tworzyć będzie:

- 1 podmiot wykonujący szpitalną działalność leczniczą, któremu przypisana zostanie w projekcie rola Ośrodka Wiodącego,
- 5 podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, którym przypisana zostanie w projekcie rola Szpitala Partnerskiego,
- 5 placówek udzielających świadczeń gwarantowanych w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w przynajmniej jednym zakresie objętym wsparciem w ramach projektu
- oraz 10 placówek udzielających świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna co najmniej w zakresie świadczenie lekarza POZ.

Celem grantu jest zapewnienie równego dostępu do wysokospecjalistycznych konsultacji w procesie diagnozy i leczenia pacjentów i pacjentek w zakresie chorób płuc, hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej, kardiologii dzieci i dorosłych oraz chorób rzadkich u dzieci poprzez wykorzystanie platformy telemedycznej. Przedmiotem grantu będzie przeprowadzenie średnio:

- 10 konsultacji w miesiącu przez placówki POZ,
- 10 konsultacji w miesiącu przez placówki AOS,
- 30 konsultacji w miesiącu przez placówki Szpitale Partnerskie,
- 100 konsultacji w miesiącu przez Ośrodki Wiodące.

Ostateczna liczba przeprowadzanych konsultacji uzależniona będzie od faktycznych potrzeb lekarzy POZ i AOS w poszczególnych zakresach. Niemniej szacuje się, że granty za konsultacje w każdej specjalizacji będą wynosić: ok. 560 tys. zł przypadające na Ośrodek Wiodący, ok. 349 tys. zł w odniesieniu do Szpitali Partnerskich i ok. 41 tys. dla AOS i POZ. Niemniej są to wartości uśrednione i mogą się różnić pomiędzy poszczególnymi specjalizacjami. Ostatecznie, wartość grantu, bez względu na rodzaj podmiotu, nie przekroczy 200 tys. euro.

W zakresie chorób płuc oraz kardiologii dzieci i dorosłych przedmiotem grantu będzie również doposażenie podmiotów w narzędzia oraz urządzenia diagnostyczne takie jak na przykład: aparat USG, aparat EKG, holter EKG 12 odprowadzeniowy itp., których łączny koszt nie przekroczy 100 tys. zł na placówkę. Doposażenie nie dotyczy Ośrodków Wiodących.

Pozostałe zakresy, ze względu na swoją specyfikę, zostaną wyłączone z możliwości uzyskania grantu na doposażenie podmiotów w narzędzia oraz urządzenia diagnostyczne.

Wszystkie placówki w projekcie będą miały możliwość zakupu laptopa bądź komputera „all in one”, pozwalającego na wykorzystanie funkcjonalności platformy zdalnych konsultacji do realizacji konsultacji.

Grant będzie rozliczany na podstawie rzeczywiście poniesionych wydatków.

Model prowadzenia zdalnych konsultacji służy głównie zwiększeniu dostępu lekarzy POZ i AOS z mniejszych miejscowości do najbardziej aktualnych rekomendacji medycznych lekarzy wysokospecjalistycznych ośrodków medycznych, a przez to zapewnieniu pacjentom i pacjentkom szybkiego dostępu do diagnozy i skróceniu czasu oczekiwania na konsultację z lekarzem specjalistą. Konsultacje umożliwią przedstawienie przez lekarza stanu pacjenta lub pacjentki oraz przekazanie dokumentacji medycznej, pozwalające na podjęcie przez placówkę udzielającą konsultacji decyzji klinicznych. Ze środków udzielonych grantów, placówki współpracujące w ramach kardiologii zostaną wyposażone w urządzenia diagnostyczne, które pozwolą na przygotowanie kompletnego pakietu dokumentów umożliwiających przeprowadzenie konsultacji przez Ośrodki Wiodące. Katalog urządzeń, który możliwy będzie do zakupu przez placówki, wskazany zostanie w procedurze oceny i naboru wniosków. Z katalogu placówki będą mogły w zależności od potrzeb wybrać sprzęt niezbędny do realizacji zaplanowanych w projekcie zadań.

Grupa docelowa (liczebność, cechy, potrzeby, oczekiwania)

Grupę docelową w projekcie będą stanowić placówki medyczne z całego kraju, wykonujące szpitalną działalność leczniczą, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz podstawową opiekę zdrowotną, do których kierowane jest wsparcie bezpośrednie oraz w sposób pośredni

pracownicy tych podmiotów objęci szkoleniem z zakresu funkcjonalności wykorzystywanych na platformie zdalnych konsultacji.

Priorytetem będzie skierowanie wsparcia do placówek położonych w małych miejscowościach lub wsiach, gdzie dostęp do specjalistycznej opieki medycznej jest trudniejszy. Zakłada się równe traktowanie podmiotów, bez względu na fakt, czy podmiot brał udział w projekcie "E-KONSYLIUM - wdrożenie modelu zdalnych konsultacji kardiologicznych i onkologicznych z wykorzystaniem platformy telemedycznej" realizowanym w PO WER. Jeżeli placówka została wyposażona w sprzęt do realizacji konsultacji kardiologicznych w pierwszej edycji projektu, to nie będzie mogła ponownie ubiegać się o grant w tym zakresie. Niemniej, może się zdarzyć sytuacja, że o grant będzie ubiegała się placówka wielospecjalistyczna w ramach innej dziedziny, niż kardiologia, np. w obszarze chorób płuc i w tym zakresie będzie mogła uzyskać wsparcie na wyposażenie, chyba że zakres urządzeń byłby zbieżny z już zakupionym w ramach kardiologii. Pozostałe zakresy, ze względu na swoją specyfikę, zostaną wyłączone z możliwości uzyskania grantu na wyposażenie podmiotów w narzędzia oraz urządzenia diagnostyczne. Wsparcie będzie mogło zostać przeznaczone wyłącznie na działania związane z działalnością placówki w ramach kontraktu z NFZ.

Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?:

- Nie

Czy projekt będzie projektem grantowym? :

- Tak

Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (: 4 kwartał 2023 r.

Przewidywany okres realizacji projektu: 1 kwartał 2024 r. – 31.12.2026 r.

Szacowany budżet Projektu

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

- w roku 2024: 36 120 000,00
- w roku 2025: 39 540 000,00
- w roku 2026: 32 950 000,00

ogółem: 119 471 000,00 PLN.

Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):

- Nie

Szacowany wkład UE (PLN):

98 587 469,20 PLN

Cross-financing:

Kwota: do 5 973 550,00 PLN

- do 5 %

Rodzaj planowanych wydatków w ramach cross-financingu: zakup narzędzi oraz urządzeń diagnostycznych.

Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami

Wskaźniki Rezultatu

1. Liczba podmiotów, które wdrożyły działania projakościowe
Wartość docelowa dla projektu: 420
2. Liczba pracowników podmiotów medycznych, którzy dzięki uczestnictwu w szkoleniu, podnieśli swoje kompetencje w zakresie obsługi platformy zdalnych konsultacji
Wartość docelowa dla projektu: 1 700

Wskaźniki Produktu

1. Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, objętych wsparciem w zakresie działań projakościowych
Wartość docelowa dla projektu: 420

Szczegółowe kryteria wyboru projektów

Kryteria dostępu: nie dotyczy

III FIZSKA PROJEKTU – SPOSÓB NIEKONKURENCYJNY²⁴

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

III.1 NUMER PROJEKTU W PD

skrótowa nazwa programu - skrót nazwy województwa .
numer priorytetu . litera „P” . kolejny numer projektu.
Przykład: WD.1.P.1.

FERS.1.P.6

III.2 DZIAŁANIE

numer oraz nazwa działania, w ramach którego realizowany jest projekt

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (część Numer i nazwa działania FERS).

III.3 Fundusz

skrót właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji – wybrać z listy

EFS+

III.4 Cel szczegółowy

numer i nazwa celu szczegółowego z polityki spójności –
wybrać z listy zawartej w tym dokumencie. Jeśli projekt dotyczy kilku pozycji należy W razie potrzeby powielić wiersz i wybrać wszystkie, które mają zastosowanie.

Cel szczegółowy: 4(g) Wspieranie uczenia się przez całe życie, w szczególności elastycznych możliwości podnoszenia i zmiany kwalifikacji dla wszystkich, z uwzględnieniem umiejętności w zakresie przedsiębiorczości i kompetencji cyfrowych (...)

III.5 Typ projektu zgodnie z SzOP

typ projektu przewidziany w programie/ SzOP, w który wpisuje się dany projekt

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Podstawowe informacje o Projekcie).

III.6 Zakres terytorialny inwestycji

pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku programów regionalnych zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).

ogólnopolski

Województwo:

Powiat:

TERYT powiat:

PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE

III.7 Tytuł projektu

Szkolenia w zakresie cyfryzacji dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami

III.8 Beneficjent

nazwa beneficjenta, adres jego siedziby

Ministerstwo Zdrowia – Departament Zdrowia Publicznego
Miodowa 15, 00-952 Warszawa

III.9 Cel główny projektu

cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu).

III.10 Opis projektu

zakres działań, który zostanie objęty projektem, główne założenia projektu, oczekiwane efekty jego realizacji oraz grupy docelowe

Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Cel główny projektu oraz Główne zadania przewidziane do realizacji).

²⁴ Istnieje możliwość przedstawienia informacji nt. projektu w postaci fiszki projektu realizowanego w procedurze niekonkurencyjnej używanej przez Instytucję, jeśli w tej fiszce znajdują się wszystkie informacje wymagane oficjalnym wzorem planu działań Komitetu Sterującego, natomiast w przypadku gdy taki dokument nie zawiera wszystkich wymaganych wzorem informacji, konieczne jest uzupełnienie brakujących elementów w Planie działań.

<p>III.11 Cel ze „Zdrowej Przyszłości”²⁵ nazwa adekwatna do „Zdrowej Przyszłości” dokumentacji w razie potrzeby które mają zastosowanie</p>	<p>SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU</p> <p>Szacowana kwota wydatków w projekcie</p>			
<p>III.12 Uzasadnienie realizacji projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyjaśnienie w zakresie wyboru beneficjenta zasadność zastosowania sposobu niekonkurencyjnego realizacji (w szczególności w świetle art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027) oraz realizacji projektu przez danego beneficjenta</p>	<p>Informacje nt. projektu znajdują się w opisie projektu poniżej (w części Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą).</p>			
<p>III.13 Opis zgodności projektu z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych i Krajowym / Wojewódzkim Planem Transformacji zakres aktualnej mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu oraz Krajowego lub Wojewódzkiego Planu Transformacji</p>	<p>Projekt przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/ w szczególności w części 2.4 Podstawowa opieka zdrowotna punkt 2.4.7 pn.: „Rozwój telemedycyny” (działania zmierzające do zwiększenia dojrzałości cyfrowej podmiotów leczniczych oraz do rozwoju kompetencji cyfrowych personelu (istotnym elementem każdej nowej usługi jest dbałość o jakość dostarczanych przez to rozwiązanie procedur, również w zakresie telemedycyny)). Zaś z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wynika, że w celu usprawnienia pracy pielęgniarki/higienistki szkolnej oraz współpracy z lekarzem POZ planowane jest podjęcie działań w zakresie informatyzacji opieki nad uczniami, w tym wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (str. 127). Projekt wspiera realizację tego celu.</p>			
<p>III.14 Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie rok oraz kwartał [RRRR.KW]</p>	<p>Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie).</p>			
<p>III.15 Przewidywany okres realizacji projektu orientacyjna informacja dotycząca roku oraz kwartału rozpoczęcia/zakończenia realizacji projektu</p>	<p>Data rozpoczęcia</p>	<p>[RRRR.KW]</p>	<p>Data zakończenia</p>	<p>[RRRR.KW]</p>
<p>III.16 Opinia Ministra Zdrowia Oświadczenie o posiadaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, o ile projekt dotyczy zakresu: - e-zdrowia, dostępności placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i telemedycyny, - psychiatrii, - kształcenia kadr medycznych i okołomedycznych.</p>	<p>Nd.</p>			

²⁵ Zdrowa Przyszłość – Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

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

ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI			
III.21 WSKAŹNIKI REZULTATU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			

Liczba osób, które podniosły swoje kompetencje dzięki udziałowi w szkoleniu w ramach programu	liczba	3 600	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
Odsetek uczestników zadowolonych z jakości realizowanych szkoleń – mierzona na podstawie ankiety satysfakcji	procent	80%	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych
III.22 WSKAŹNIKI PRODUKTU			
Nazwa wskaźnika	Jednostka	Szacowana wartość docelowa planowana do osiągnięcia w ramach projektu	Wartość docelowa zakładana w programie
Informacja znajduje się w fiszce poniżej (w części Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami).			
WLWK-PLGCO14 - Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego	liczba	4 000	W projekcie nie przewidziano wskaźników programowych

FERS.1.P.6

Tytuł lub zakres projektu: Szkolenia w zakresie cyfryzacji dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami

Informacje o instytucji opracowującej fiszkę:

Numer i nazwa Priorytetu: 1 - Umiejętności

Instytucja: Ministerstwo Zdrowia

Dane kontaktowe osoby do kontaktów roboczych: Dariusz Juszczyński - Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II, Departament Oceny Inwestycji MZ, e-mail: d.juszczyński@mz.gov.pl, nr tel.: 880 340 050.

Numer i nazwa działania FERS: 01.13 Umiejętności w sektorze zdrowia

Fiszka Projektu wybieranego w sposób niekonkurencyjny

Podstawowe informacje o Projekcie:

Typ projektów FERS:

Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego przedstawicieli innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, w tym kadr zdrowotnej opieki długoterminowej

Podmiot, który będzie wnioskodawcą: Ministerstwo Zdrowia – Departament Zdrowia Publicznego

Uzasadnienie wyboru projektu w sposób niekonkurencyjny oraz wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą²⁶:

Projekt będzie wybierany w sposób niekonkurencyjny, zgodnie z art. 44 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021- 2027. Wnioskodawcą projektu będzie Ministerstwo Zdrowia – Departament Zdrowia Publicznego. Projekt będzie realizowany w partnerstwie z Centrum e-Zdrowia (dalej zwanym także CeZ). Projekt będzie wspierał proces cyfryzacji dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami dzięki przeprowadzeniu szkoleń dla osób sprawujących taką opiekę. Uczestnikami szkoleń będą przede wszystkim pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolne (dalej także zwane pielęgniarkami lub higienistkami szkolnymi), które - zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami²⁷ - sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach.

Dopuszcza się przeprowadzenie szkolenia także dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w zakresie, w jakim uczestniczą w sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami i wypełniają odpowiednie części karty profilaktycznego badania ucznia wystawionej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną. Współpraca pielęgniarki lub higienistki szkolnej z lekarzem POZ jest podstawą skuteczności i efektywności profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Minister Zdrowia, wydając rozporządzenia:

1. z dnia 20 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 1990)²⁸
2. z dnia 31 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. poz. 1845)²⁹

przesądził o odejściu od postaci papierowej prowadzenia dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami (z zachowaniem okresu przejściowego). Przygotowanie kadry medycznej, także w zakresie umiejętności cyfrowych, jest niezbędnym elementem skutecznego wdrożenia procesu cyfryzacji, pozwala też zbudować pozytywny klimat wokół wprowadzanych zmian.

Planowany projekt wpisuje się w systemowe działania Ministerstwa Zdrowia polegające na cyfryzacji kolejnych obszarów ochrony zdrowia, zapewniając bardzo potrzebne i oczekiwane

²⁶ W szczególności w świetle art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021- 2027 oraz podrozdziału 9.1 Zasada niedyskryminacji, rozdziału 9 Zasady horyzontalne Umowy Partnerstwa

²⁷ <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2019/pozycja/1078>

²⁸ <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2022/pozycja/1990>

²⁹ <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2022/pozycja/1845>

przez środowisko pielęgniarek i higienistek szkolnych wsparcie. Znajduje również odzwierciedlenie w dokumencie rządowym jakim jest uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. Zdrowa Przyszłość - Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.³⁰ – obszar Rozwój cel 3.4 [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-zdrowia, zgodnie z którym rozwój usług cyfrowych musi być poparty działaniami na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych m.in. kadry medycznej w celu pełnego wykorzystania ich potencjału (str. 178). Projekt realizuje ten cel.

Projekt przyczyni się do realizacji rekomendacji Krajowego Planu Transformacji

<https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/>

w szczególności w części 2.4 Podstawowa opieka zdrowotna punkt 2.4.7 pn.: „Rozwój telemedycyny” (działania zmierzające do zwiększenia dojrzałości cyfrowej podmiotów leczniczych oraz do rozwoju kompetencji cyfrowych personelu (istotnym elementem każdej nowej usługi jest dbałość o jakość dostarczanych przez to rozwiązanie procedur, również w zakresie telemedycyny)). Zaś z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wynika, że w celu usprawnienia pracy pielęgniarki/higienistki szkolnej oraz współpracy z lekarzem POZ planowane jest podjęcie działań w zakresie informatyzacji opieki nad uczniami, w tym wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (str. 127). Projekt wspiera realizację tego celu.

Ministerstwo Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia (CeZ) ze względu na m.in.: odpowiedzialność za proces informatyzacji obszaru ochrony zdrowia w Polsce, bieżącą i aktualną wiedzę, doświadczenie oraz zasoby niezbędne do realizacji projektu, są najbardziej kompetentne i właściwe w zakresie edukowania i podnoszenia kompetencji pracowników obszaru ochrony zdrowia z procesów i zasad wykorzystywania udostępnianych w ramach Aplikacji Usługodawców i Aptek (gabinet.gov.pl) e-usług.

Cel szczegółowy FERS, w ramach którego projekt będzie realizowany:

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

³⁰ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

Cel główny projektu³¹:

Celem projektu jest zwiększanie kompetencji cyfrowych osób sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach przez nabywanie i doskonalenie umiejętności niezbędnych do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

doprecyzowanie celu głównego projektu

Projekt polega na przeprowadzeniu szkoleń dla osób sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach, przede wszystkim dla pielęgniarek i higienistek szkolnych.

Przedmiotem szkolenia będzie nabywanie lub doskonalenie umiejętności korzystania z funkcjonalności Aplikacji Usługodawców i Aptek, niezbędnych do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. W konsekwencji usprawnieni to warunki pracy tych osób i podniesie atrakcyjność zawodu. Podniesie to również jakość sprawowanej opieki zdrowotnej dzięki usprawnieniu przepływu informacji na temat stanu zdrowia uczniów pomiędzy osobami sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniem (pielęgniarka lub higienistka szkolna i lekarz POZ).

Dostępność informacji o stanie zdrowia uczniów, gromadzonych wg jednolitego schematu, dostarczy uprawnionym podmiotom rzetelną i aktualną wiedzę pomocną przy planowaniu dalszych działań kierowanych do grup odbiorców pośrednich (np. uczniów, rodziców).

Planowana jest również realizacja bezkosztowych działań informacyjnych skierowanych do rodziców uczniów.

opis kontekstu i problemu do rozwiązania

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, do 31 sierpnia 2027 r. dokumentacja medyczna w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami może być prowadzona w postaci elektronicznej lub papierowej, a od 1 września 2027 r. będzie prowadzona i przechowywana wyłącznie

w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przy czym część tej dokumentacji (karta profilaktycznego badania ucznia) jako elektroniczna dokumentacja medyczna.

Z informacji Instytutu Matki i Dziecka (dalej: IMiD) wynika, że średnia wieku pielęgniarek szkolnych jest obecnie wyższa (57 lat) niż ogólna średnia wieku pielęgniarek w Polsce. W 2021 r. średnia wieku pielęgniarek wynosiła 53,2 lata.

³¹ W tym polu należy w szczególności zawrzeć informacje takie jak:

- doprecyzowanie celu głównego projektu
- opis kontekstu/problemu do rozwiązania
- opis tego co już zostało zrobione
- opis wykorzystania efektów po projekcie i informacje o planowanej trwałości (o ile dotyczy)

IMiD przeprowadził w 2022 r. ankietę w ramach badania „Ocena stanu przygotowania do procesu cyfryzacji w zakresie umiejętności informatycznych pielęgniarek szkolnych oraz wyposażenia w sprzęt i dostęp do Internetu gabinetów profilaktycznych w szkołach”. Ponad 60% ankietowanych pielęgniarek i higienistek szkolnych wyraziło pozytywne nastawienie do działań w kierunku informatyzacji medycyny szkolnej. Jednocześnie, zgłaszają one potrzebę szkoleń w zakresie korzystania z oprogramowania do prowadzenia dokumentacji medycznej.

Jest to szczególnie istotne w przypadku grupy docelowej projektu, z uwagi na ogólnie niskie wykorzystanie narzędzi informatycznych w dotychczasowej pracy, na co wskazywały wyniki wspomnianego badania IMiD. Dotychczasowe doświadczenia we wdrażaniu usług e-zdrowia wskazują, iż jednym z kluczowych warunków sukcesu uruchomienia usług cyfrowych w ochronie zdrowia jest przeszkolenie pracowników medycznych.

opis tego co już zostało zrobione

Jak wskazano wyżej, na mocy rozporządzeń Ministra Zdrowia od 1 września 2027 r. karta profilaktycznego badania ucznia oraz dokumentacja indywidualna ucznia będą prowadzone i przechowywane w systemie teleinformatycznym. Jednocześnie, do 31 sierpnia 2027 r. trwa okres przejściowy, w którym dokumentacja może być prowadzona i przechowywana na dotychczasowych zasadach. Pozwoli to podmiotom realizującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach na przygotowanie się i dostosowanie do nowych regulacji. Centrum e-Zdrowia (CeZ), na polecenie Ministra Zdrowia, przygotowało oprogramowanie umożliwiające cyfryzację dokumentacji w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami prowadzonej przez pielęgniarki i higienistki szkolne.

Do końca czerwca 2023 r. prowadzone były działania pilotażowe mające na celu weryfikację poprawności działania oraz efektywności procesu obsługi cyfryzacji dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki lub higienistki szkolne, na ograniczonej grupie placówek (zarówno podmiotów wykonujących działalność leczniczą jak i szkół podstawowych i ponadpodstawowych) oraz pacjentów (uczniów i ich rodziców) w warunkach rzeczywistych.

Udział w pilotażu polegał na prowadzeniu dokumentacji medycznej w zakresie profilaktycznej opieki nad uczniami z wykorzystaniem bezpłatnej Aplikacji Usługodawców i Aptek. Rozpoczęcie pilotażu było poprzedzone krótkim szkoleniem dla uczestników przedsięwzięcia, które prezentowało funkcjonalności wdrożone w Aplikacji Usługodawców i Aptek. Czas szkolenia w zakresie wykorzystania Aplikacji Usługodawców i Aptek oraz aspektów prawnych obejmował ok 120 minut, wraz z sesją pytań i odpowiedzi.

Projekt nie stanowi przedłużenia pilotażu, natomiast pozwala wykorzystać zdobyte w jego trakcie doświadczenia. Szkolenie prowadzone w ramach projektu będzie obejmowało naukę obsługi narzędzia wypracowanego i przetestowanego w ramach pilotażu.

opis wykorzystania efektów po projekcie i informacje o planowanej trwałości

Umiejętności nabyte podczas szkoleń będą wykorzystywane do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej w codziennej pracy osób sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami, w szczególności po wejściu w życie tego obowiązku.

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

Zadanie 1 – Merytoryczne przygotowanie do realizacji szkoleń

- ok 7% kosztów bezpośrednich budżetu projektu (szacunkowo ok. 630 tys. zł),

okres realizacji zadania: 4 miesiące od rozpoczęcia projektu

Zadanie obejmuje:

1. przygotowanie harmonogramów realizacji szkoleń oraz szczegółowego programu szkolenia obejmującego prezentację usług i ich obsługę w Aplikacji Usługodawców i Aptek. Wraz z programem przygotowana zostanie prezentacja PowerPoint oraz ewentualnie dodatkowe materiały szkoleniowe, które zostaną przekazane uczestnikom szkolenia po jego zakończeniu, wszystkie przygotowane materiały będą dostępne cyfrowo;
2. dostosowanie narzędzia – Platformy dla uczestników szkoleń.

Ad. 1. Szkolenia swoim zakresem obejmą proces cyfryzacji w zakresie medycyny szkolnej z wykorzystaniem Aplikacji Usługodawców i Aptek .

Szczegółowy program szkolenia w ramach projektu zostanie opracowany przez CeZ w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia – na podstawie doświadczeń z pilotażu. CeZ przeanalizuje uwagi zgłaszane przez uczestników pilotażu i wdroży zmiany z nich wynikające w budowanym docelowym rozwiązaniu.

Zakres szkolenia obejmie.in. następujące elementy:

- 1) logowanie do Aplikacji Usługodawców i Aptek oraz krótka informacja o samej aplikacji;
- 2) prezentacja jak wprowadzić kartę profilaktycznego badania ucznia, proces podpisu dokumentacji, podgląd, wyszukanie, usunięcie karty;
- 3) prezentacja jak wprowadzić indywidualną dokumentację ucznia, proces podpisu dokumentacji, podgląd, wyszukanie;
- 4) ogólna informacja o procesie (zarówno po stronie pielęgniarki lub higienistki, jak i lekarza oraz rodzica z wykorzystaniem Internetowego Konta Pacjenta);

- 5) kwestie bezpiecznego korzystania z aplikacji, w tym tematyka RODO (zabezpieczenia logowania i wylogowywania celem zabezpieczenia danych wrażliwych).

Ad. 2. Ponadto w ramach zadania przygotowana zostanie przestrzeń projektowa (moduł) w ramach Platformy dla uczestników szkoleń. Platforma będzie zawierała treści merytoryczne niezbędne dla realizacji projektu, a także będzie narzędziem niezbędnym do administrowania projektem. Platforma służyć będzie również do wsparcia procesu ewaluacji – na platformie uczestnicy będą m.in.: wypełniać ankietę ewaluacyjną czy test kompetencji. To narzędzie wspierające proces przebiegu szkolenia (uczestnicy przez nie nie otrzymują dostęp do szkolenia, jego program, możliwość zgłaszania uwag czy propozycji modyfikacji, poprawy organizowanych szkoleń).

Zadanie 2 – Organizacja i przeprowadzenie szkoleń

- ok 90% kosztów bezpośrednich budżetu projektu (szacunkowo ok 8 100 tys. zł), okres realizacji zadania od 2024 r. do 4 kwartału 2027 r.

Opis zadania: Realizacja szkoleń z zakresu funkcjonalności dostępnych z poziomu Aplikacji Usługodawców i Aptek.

Proces rekrutacji: zgłoszenie i zarejestrowanie się uczestnika na platformie monitorującej uczestników szkoleń. Podczas rekrutacji każdy z uczestników, który zgłosi się do udziału w szkoleniu, zobowiązany będzie do wypełnienia na platformie formularza rejestracyjnego, testu kompetencji, oraz akceptacji wymaganych oświadczeń i regulaminu rekrutacji. Na zakończenie szkolenia uczestnicy, którzy wypełnią test kompetencji z wynikiem pozytywnym, otrzymają certyfikat potwierdzający nabycie kompetencji z obsługi aplikacji Usługodawców i Aptek w zakresie medycyny szkolnej.

W szkoleniu może uczestniczyć:

- pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, o której mowa w art. 5 ust. 1 i 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami,
- higienistka szkolna, o której mowa w art. 5 ust. 3 ww. ustawy.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, obecnie w szkołach pracuje ok 8 tys. pielęgniarek szkolnych i higienistek szkolnych. Ze względu na fakt, iż dużą część z nich stanowią osoby w wieku emerytalnym albo zbliżające się do tego wieku, uczestniczkami szkoleń będą mogły być też pielęgniarki i położne, które posiadają kwalifikacje określone w art. 5 ust. 1 i 2 ww. ustawy, ale nie pracują obecnie jako pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Pozwoli to na zapewnienie jednakowych kompetencji pielęgniarkom, które dopiero rozpoczną pracę w szkole. Będzie też stanowiło element podnoszenia atrakcyjności

zawodu i dodatkową zachętę i motywację dla tych osób, co jest bardzo pożądane ze względu na zbyt małą – w stosunku do potrzeb – liczbę pielęgniarek szkolnych.

Dopuszcza się przeprowadzenie szkolenia także dla lekarzy POZ w zakresie, w jakim uczestniczą oni w sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami i wypełniają kartę profilaktycznego badania ucznia wystawioną przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną. Szkolenia planowane są jako kilkugodzinne kursy. Planowany czas trwania szkolenia dla każdej grupy uczestników – ok. 3 godz. w przypadku szkolenia on-line oraz ok. 4 godz. w przypadku szkolenia stacjonarnego, z uwzględnieniem czasu na przerwę. Docelowa liczba wszystkich uczestników szkoleń to 4000. Z uwagi na planowany system warsztatowy zakłada się wstępnie, że szkolenia będą prowadzone w niewielkich ok 10 osobowych grupach (przez ok 36 miesięcy dla szkoleń stacjonarnych i ok 42 miesiące dla szkoleń online, co jest dodatkowo uzależnione od terminu rozpoczęcia realizacji projektu).

Szkolenia będą prowadzone w formule on-line lub stacjonarnej. O wyborze formuły szkolenia zdecyduje uczestnik. Wstępnie zakłada się, że ok. połowa uczestników szkoleń weźmie udział w szkoleniu stacjonarnym.

Planowany jest wybór zewnętrznego wykonawcy do organizacji szkoleń stacjonarnych (m.in. promocja, wynajem sali z wyposażeniem, catering, dojazd, materiały piśmiennicze, obsługa szkolenia).

Dojazd oraz wyżywienie podczas szkolenia stacjonarnego będą finansowane ze środków projektu. Szkolenia realizowane w formule stacjonarnej będą się odbywały w budynkach dostosowanych m.in. do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W ostatnim roku realizacji projektu planowane jest zorganizowanie kilku dodatkowych spotkań w trybie on-line, dla zainteresowanych uczestników, którzy ukończyli szkolenie wcześniej. Celem tych dodatkowych szkoleń on-line będzie zaktualizowanie wiedzy przed samym wejściem w życie obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Osoby które ponownie będą brały udział w szkoleniu, do wartości wskaźnika zaliczane będą jednokrotnie.

W ostatnim kwartale 2027 r. zostanie opracowany merytoryczny raport, który będzie zawierał opis doświadczeń oraz zalecenia na przyszłość w zakresie działań edukacyjnych skierowanych do grupy docelowej objętej projektem i będzie służył wdrożeniu rozwiązań wynikających z doświadczeń w projekcie.

Zadanie 3 – koszty pośrednie w projekcie:

- zarządzanie projektem,
- przygotowanie dokumentacji PZP przez zespół projektowy MZ,

- ogłoszenie postępowań przetargowych i wybór wykonawców przez MZ do obsługi technicznej szkoleń stacjonarnych,
- obsługa finansowa projektu,
- obsługa prawna projektu,
- pozostałe wydatki z kategorii kosztów pośrednich, które pojawią się w związku z realizacją projektu.

Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie?:

- Tak

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

Partnerem w projekcie będzie Centrum e-Zdrowia (CeZ).

Uzasadnienie:

CeZ to jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Jako podmiot prowadzący od lat działalność szkoleniową – organizuje ono i realizuje szkolenia m.in. w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

CeZ realizuje działania szkoleniowe w ramach Akademii CeZ. . Celem Akademii jest podnoszenie poziomu kompetencji oraz wiedzy na temat cyfrowych usług i systemów IT w ochronie zdrowia wśród użytkowników. Wydarzenia, w tym szkolenia, organizowane w ramach Akademii są skierowane nie tylko do podmiotów leczniczych, ale również do wszystkich organizacji rządowych, pozarządowych oraz pozostałych podmiotów zainteresowanych podnoszeniem poziomu wiedzy w ww. zakresie.

CeZ aktywnie wspiera rozwój umiejętności w zakresie korzystania z e-usług w obszarze ochrony zdrowia. Obecnie w ramach Akademii CeZ są prowadzone szkolenia z już udostępnionych, jak i planowanych e-usług w tym obszarze. CeZ dysponuje doświadczonym zespołem, który na bieżąco aktualizuje i pogłębia wiedzę w zakresie udostępnianych przez CeZ centralnych rozwiązań w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce³².

Od czasu rozpoczęcia wdrożenia usług systemu P1 CeZ przeprowadził szkolenia oraz spotkania edukacyjno-informacyjne dla ponad 100 tysięcy pracowników medycznych (farmaceutów, lekarzy, pielęgniarek, położnych). CeZ posiada zatem potencjał do efektywnej realizacji projektu.

Zadania lidera w projekcie :

³² <https://cez.gov.pl/pl/page/o-akademii-cez>.

1. organizacja szkolenia stacjonarnego we współpracy z podmiotem zewnętrznym – koszt bezpośredni;
2. opracowanie merytorycznej dokumentacji do celów rekrutacji i kwalifikacji uczestników – koszt bezpośredni,
3. nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z organizacjami pielęgniarskimi – koszt pośredni;
4. opracowanie/opiniowanie programu szkoleń, harmonogramów szkoleń itd. – koszt bezpośredni;
5. analiza zapotrzebowania na realizację szkoleń w odpowiednim zakresie (stacjonarne i online) – koszt bezpośredni;
6. komunikacja do grupy docelowej – koszt bezpośredni;
7. kontakty z partnerem projektu oraz podmiotem zewnętrznym w zakresie szkoleń – koszt bezpośredni;
8. weryfikacja realizacji zadań merytorycznych i organizacji szkoleń – koszt pośredni,
9. zarządzanie projektem – koszt pośredni,
10. przygotowanie dokumentacji PZP przez zespół projektowy MZ – koszt pośredni,
11. ogłoszenie postępowań przetargowych i wybór wykonawców przez MZ do obsługi technicznej szkoleń stacjonarnych – koszt pośredni,
12. obsługa finansowa projektu – koszt pośredni,
13. obsługa prawna projektu – koszt pośredni,
14. opracowanie merytorycznego raportu – koszt bezpośredni.

Zadania partnera (CeZ) w projekcie:

1. Przygotowanie i dostosowanie modułu na Platformie do wymagań projektu i grupy docelowej;
2. Przygotowanie programu szkolenia i materiałów szkoleniowych;
3. Merytoryczne przeprowadzenie szkoleń stacjonarnych i on-line;
4. Organizacyjne przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń on-line;
5. Bieżąca obsługa Platformy komunikacja z uczestnikami, raportowanie i ewaluacja.
5. Przygotowanie materiałów edukacyjnych do dystrybucji przez pielęgniarki i higienistki szkolne.

Czy projekt będzie projektem grantowym?:

- Nie

Przewidywany termin złożenia wniosku o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok): 4 kwartał 2023 r.

Przewidywany okres realizacji projektu (od-do): od 1 kwartał 2024 r. do 4 kwartał 2027 r.

Szacowany budżet Projektu

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

- w roku 2024: 2 mln
 - w roku 2025: 2,5 mln
 - w roku 2026: 2,5 mln
 - w roku 2027: 3 mln
- ogółem: 10 mln

Wymagany wkład własny beneficjenta (PLN):

- Nie

Szacowany wkład UE (PLN):

82,52% tj. 8 252 000

Cross-financing: nie dotyczy

Zakładane efekty Projektu wyrażone wskaźnikami

Wskaźniki Rezultatu

3. Liczba osób, które podniosły swoje kompetencje dzięki udziałowi w szkoleniu w ramach programu
Wartość docelowa dla projektu: 3 600 osób
4. Odsetek uczestników zadowolonych z jakości realizowanych szkoleń – mierzona na podstawie ankiety satysfakcji
Wartość docelowa dla projektu: 80% uczestników

Wskaźniki Produktu

WLWK-PLGCO14 - Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego Wartość docelowa dla projektu: 4 000

Szczegółowe kryteria wyboru projektów

Kryteria dostępu:

Nie dotyczy

VI KRYTERIA WYBORU P ROJEKTÓW

VI.1 Nr naboru/ projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny

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

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

VI.2 Tytuł naboru/projektu realizowanego w sposób niekonkurencyjny

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

VI.3 REKOMENDACJE KOMITETU STERUJĄCEGO

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

Rekomendacja KS dla kryterium

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

Kryterium

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

Rodzaj kryterium

kryterium dostępu/
premiujące

Opis zgodności kryterium z rekomendacją

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

1

IP uwzględniła rekomendacje dla kryteriów wyboru projektów realizowanych w obszarze zdrowia –zasady ogólne w treści planu działań.

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

VI.4 POZOSTAŁE KRYTERIA PROPONOWANE PRZEZ IZ/IP

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

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

	ROZWOJU SPOŁECZNEGO 2021-2027 będą musiały być zastosowane do wszystkich Adekwatnych naborów w oparciu o odrębne przepisy, bez akceptacji Komitetu Sterującego	ORAZ SYSTEMATYKA KRYTERIÓW OBOWIĄZUJĄCYCH W RAMACH PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOŁECZNEGO 2021-2027	
--	--	--	--