

Załącznik nr 1 do uchwały nr 6110/2021

Zarządu Województwa Opolskiego

z dnia 13 grudnia 2021 r.



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejskie Fundusze
Strukturalne i Inwestycyjne



Plan działań w sektorze zdrowia na potrzeby wdrażania inicjatywy React – EU w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020

(wersja nr 1)

*Dokument przyjęty przez Zarząd Województwa Opolskiego
uchwałą nr 6110/2021 z dnia 13 grudnia 2021 roku*

GRUDZIEŃ 2021

**INSTYTUCJA ZARZĄDZAJĄCA REGIONALNYM PROGRAMEM OPERACYJNYM
WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO NA LATA 2014-2020**

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO
DEPARTAMENT KOORDYNACJI PROGRAMÓW OPERACYJNYCH

OPOLE, GRUDZIEŃ 2021

PLAN DZIAŁAŃ W SEKTORZE ZDROWIA NA POTRZEBY WDRAŻANIA INICJATYWY REACT-EU

I. INFORMACJE OGÓLNE (BLOK I)

PLAN DZIAŁAŃ INSTYTUCJI ZARZĄDZAJACEJ REGIONALNYM PROGRAMEM OPERACYJNYM WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO NA LATA 2014-2020 W SEKTORZE ZDROWIA NA ROK 2021

Wersja Planu działań (dalej PD)

[nr wersji/RRRR] - nr wersji PD (z uwzględnieniem wszystkich PD przyjętych w danym roku kalendarzowym). Przykładowo, jeśli po raz pierwszy wysłany jest PD na 2021 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 2021 r., wpisujemy 2/2021, 3/2021 itd. RRRR dotyczy roku, w którym składany jest PD.

1/2021

Nazwa Programu Operacyjnego

Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014 - 2020

Dane kontaktowe osoby upoważnionej do złożenia PD

**Jacek Partyka, Zastępca Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich,
Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego,**

tel.: 77 54 16 241, j.partyka@opolskie.pl

Dane kontaktowe osoby (osób) w instytucji składającej PD do kontaktów roboczych

Monika Langner, Referat Zarządzania i Programowania, Departament Funduszy Europejskich,

Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego,

tel.: 77 54 16 227, rpowo2014@opolskie.pl

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

WYKAZ DZIAŁAŃ OPISANYCH W PD

Lista wszystkich konkursów oraz projektów pozakonkursowych, które zostaną opisane w kolejnych blokach, tzn.:

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

Nr Priorytetu Inwestycyjnego (PI)	Nr konkursu w PD/ Nr projektu pozakonkursowego w PD	Przedmiot konkursu/ Tytuł projektu pozakonkursowego	Planowana alokacja [PLN]		Planowany termin ogłoszenia konkursu/ złożenia wniosku o dofinansowanie dla projektu pozakonkursowego
			wkład UE	wkład krajowy	
<i>właściwy nr PI w ramach którego ogłoszony zostanie konkurs lub realizowany będzie projekt pozakonkursowy</i>	<i>Skrócona nazwa programu operacyjnego - skrót nazwy województwa . numer osi priorytetowej . litera „P” gdy nr dot. projektu pozakonkursowego lub litera „K” gdy nr dot. konkursu . kolejny numer projektu (wykaz skrótów na ostatniej stronie Instrukcji). Przykład: POWER.7.K.1</i>	<i>w przypadku konkursu - jego zakres, natomiast w przypadku projektu pozakonkursowego - jego tytuł, lub jeśli nie jest jeszcze znany, jego zakres (w sposób syntetyczny)</i>	<i>wyrażona w PLN kwota przewidywanego wkładu UE (kwalifikowalne środki z UE)</i>	<i>wyrażona w PLN kwota wkładu krajowego (kwalifikowalne środki publiczne i prywatne). Należy pamiętać, że w przypadku projektu pozakonkursowego suma wkładu UE oraz wkładu krajowego powinna dać wartość całkowitą inwestycji</i>	<i>kwartał oraz rok (np. III kw. 2021 r.)</i>
PI REACT-EU	RPO WO 12.P.1	Stworzenie Centrum Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych - rehabilitacja lecznicza, w tym ukierunkowana na minimalizację następstw po przebytej chorobie wywołanej Covid-19	27 000 000 PLN	3 000 000 PLN	I kwartał 2022 r.

II. KONKURS (BLOK II)

FISZKA KONKURSOWA

Blok wypełniany jest oddzielnie dla każdego konkursu ujętego w wykazie działań zawartym w bloku Informacje ogólne. W przypadku zgłaszania w Planie więcej niż jednego konkursu, kolejną fiszkę konkursową należy przedstawić w oddzielnym bloku (poprzez dodanie nowego bloku II).

II.1 Nr konkursu w PD

Skrócona nazwa programu operacyjnego - skrót nazwy województwa . numer osi priorytetowej . litera „K” . kolejny numer projektu (wykaz skrótów na ostatniej stronie PD) Przykład: POWER.7.K.1.

INFORMACJE OGÓLNE

II.2 Oś priorytetowa

numer oraz nazwa osi priorytetowej, w ramach której ogłaszany jest konkurs

II.3 Działanie

numer oraz nazwa działania, w ramach którego ogłaszany jest konkurs (jeśli dotyczy)

II.4 Poddziałanie

numer oraz nazwa poddziałania, w ramach którego ogłaszany jest konkurs (jeśli dotyczy)

INFORMACJE O KONKURSIE

II.5 Tytuł konkursu

Tytuł konkursu, a w przypadku gdy nie jest znany tytuł - zakres konkursu

II.6 Typy beneficjentów

typy beneficjentów zgodnie z zapisami PO/ SZOOP (tylko beneficjenci, którzy będą mogli ubiegać się o wsparcie w ramach danego konkursu)

II.7 Typ/typy projektów (operacji) przewidziane do realizacji w ramach konkursu

typ projektu zgodnie z zapisami PO/ SZOOP (podawany typ projektu należy zawęzać do działań faktycznie wspieranych w ramach konkursu)

II.8 Zakres terytorialny inwestycji <i>pozostawić odpowiednie słowo określające, czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku RPO zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”).</i>	ogólnopolski/ regionalny * * niepotrzebne skreślić Województwo adekwatnie do założeń konkursu
--	---

II.9 Fundusz

nazwa właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji

II.10 Opis konkursu, zakres wsparcia

Opis zakresu danego konkursu.

Dodatkowo należy przedstawić diagnozę sytuacji w regionie, wskazującą konieczność ogłoszenia konkursu.

W przypadku RPZ należy wskazać, czy konkurs dotyczy całego województwa, czy jego części, czy wybrany będzie tylko jeden realizator czy nie ma takich ograniczeń, czy jest to pierwszy konkurs na realizację tego RPZ (w przypadku, gdy jest to kolejny konkurs należy wskazać numer poprzedniego naboru oraz zakontraktowaną alokację i liczbę wybranych podmiotów).

II.11 Planowany termin ogłoszenia konkursu

rok oraz kwartał [RRRR.KW]

II.12 Planowany termin rozpoczęcia naboru

rok oraz kwartał - informacje w tym zakresie powinny być zbieżne z informacjami zawartymi w wykazie działań (blok I - Informacje ogólne).

II.13 Planowana całkowita alokacja [PLN]

całkowita alokacja na konkurs wyrażona w PLN, obejmująca wkład UE i wkład krajowy (kwalifikowalne wydatki publiczne i prywatne)

II.14 Planowane dofinansowanie UE [PLN]

alokacja na konkurs wyrażona w PLN, obejmująca wkład UE

II.15 Planowane dofinansowanie UE [%]

maksymalny poziom dofinansowania UE w konkursie w %

II.16 Wskaźniki

wskaźniki WLWK, PO, SZOOP adekwatne do działań wspieranych w ramach konkursu

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj <i>produktu/ rezultatu</i>	Jednostka miary <i>np. osoba, godzina, szt., etc.</i>	Wartość szacowana do osiągnięcia w ramach konkursu	Wartość docelowa zakładana w PO/ SZOOP
1					
2					
3					
...					

III. PROJEKT POZAKONKURSOWY (BLOK III)

FISZKA PROJEKTU POKONKURSOWEGO

Blok wypełniany jest oddzielnie dla każdego projektu pozakonkursowego ujętego w wykazie działań zawartym w bloku Informacje ogólne. W przypadku zgłaszania w Planie więcej niż jednego projektu, kolejną fiszkę należy przedstawić w oddzielnym bloku (poprzez dodanie nowego bloku III).

III.1 Nr projektu w PD

Skrócona nazwa programu operacyjnego - skrót nazwy województwa . numer osi priorytetowej . litera „P” . kolejny numer projektu (wykaz skrótów na ostatniej stronie PD) Przykład: POWER.5.P.1.

RPO WO 12.P.1

INFORMACJE OGÓLNE

III.2 Tytuł projektu

Stworzenie Centrum Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych - rehabilitacja lecznicza, w tym ukierunkowana na minimalizację następstw po przebytej chorobie wywołanej Covid-19

III.3 Beneficjent

nazwa beneficjenta, adres jego siedziby

**Opolskie Centrum Rehabilitacji W Korfantowie
48-317 Korfantów
ul. Wyzwolenia 11**

III.4 Zakres terytorialny inwestycji

pozostawić odpowiednie słowo określające czy inwestycja ma zasięg regionalny czy ogólnopolski (w przypadku RPO zawsze należy pozostawić słowo „regionalny”)

~~ogólnopolski~~ regionalny *

** niepotrzebne skreślić*

Województwo

adekwatnie do założeń projektu

opolskie

III.5 Oś priorytetowa

numer oraz nazwa osi priorytetowej, w ramach której ogłaszany jest projekt pozakonkursowy

XII Wsparcie w ramach REACT-EU w województwie opolskim

III.6 Działanie

numer oraz nazwa działania, w ramach którego ogłaszany jest projekt pozakonkursowy

12.3 Infrastruktura ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym niwelowanie skutków przebycia COVID-19 wśród mieszkańców regionu

III.7 Poddziałanie

numer oraz nazwa poddziałania, w ramach którego ogłaszany jest projekt pozakonkursowy (jeśli dotyczy)

n/d

III.8 Fundusz

nazwa właściwego funduszu, w ramach którego udzielane będzie dofinansowanie inwestycji

Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

III.9 Typ projektu zgodnie z PO/ SZOOP

typ projektu zgodnie z PO/ SZOOP, w który wpisuje się dany projekt pozakonkursowy

Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie w celu poprawy ogólnej wydajności usług medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym ukierunkowanej na minimalizację następstw po przebytej chorobie wywołanej Covid-19.

III.10 Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym

zasadność zastosowania trybu pozakonkursowego (w szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 -2020 oraz zgodnie z Umową Partnerstwa - Podrozdział 5.2.1).

Kluczowym problemem dla pacjentów na poziomie krajowym i regionalnym jest słaba dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej świadczonych, zarówno w warunkach stacjonarnych (szpitalnych i oddziału dziennego), jak i ambulatoryjnych i domowych, a także długi czas oczekiwania na ich realizację oraz brak łatwego dostępu do szerokiego wachlarza świadczeń diagnostycznych. Należy także podkreślić, że świadczenia w trybie stacjonarnym nie są łatwo zastępowalne przez świadczenia w trybie ambulatoryjnym, bo obejmują grupę pacjentów po ciężkich epizodach chorobowych, stanach pooperacyjnych, których stan wymaga stałego monitoringu medycznego w obszarze diagnostycznym.

Rehabilitacja pacjentów po COVID-19 stanowi bardzo istotny element całościowego podejścia do leczenia pacjentów. Ma ona za zadanie wesprzeć pacjenta w powrocie do sprawności sprzed choroby. Natomiast ze względu na skalę problemu i konieczność szybkiego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych dużej grupy ozdrowieńców po COVID-19 z przetrwałymi objawami, rozwiązania uznane jako modelowe w zakresie rehabilitacji po COVID-19 powinny mieć udowodnioną skuteczność. Pacjenci po ciężkich i bardzo ciężkich przebiegach choroby, z bardziej złożonymi potrzebami rehabilitacyjnymi będą wymagać specjalistycznej rehabilitacji w ramach szpitalnych i specjalistycznych usług środowiskowych. W wytycznych¹ zaleca się wykonanie oceny diagnostycznej pacjenta przed przystąpieniem do programu rehabilitacji i po jego zakończeniu. Wytyczne wyraźnie rozdzielają potrzeby pacjentów z ostrym lub po ostrym przebiegu choroby przebywających na oddziałach szpitalnych i wymagających respiratoterapii lub tlenoterapii. Eksperti proponują by pacjenci hospitalizowani z powodu ciężkiego przebiegu COVID-19 rozpoczynali program wczesnej fizjoterapii jeszcze podczas pobytu na oddziale szpitalnym (GRS 2020, ERS&ATS 2020, BPS 2020).

W przypadku osób po przebyciu ARDS (ang. acute respiratory distress syndrome) rehabilitacja zalecana jest już podczas pobytu na oddziale szpitalnym, a następnie zalecana jest jej kontynuacja po wypisie ze szpitala. W szczególności osoby z problemami oddechowymi lub ruchowymi powinny kontynuować rehabilitację na oddziale szpitalnym (BPS 2020), natomiast osoby z nielicznymi i niewielkimi następstwami zakażenia COVID-19 mogą być poddawane rehabilitacji domowej lub ambulatoryjnej (KIF 2020, AJPM&R 2020), która głównie ma na celu przywrócenie zdolności motorycznych. Zostało wskazane, iż program rehabilitacji powinien być skoncentrowany na obszarze upośledzenia specyficznym dla każdego pacjenta². Ponadto ważnym elementem programu rehabilitacji pacjenta powinna być rehabilitacja w zakresie psychologicznym.

¹ Rekomendacja nr 1/2021 Prezesa AOTMiT z dnia 14 maja 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących rehabilitacji leczniczej dla osób po chorobie COVID-19.

² J.w.

Trudną sytuację w obszarze rehabilitacji leczniczej spotęgowała pandemia COVID – 19. Rehabilitacja pacjentów po COVID-19 stanowi bardzo istotny element całościowego podejścia do leczenia pacjentów. Ma ona za zadanie wesprzeć pacjenta w powrocie do sprawności sprzed choroby. Natomiast ze względu na skalę problemu i konieczność szybkiego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych dużej grupy ozdrowieńców po COVID-19 z przetrwałymi objawami, rozwiązania uznane jako modelowe w zakresie rehabilitacji po COVID-19 powinny mieć udowodnioną skuteczność oraz możliwie największą efektywność kosztową.

Oficjalne statystyki danych Ministerstwa Zdrowia w regionie przedstawiają się następująco (stan na 12 maja 2021r.):

- liczba osób, które zachorowały od początku pandemii na COVID-19 w województwie opolskim – potwierdzone przypadki: 68 471,
- liczba zgonów od początku pandemii z powodu COVID-19 w województwie opolskim: 1 946,
- liczba osób hospitalizowanych od początku pandemii z powodu COVID-19: 8 331 (dane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ).

Można szacować, iż liczba osób, które przeszły lub przechodzą epizod choroby COVID -19 od 4 marca 2020 do 12 maja 2021 r. w województwie opolskim to ponad 221 tys. osób, w tym pełnoobjawowych (ze średnim, ciężkim i bardzo ciężkim przebiegiem choroby) zamyka się w liczbie 44 300 osób (40%).

W przypuszczalnie prawdopodobnej populacji 221 000 ozdrowieńców: 66 300 (30%) przeszło zachorowanie bezobjawowo, 117 050 przeszło zachorowanie z łagodnymi objawami, 33 150 ze średnimi i ciężkimi objawami, 4 500 z bardzo ciężkimi objawami.

Szacuje się, że co dziesiąta osoba po przebiegu COVID-19 będzie wymagała rehabilitacji, by powrócić do pełni zdrowia. Wśród osób o ciężkim przebiegu 60 % osób będzie wymagało rehabilitacji, natomiast wśród osób, które wymagały wspomagania tlenem, aż 95 %.

Ozdrowieńcy po łagodnym i średnim przebiegu choroby będą wymagali rehabilitacji ambulatoryjnej lub rehabilitacji zdalnej pod nadzorem fizjoterapeuty. Stanowią oni grupę ok. 15 000 osób w województwie opolskim.

Liczba ozdrowieńców wymagająca rehabilitacji po średnim i ciężkim przebiegu, stanowiąca obecnie ok. 20 000 osób i ozdrowieńców po ostrej fazie choroby, stanowiąca obecnie ok. 4 000 osób będzie wymagała intensywnej rehabilitacji stacjonarnej, a po jej odbyciu intensywnej rehabilitacji domowej, by powrócić do zadawalającego stanu funkcjonalnego (m.in. swobodnego chodzenia, samodzielnego jedzenia ect.). Rehabilitacja w tej grupie pacjentów może trwać do dwóch lat po ozdrowieniu i odbywać się początkowo w warunkach stacjonarnych i domowych, a następnie ambulatoryjnej lub zdalnej . Kilkuset ozdrowieńców (stan na 30 marca 2021 r.) oczekuje na uczestnictwo w krajowym pilotażowym programie rehabilitacji w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, odbywającej się w warunkach szpitalnego oddziału stacjonarnego, który jest dedykowany dla pacjentów po ostrym, bardzo ciężkim i ciężkim przebiegu choroby.

Do podmiotowej populacji pacjentów należy dodać osoby, które w wyniku ograniczeń w działaniu systemu ochrony zdrowia – ograniczanie przyjęć, wydłużanie terminów przyjęć, wstrzymanie przyjęć pacjentów - w latach 2020-2021 nie mogły skorzystać z rehabilitacji, choć ich stan zdrowia wymagał takiej interwencji. Krajowa Izba Fizjoterapeutów szacuje ich liczbę na 1 mln w skali kraju. Liczba oczekujących pacjentów na rehabilitację leczniczą stale rosła od 2011, co wykazała kontrolna NIK zakończona w 2014 r. Wtedy na zabiegi w pracowniach fizjoterapii na koniec 2011 r. zapisanych było ponad 400 tys. osób, a pod koniec 2013 r. już niemal 613 tys., na oddziałach rehabilitacyjnych z kolei odpowiednio: ok. 114 tys. i ponad 150 tys. osób. Obecnie z powodu mniejszych obostrzeń nałożonych przez MZ na ambulatoryjne zakłady rehabilitacji podczas trwania pandemii COVID-19, a także mniejszych obaw pacjentów przed skorzystaniem z rehabilitacji ambulatoryjnej, te proporcje się odwróciły. W tej chwili na rehabilitację stacjonarną pacjent oczekuje nawet do 6 razy dłużej, niż ma to miejsce w rehabilitacji ambulatoryjnej.

Projekt **Stworzenie Centrum Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych - rehabilitacja lecznicza, w tym ukierunkowana na minimalizację następstw po przebytej chorobie wywołanej Covid-19** jest częścią szerszej koncepcji strategicznej Województwa Opolskiego.

Przedmiotowy projekt wpisuje się w kierunki strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na szczeblu krajowym określone przez Ministerstwo Zdrowia w roku 2019³, jak i regionalnym określone w **Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020** i jest realizacją celu strategicznego 3.1 Opieka Ambulatoryjna (podstawowa i specjalistyczna), w obszarze **Poprawy jakości i dostępności usług w obszarach problemowych** oraz **Budowy i rozwoju infrastruktury usług medycznych**.

Beneficjent projektu tj. **Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. Z o.o.**, jest jednym z kluczowych podmiotów zaangażowanych w rehabilitację leczniczą oraz jest wiodącym świadczeniodawcą w obszarze rehabilitacji ogólnoustrojowej i narządów ruchu w regionie.

Jednym z głównych założeń realizacji przedmiotowego projektu jest otwartość na potrzeby Pacjenta. Planowany projekt w zakresie usług rehabilitacyjnych dla pacjentów w województwie opolskim, w tym dla pacjentów po przebiegu COVID-19 stawia na poprawę infrastruktury szpitali, wyposażenie poradni diagnostycznych i zakładów rehabilitacji ambulatoryjnej w nowoczesny, niezbędny sprzęt, koncentrację zasobów kadry medycznej w łańcuchu skoordynowanej opieki nad pacjentem oraz stawia w centrum pacjenta - jego potrzeby i bezpieczeństwo.

Planowany system usług rehabilitacyjnych będzie skonstruowany w formie łańcucha skoordynowanej opieki nad pacjentem. Jego początek będzie stanowić Centrum Diagnostyczne w Kup, kolejnym ogniwem będzie Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie oraz Centrum Terapii Nerwic w Mosznej, jego koniec będzie stanowić 20 ambulatoryjnych fizjoterapeutycznych gabinetów usprawniania.

Reasumując, projekt pn. **Stworzenie Centrum Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych - rehabilitacja lecznicza, w tym ukierunkowana na minimalizację następstw po przebytej chorobie wywołanej Covid-19** będzie charakteryzować się wysoką wartością i znaczeniem dla całego województwa opolskiego oraz będzie zaspokajał zidentyfikowane w regionie potrzeby i deficyty w obszarze zdrowia.

Przedmiotowy projekt wpisuje się we wskazaną w art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 -2020 definicję mówiącą, iż w trybie pozakonkursowym mogą być wybierane **wyłącznie projekty o strategicznym znaczeniu dla społeczno-gospodarczego rozwoju kraju, regionu lub obszaru objętego realizacją ZIT, lub projekty dotyczące realizacji zadań publicznych**.

Zastosowanie procedury pozakonkursowego pozwoli na sprawne przeprowadzenie procesu oceny i wyboru do dofinansowania projektu, co przełoży się na szybsze zrealizowanie kluczowych inwestycji przyczyniających się do poprawy zdrowia mieszkańców regionu (w tym pacjentów po przebiegu COVID-19).

III.11 Cel projektu

cel główny projektu, biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy oraz planowane w ramach projektu działania

Planowany system usług rehabilitacyjnych dla pacjentów w województwie opolskim, w tym dla pacjentów po przebiegu COVID-19 stawia na rozbudowę nowoczesnej infrastruktury szpitali, wyposażenie poradni diagnostycznych i zakładów rehabilitacji ambulatoryjnej w nowoczesny, niezbędny im sprzęt, koncentrację zasobów kadry medycznej w łańcuchu skoordynowanej opieki nad pacjentem oraz stawia w centrum systemu pacjenta - jego potrzeby i bezpieczeństwo. System zakłada podniesienie jakości wykonywania świadczeń rehabilitacyjnych we wszystkich dostępnych dotychczas warunkach ich świadczenia, tj. stacjonarnej, dziennej, ambulatoryjnej i domowej, uzupełniając je o usługi rehabilitacji w trybie telemedycznym. Przy planowaniu i opisanu interwencji rehabilitacyjnych wykorzystano wskazania i rekomendacje opisane przez 11 organizacji i stowarzyszeń medycznych (Krajową Izbę Fizjoterapeutów – KIF 2020, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu – UMW 2020, German Respiratory Society – GRS 2020, Pan American Health Organization – PAHO 2020, European Respiratory Society and American Thoracic Society – ERS&ATS 2020, American Journal

³ *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2019.

of Physical Medicine & Rehabilitation – AJPM&R 2020, British Society of Rehabilitation Medicine – BSRM 2020, British Psychological Society – BPS 2020, National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2020, Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Respiratory Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Cardiopulmonary Rehabilitation Group of Chinese Society of Physical Medicine and Rehabilitation – Chin Med 2019, Defence Medical Rehabilitation Centre – DMRC 2020). Celem tego procesu było odnalezienie dokumentów wskazujących, jaki typ i stopień dysfunkcji po chorobie kwalifikuje pacjenta do programu rehabilitacyjnego, jaki rodzaj rehabilitacji należy prowadzić u osób po COVID-19, a także kiedy jest optymalny czas na rozpoczęcie fizjoterapii oraz jakie warunki należy zapewnić pacjentom podczas prowadzonych interwencji.

Wytyczne ekspertów wskazują na potrzebę zagwarantowania wsparcia i opieki dla ozdowieńców w formie indywidualnie skonstruowanych programów usprawniania, które powinny być oparte na ocenie problemów i potrzeb zgłaszanych przez pacjenta (KIF 2020, ERS&ATS 2020, BSRM 2020, NICE 2020). Wytyczne wyraźnie rozdzielają potrzeby pacjentów z ostrym lub po ostrym przebiegu choroby przebywających na oddziałach szpitalnych i wymagających respiratoterapii lub tlenoterapii. Ekspertki proponują by pacjenci hospitalizowani z powodu ciężkiego przebiegu COVID-19 rozpoczynali program wczesnej rehabilitacji jeszcze podczas pobytu na oddziale szpitalnym (GRS 2020, ERS&ATS 2020, BPS 2020). W przypadku osób po przebyciu ARDS (ang. acute respiratory distress syndrome) rehabilitacja zalecana jest już podczas pobytu na oddziale szpitalnym, a następnie zalecana jest jej kontynuacja po wypisie ze szpitala. W szczególności osoby z problemami oddechowymi lub ruchowymi powinny kontynuować rehabilitację na oddziale szpitalnym (BPS 2020), natomiast osoby z nielicznymi i niewielkimi następstwami zakażenia COVID-19 mogą być poddawane rehabilitacji domowej lub ambulatoryjnej (KIF 2020, AJPM&R 2020), która głównie ma na celu przywrócenie zdolności motorycznych. Zostało wskazane, iż program rehabilitacji powinien być skoncentrowany na obszarze dysfunkcji specyficznym dla każdego pacjenta.

Ozdowieńcy powinni mieć wykonaną ocenę stanu fizycznego i emocjonalnego w ciągu 6-8 tygodni po wypisie ze szpitala, poszerzoną o diagnostykę laboratoryjną w celu zidentyfikowania ich potrzeb rehabilitacyjnych. Wytyczne wyraźnie wskazują potrzebę oceny stanu pacjenta w celu jego kwalifikacji do programu rehabilitacyjnego oraz w celu przydzielenia do odpowiedniego poziomu intensywności prowadzonych interwencji i warunków jej wykonywania: szpitalnych, dziennych, ambulatoryjnych lub domowych, a także telemedycznych⁴.

Planowany system usług rehabilitacyjnych będzie skonstruowany w formie łańcucha skoordynowanej opieki nad pacjentem. Jego początek będzie stanowić Centrum Diagnostyczne w Kup, kolejnym ogniwem będzie Opolskie Centrum Rehabilitacji, jego koniec będzie stanowić 20 fizjoterapeutycznych gabinetów usprawniania. Nadrzędnym celem tego systemu będzie dobór takich form programu rehabilitacji, które będą generować najlepsze efekty zdrowotne, będąc przy tym możliwie najmniej kosztochłonne. Koncepcja łańcucha skoordynowanej opieki nad pacjentem zakłada podniesienie jakości i racjonalizację kosztów usług medycznych przez koordynację procesu diagnostycznego i świadczenia usług rehabilitacyjnych oraz współdziałanie pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia będącymi poszczególnymi ogniwami tego łańcucha.

III.12 Opis projektu

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

Działania inwestycyjne realizowane w ramach projektu *Stworzenie Centrum Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych - rehabilitacja lecznicza, w tym ukierunkowana na minimalizację następstw po przebytej chorobie wywołanej Covid-19:*

1. Zakup drugiej części sprzętu diagnostycznego do kompleksu poradni specjalistycznych – 1 mln PLN

W ramach projektu planuje się stworzenie Centrum Diagnostycznego, które będzie zespołem poradni AOS w zakresach: pulmonologicznym, internistycznym, neurologicznym, psychicznym,

⁴ Rekomendacja nr 1/2021 Prezesa AOTMiT z dnia 14 maja 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących rehabilitacji leczniczej dla osób po chorobie COVID-19

ortopedycznym. Centrum Diagnostyczne będzie zlokalizowane w Stabrowskim Centrum Medycznym i będzie związane z profilem medycznym szpitala w Kup, który jest wyspecjalizowany w leczeniu chorób płuc. Kadra medyczna szpitala jest wysoce kompetentnym zespołem, posiadającym wieloletnie doświadczenie w leczeniu i rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego i płuc. W ostatnim czasie trakcie trwania pandemii COVID-19 personel szpitala nabył nowe umiejętności w obszarze leczenia osób zakażonych koronawirusem, ponieważ działał jako szpital dedykowany pacjentom z COVID-19., tzw. szpital „covidowy”.

Największą wartością dodaną tej jednostki ochrony zdrowia, także w kontekście planowanych działań w projekcie Stworzenie Centrum Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych - rehabilitacja lecznicza, w tym ukierunkowana na minimalizację następstw po przebytej chorobie wywołanej Covid-19 są niewątpliwie umiejętności, doświadczenie i wysoka kompetencja kadry medycznej. Dodatkową wartością jest posiadanie nowoczesnego zaplecza diagnostyczno-zabiegowego, które wymaga jedynie uzupełnienia. Analiza potrzeb tej jednostki w kontekście planowanych działań w projekcie wskazała na niezbędną zakupu m.in.: sprzętu do prób i testów wysiłkowych wraz z oprogramowaniem i licencją, sprzętu do zdalnej diagnostyki serca, aparatów USG, pulsoksymetrów dla dorosłych, cykloergonometrów do prób wysiłkowych, bieżni, kozetek lekarskich, czy też ergospirometrów. Sprzęt ten uzupełni wyposażenie poradni AOS: poradni pulmonologicznej, poradni reumatologicznej, poradni kardiologicznej, poradni ortopedycznej, a także poradni rehabilitacyjnej.

2. Rozbudowa Opolskiego Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o., jako wiodącej jednostki w zakresie Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych – 26 mln PLN

Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o. (OCR) jest wiodącym ośrodkiem ortopedycznym i rehabilitacyjnym w województwie opolskim. Wysoko wykwalifikowana kadra medyczna wykonuje świadczenia medyczne na najwyższym poziomie. W roku 2015 oddano do użytkowania nowoczesny blok operacyjny, w roku 2018 zakupiono najwyższej jakości sprzęt diagnostyczny i terapeutyczny. Pacjenci decydują się na korzystanie z usług OCR mimo długiego okresu oczekiwania, wiedząc, że tutaj otrzymają świadczenie najwyższej jakości. W chwili obecnej jest jedną z dwóch jednostek ochrony zdrowia w regionie posiadającą kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na rehabilitację osób po przebiegu COVID-19. W związku z tym OCR będzie pełniło wiodącą rolę w tworzeniu Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych.

Pawilon łóżkowy będzie użytkowany na cele wykonywania świadczeń zdrowotnych. Zmiana infrastruktury szpitalnej polegająca na likwidacji przegęszczonych wieloosobowych sal chorych bez węzłów sanitarnych w oddziałach rehabilitacji oraz zmiana lokalizacji oddziału chirurgii ortopedycznej (konieczność przewożenia pacjentów po zabiegach operacyjnych z bloku operacyjnego przez łącznik pawilon-Zamek oraz dodatkowy transport windą), zdecydowanie poprawi bezpieczeństwo pacjentów i komfort pobytu. Dysponowanie 2-3 osobowymi salami chorych z węzłami sanitarnymi pozwoli na zapewnienie intymności, ograniczy rozprzestrzenianie się zakażeń szpitalnych, umożliwi izolację pacjentów potencjalnie zakażonych, usprawni przyjęcia w aspekcie zachowania sal „męskich” i „żeńskich”. Ponadto wyeliminuje się konieczność transportu pacjentów po zabiegach operacyjnych – dobudowany pawilon jest w bezpośrednim sąsiedztwie bloku operacyjnego.

Przedmiotowa inwestycja przełoży się bezpośrednio na komfort pracy personelu medycznego i pomocniczego, optymalizację zatrudnienia, ograniczenia zagrożenia wypadkami przy pracy poprzez poprawę ergonomii.

Jednocześnie zakupione w ramach niniejszej inwestycji sprzęty i wyroby medyczne tylko minimalnie będą wpływały na wzrost dotychczasowych kosztów eksploatacji. Należy również zaznaczyć, że wyroby planowane do zakupienia w ramach inwestycji będą dokonywane między innymi w oparciu o pozytywny wpływ na środowisko naturalne poprzez efektywność energetyczną urządzeń. Przy wyborze priorytetowo będą traktowane te oferty urządzeń, których specyfikacja techniczna wskaże na najbardziej efektywne zużycie energii.

Spodziewane efekty:

- zwiększenie komfortu hospitalizacji pacjentów, zapewnienie odpowiednich warunków opieki nad pacjentem wskutek rozgęszczenia i uzyskania bezpośredniego dostępu do łóżek,
- zapewnienie właściwych powiązań funkcjonalnych (lokalizacja oddziału kooperacyjnego przy

bloku operacyjnym, usytuowanie pomieszczeń rehabilitacji w tym samym budynku, w którym hospitalizowani są pacjenci),

- umożliwienie realizacji niezbędnej rehabilitacji przyłóżkowej pacjentów po alloplastyce w 48 godzin po zabiegu operacyjnym, zapewnienie odpowiedniego reżimu sanitarnego w warunkach pandemii,
- wyłączenie oddziałów łóżkowych z wewnętrznych ciągów komunikacyjnych łączących gabinety usprawniania,
- uzyskanie nowych pomieszczeń do badania pacjentów dostosowanych do standardów wynikających z przepisów ustawy Prawa pacjenta,
- uzyskanie nowych pomieszczeń rehabilitacji ruchowej i fizykoterapii (grupowej i indywidualnej) oraz rehabilitacji neurologicznej, zapewniających zachowanie reżimu epidemiologicznego.

Ponadto rozbudowany pawilon będzie stanowił bazę dydaktyczną dla studentów Uniwersytetu Opolskiego Kierunku Lekarskiego zgodnie z zawartym porozumieniem, jak również dla studentów kierunku Fizjoterapii Politechniki Opolskiej, Wyższej Zawodowej Szkoły Medycznej w Opolu, Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu i Katowicach, zgodnie z obowiązującymi umowami. W związku z posiadaniem akredytacji do prowadzenia staży specjalizacyjnych dla lekarzy i fizjoterapeutów, realizacja inwestycji przyczyni się do poprawy procesu dydaktycznego. Po zakończeniu działań inwestycyjnych możliwe będzie wdrożenie działań mających na celu objęcie kompleksową opieką w zakresie ortopedii zwiększonej liczby pacjentów bez konieczności zwiększania poziomu zatrudnienia kadry medycznej.

3. Wyposażenie w sprzęt sieci placówek poradni rehabilitacyjnych świadczących również rehabilitację poCovidową – 3 mln PLN

Koncepcja zwiększenia efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz niwelowania skutków przebycia COVID-19 wśród mieszkańców województwa opolskiego poprzez rozwój Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych przewiduje stworzenie w całym województwie sieci placówek, które będą w stanie świadczyć usługi na najwyższym certyfikowanym/zunifikowanym poziomie. Zgodnie z rozpoznaniem nawet dobrze funkcjonujące gabinety wymagają doposażenia w sprzęt, szczególnie w aspekcie rehabilitacji poCovidowej.

Wśród zgłaszanych potrzeb występują m.in. system do badań wysiłkowych, oprogramowanie sterujące (licencja), bezprzewodowy moduł EKG, pulsoksymetr dla dorosłych, cykloergonometr do prób wysiłkowych.

Założeniem projektu jest, że lider w procedurze konkursowej wybierze potencjalnych partnerów, którzy zadeklarują gotowość realizacji działań w ramach Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych. Partnerzy będą dobierani w oparciu o obiektywne kryteria m.in. doświadczenie, liczbę pacjentów w roku poprzednim, kadra, którą dysponują oraz sprzęt i warunki lokalowe, a także możliwości zaangażowania w nowe przedsięwzięcie.

III.13 Opis zgodności projektu z mapami potrzeb zdrowotnych (jeśli dotyczy)

zakres mapy potrzeb zdrowotnych, w który wpisują się działania objęte wsparciem w ramach projektu

Konstrukcja programu opiera się na postulatach dotyczących organizacji programów rehabilitacji leczniczej zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych z 30 sierpnia 2021 r. Świadczenia i interwencje są dopasowane do indywidualnych potrzeb zdrowotnych każdego pacjenta. Określa jasną ścieżkę koordynacji każdego pacjenta w trakcie procesu rehabilitacyjnego oraz zakłada wykorzystanie obiektywnych narzędzi oceniających/ definiujących stan kliniczny każdego pacjenta biorącego udział w programie.

Projekt jest zgodny z bieżącą Mapą Potrzeb Zdrowotnych oraz Mapą Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 roku do 31 grudnia 2026 roku (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 roku w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych)

Mapa Potrzeb Zdrowotnych (dalej MPZ) jednoznacznie wskazuje, że świadczenia w zakresie rehabilitacji są bardzo istotne ponieważ przyspieszają powrót pacjentów do zdrowia, poprawiają jakość życia i poziom ich sprawności po przebytych chorobach, urazach czy zabiegach medycznych. Dzięki rehabilitacji osoby w każdym wieku mają możliwość powrotu do codziennych czynności, pełnienia znaczących ról życiowych i maksymalizacji ich dobrostanu.

Projekt pozwoli na realizację rekomendowanych przez MPZ kierunków działań:

- objęcie rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii
- dostosowanie przebiegu rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych (w szczególności układu mięśniowo-szkieletowego i chorób neurologicznych) w celu wspomagania procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej samodzielności i niezależności.

Ponadto projekt uwzględni zmiany demograficzne niosące ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach (MPZ przewiduje wzrost zapotrzebowania na realizację świadczeń rehabilitacji stacjonarnej o 13% do 2030r.).

Projekt uznaje, podobnie jak MPZ, że istotne jest dalsze rozpowszechnianie rehabilitacji w różnych warunkach – ambulatoryjnej, dziennej i domowej .

Projekt niweluje wskazane przez MPZ dotychczasowe wady związane z leczeniem szpitalnym (m.in. brak kompleksowości i ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz brak koordynacji świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym) doprowadzając docelowo do zmniejszenia czasu oczekiwania na zabiegi ortopedyczne równocześnie poprawiając jakość udzielanych świadczeń.

Projekt zakłada kompleksowość świadczeń zdrowotnych w zakresie usprawniania pacjentów, polegającą na połączeniu procedur ortopedycznych i rehabilitacyjnych. Taki model uwzględni oczekiwania co do przyszłego kształtu tego typu leczenia (konieczność zapewnienia stabilnej bazy szpitalnej na terytorium kraju i w poszczególnych regionach oraz konieczność zapewnienia optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji i wykorzystania zasobów).

Projekt zapewni, zgodnie z zapisami MPZ, centralizację oraz koncentrację świadczeń udzielanych pacjentom wymagającym skomplikowanego oraz kompleksowego leczenia - w ośrodku o odpowiednim zapleczu i doświadczeniu.

Projekt uwzględni rekomendacje MPZ wyrażone zarówno w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych krajowych, jak i wskazanych wobec Województwa Opolskiego.

III.14 Planowana data złożenia wniosku o dofinansowanie

rok oraz kwartał [RRRR.KW]

2022, I

III.15 Planowany okres realizacji projektu

data rozpoczęcia oraz zakończenia inwestycji (rok oraz kwartał)

Planowana data rozpoczęcia [2021.I]

Planowana data zakończenia [2023.II]

Źródła finansowania	[2021 r.]	[2022 r.]	[2023 r.]	Razem

III.16 Planowany koszt całkowity [PLN] <i>całkowita wartość projektu, obejmująca zarówno wydatki kwalifikowalne (wkład UE i wkład krajowy) jak i niekwalifikowalne. w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota</i>	35 000	24 245 000	5 720 000	30 000 000
III.17 Planowany koszt kwalifikowalny [PLN] <i>wartość wydatków kwalifikowanych w projekcie (wkład UE i wkład krajowy) w podziale na lata realizacji inwestycji oraz łączna kwota</i>	35 000	24 245 000	5 720 000	30 000 000
III.18 Planowane dofinansowanie UE [PLN] <i>alokacja środków UE przeznaczona na projekt</i>	31 500	21 820 500	5 148 000	27 000 000
III.19 Planowane dofinansowanie UE [%] <i>maksymalny poziom dofinansowania UE na projekt w %</i>	90%	90%	90%	90%

III.20 Działania w projekcie

L.p.	Nazwa zadania <i>kluczowe zadania, jakie będą realizowane w ramach projektu</i>	Opis działania <i>krótki opis planowanych do podjęcia działań składających się na dane zadanie</i>	Szacunkowa wartość całkowita zadania [PLN]
1	Zakup drugiej części sprzętu diagnostycznego do kompleksu poradni specjalistycznych	W ramach projektu planuje się stworzenie Centrum Diagnostycznego, które będzie zespołem poradni AOS w zakresach: pulmonologicznym, internistycznym, neurologicznym, psychicznym, ortopedycznym. Centrum Diagnostyczne będzie zlokalizowane w Stabrowskim Centrum Medycznym i będzie związane z profilem medycznym szpitala w Kup, który jest wyspecjalizowany w leczeniu chorób płuc. Kadra medyczna szpitala jest wysoce kompetentnym zespołem, posiadającym wieloletnie doświadczenie w leczeniu i rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego i płuc. W ostatnim czasie trakcie trwania pandemii COVID-19 personel szpitala nabył nowe umiejętności w obszarze leczenia osób zakażonych koronawirusem, ponieważ działał jako szpital	1 mln PLN

		<p>dedykowany pacjentom z COVID-19., tzw. szpital „covidowy”.</p> <p>Analiza potrzeb tej jednostki w kontekście planowanych działań w projekcie wskazała na niezbędność zakupu m.in.: sprzętu do prób i testów wysiłkowych wraz z oprogramowaniem i licencją, sprzętu do zdalnej diagnostyki serca, aparatów USG, pulsoksymetrów dla dorosłych, cykloergonometrów do prób wysiłkowych, bieżni, kozetek lekarskich, czy też ergospirometrów. Sprzęt ten uzupełni wyposażenie poradni AOS: poradni pulmonologicznej, poradni reumatologicznej, poradni kardiologicznej, poradni ortopedycznej, a także poradni rehabilitacyjnej.</p>	
2	<p>Rozbudowa Opolskiego Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o., jako wiodącej jednostki w zakresie Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych</p>	<p>Zmiana infrastruktury szpitalnej polegająca na likwidacji przegęszczonych wieloosobowych sal chorych bez węzłów sanitarnych w oddziałach rehabilitacji oraz zmiana lokalizacji oddziału chirurgii ortopedycznej (konieczność przewożenia pacjentów po zabiegach operacyjnych z bloku operacyjnego przez łącznik pawilon-Zamek oraz dodatkowy transport windą), zdecydowanie poprawi bezpieczeństwo pacjentów i komfort pobytu. Dysponowanie 2-3 osobowymi salami chorych z węzłami sanitarnymi pozwoli na zapewnienie intymności, ograniczy rozprzestrzenianie się zakażeń szpitalnych, umożliwi izolację pacjentów potencjalnie zakażonych, usprawni przyjęcia w aspekcie zachowania sal „męskich” i „żeńskich”. Ponadto wyeliminuje się konieczność transportu pacjentów po zabiegach operacyjnych – dobudowany pawilon jest w bezpośrednim sąsiedztwie bloku operacyjnego. Przedmiotowa inwestycja przełoży się bezpośrednio na komfort pracy personelu medycznego</p>	26 mln PLN

		<p>i pomocniczego, optymalizację zatrudnienia, ograniczenia zagrożenia wypadkami przy pracy poprzez poprawę ergonomii.</p> <p>Jednocześnie zakupione w ramach niniejszej inwestycji sprzęty i wyroby medyczne tylko minimalnie będą wpływały na wzrost dotychczasowych kosztów eksploatacji. Należy również zaznaczyć, że wyroby planowane do zakupienia w ramach inwestycji będą dokonywane między innymi w oparciu o pozytywny wpływ na środowisko naturalne poprzez efektywność energetyczną urządzeń. Przy wyborze priorytetowo będą traktowane te oferty urządzeń, których specyfikacja techniczna wskaże na najbardziej efektywne zużycie energii.</p>	
3	<p>Wyposażenie w sprzęt sieci placówek poradni rehabilitacyjnych świadczących również rehabilitację poCovidową</p>	<p>Zgodnie z rozpoznaniem nawet dobrze funkcjonujące gabinety wymagają doposażenia w sprzęt, szczególnie w aspekcie rehabilitacji poCovidowej. Wśród zgłaszanych potrzeb występują m.in. system do badań wysiłkowych, oprogramowanie sterujące (licencja), bezprzewodowy moduł EKG, pulsoksymetr dla dorosłych, cykloergonometr do prób wysiłkowych.</p> <p>Założeniem projektu jest, że lider w procedurze konkursowej wybierze potencjalnych partnerów, którzy zadeklarują gotowość realizacji działań w ramach Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych</p>	3 mln PLN
...			

III.21 Wskaźniki

wskaźniki, które znajdują się w umowie o dofinansowanie projektu

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj <i>produktu/ rezultatu</i>	Jednostka miary <i>np. osoba, godzina, szt., etc</i>	Wartość szacowana do osiągnięcia dzięki realizacji projektu	Wartość docelowa zakładana w PO/SZOOP
1	<i>Podmioty wspierane w zwalczaniu pandemii COVID-19</i>	produkt	podmioty	22	22
2	<i>Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi</i>	produkt	osoby	990 000	990 000

IV. REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY (RPZ) (BLOK IV)

FISZKA ZAŁOŻEŃ RPZ

Blok wypełniany jest oddzielnie dla każdego RPZ. W przypadku zgłaszania w Planie więcej niż jednego RPZ kolejną fiszkę należy przedstawić w oddzielnym bloku (poprzez dodanie nowego bloku IV).

IV.1 Nr konkursu w PD

Skrócona nazwa programu operacyjnego - skrót nazwy województwa . numer osi priorytetowej . litera „K” . kolejny numer konkursu (wykaz skrótów na ostatniej stronie PD) Przykład: POWER.5.K.1.

INFORMACJE OGÓLNE

IV.2 Tytuł RPZ

nazwa regionalnego programu zdrowotnego

IV.3 Budżet RPZ (alokacja)

kwota całkowita (alokacja w PLN) planowana na realizację programu ze wskazaniem, jaka część alokacji pochodzi ze środków UE (wartość całkowita, w tym wkład UE)

IV.4 Okres realizacji RPZ

data rozpoczęcia oraz zakończenia realizacji RPZ (rok oraz kwartał)

Planowana data rozpoczęcia [RRRR.KW]

Planowana data zakończenia [RRRR.KW]

IV.5 Tryb realizacji RPZ

tryb wyboru realizatorów programu (konkursowy czy pozakonkursowy, przy czym wskazując tryb pozakonkursowy należy przedstawić uzasadnienie dla zastosowania tego trybu)

IV.6 Typ beneficjenta

typ/y beneficjenta zgodnie z zapisami PO/ SzOOP (zawężony do działań faktycznie wspieranych w ramach RPZ)

IV.7 Uzasadnienie realizacji RPZ

Uzasadnienie potrzeby realizacji programu biorąc pod uwagę m.in. specyfikę regionu, grupę docelową oraz planowane do realizacji zadania

IV.8 Cel główny RPZ

cel główny programu biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy oraz planowane w ramach programu działania

IV.9 Cele szczegółowe RPZ

opis celów szczegółowych, za pomocą których zostanie osiągnięty cel główny programu

IV.10 Grupy docelowe RPZ

opis oraz uzasadnienie wyboru grupy docelowej programu

IV.11 Ogólny opis schematu RPZ wraz z opisem planowanych działań

ogólny opis schematu programu biorąc pod uwagę m.in. opis planowanych do realizacji działań

IV.12 Kosztorys RPZ (w tym szacunkowe koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń, oraz średni koszt wsparcia na jedną osobę)

Szacunkowy kosztorys działań przewidzianych w ramach programu, który będzie traktowany jako zarys budżetu możliwy do modyfikacji w szczególności w przypadku uwag AOTMiT. Podsumowaniem budżetu powinny być dane dotyczące kosztów jednostkowych dla poszczególnych świadczeń lub średni koszt wsparcia przypadający na jedną osobę (tj. alokacja na konkurs podzielona przez ilość wspartych osób).

IV.13 Komplementarność RPZ z innymi działaniami podejmowanymi na poziomie krajowym

Opis w jaki sposób planowany do realizacji program jest komplementarny z innymi działaniami podejmowanymi na szczeblu krajowym.

IV.14 Komplementarność RPZ z innymi działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym

Opis w jaki sposób planowany do realizacji program jest komplementarny z innymi działaniami podejmowanymi na szczeblu regionalnym.

IV.15 Uwagi

Miejsce na ewentualne komentarze lub inne ważne informacje, o których wg IP/IZ powinni wiedzieć członkowie KS. W szczególności należy wskazać, czy RPZ był przedmiotem wcześniejszej opinii AOTMiT

V. KRYTERIA WYBORU PROJEKTÓW (BLOK V)

V.1 Informacje o konkursie lub projekcie pozakonkursowym, którego dotyczą kryteria wyboru

Nr konkursu/ projektu pozakonkursowego

RPO WO 12.P.1

nr konkursu lub projektu pozakonkursowego, którego dotyczą kryteria wyboru - zgodnie z numerem wskazanym w wykazie działań przedstawionym w bloku I - Informacje ogólne oraz w fiszce danego konkursu/ projektu pozakonkursowego

Tytuł konkursu/ projektu pozakonkursowego

Stworzenie Centrum Skonsolidowanych Usług Rehabilitacyjnych - rehabilitacja lecznicza, w tym ukierunkowana na minimalizację następstw po przebytej chorobie wywołanej Covid-19

V.2 REKOMENDACJE KOMITETU STERUJĄCEGO

Proponowane przez IP/IZ kryteria wyboru 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).

L.p.	Rekomendacja KS dla kryterium <i>rekomendacje KS przyjęte właściwymi uchwałami adekwatne dla PI i obszaru stanowiącego przedmiot wsparcia w ramach konkursu/ projektu pozakonkursowego</i>	Kryterium <i>nazwa (brzmienie) oraz numer proponowanego przez IZ/ IP kryterium</i>	Rodzaj kryterium <i>kryterium dostępu/ premiujące</i>	Opis zgodności kryterium z rekomendacją KS <i>opis, w jaki sposób proponowane kryterium wypełnia treść rekomendacji Komitetu Sterującego wraz z projektem definicji proponowanego przez IZ/ IP kryterium</i>
1	Infrastruktura wytworzona w ramach projektu może być wykorzystywana na rzecz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej	Udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w ramach projektu finansowane są ze środków publicznych w zakresie lub	Kryterium bezwzględne (dostępu)	Infrastruktura wytworzona w ramach projektu może być wykorzystywana wyłącznie na rzecz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj.

	<p>finansowanych ze środków publicznych oraz - jeśli to zasadne - do działalności pozaleczniczej w ramach działalności statutowej danego podmiotu leczniczego, przy czym gospodarcze wykorzystanie infrastruktury nie może przekroczyć 20% zasobów/wydajności infrastruktury w ujęciu rocznym.</p>	<p>w związku z zakresem objętym wsparciem, Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 1</p>		<p>projekty nie mogą służyć świadczeniu usług medycznych poza publicznym systemem ubezpieczenia zdrowotnego).</p> <p>Projekt jest realizowany wyłącznie w podmiocie leczniczym posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie zbieżnym z zakresem projektu, a w przypadku projektu przewidującego rozwój działalności medycznej lub zwiększenie potencjału w tym zakresie, pod warunkiem zobowiązania się tego podmiotu leczniczego do posiadania takiej umowy najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu⁵.</p>
2	<p>Do dofinansowania mogą być przyjęte wyłącznie projekty zgodne z regionalnymi i lokalnymi potrzebami wynikającymi z aktualnych danych statystycznych, w tym danych demograficznych, epidemiologicznych (np. zachorowania, liczba ozdowieńców), zidentyfikowanych deficytów w opiece zdrowotnej. Powyższe dane powinny wynikać z mapy potrzeb zdrowotnych za</p>	<p>Projekt jest zgodny z regionalnymi i lokalnymi potrzebami wynikającymi z aktualnych danych statystycznych, w tym danych demograficznych i epidemiologicznych, Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 2</p>	<p>Kryterium bezwzględne (dostępu)</p>	<p>Do dofinansowania może być przyjęty wyłącznie projekt zgodny z regionalnymi i lokalnymi potrzebami wynikającymi z aktualnych danych statystycznych, w tym danych demograficznych, epidemiologicznych (np. zachorowania, liczba ozdowieńców), zidentyfikowanych deficytów w opiece zdrowotnej. Powyższe dane powinny wynikać z mapy potrzeb zdrowotnych za 2020 r. lub w przypadku jej braku analizy aktualnych danych dokonanych przez wnioskodawcę.</p> <p>Zgodność z aktualnymi regionalnymi i lokalnymi</p>

⁵ Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.

	2020 r. lub w przypadku jej braku analizy aktualnych danych dokonanych przez wnioskodawcę.			potrzebami oceniana jest przez Komisję Oceny Projektów na podstawie uzasadnienia wnioskodawcy zawartego we wniosku o dofinansowanie oraz - jeśli jest wymagane - OCI.
3	Do dofinansowania mogą być przyjęte projekty zgodne z Planami Transformacji (odpowiednio krajowym lub regionalnym), o ile zakres działań zaplanowanych w projekcie jest ujęty w danym Planie ⁶ .	Projekt jest zgodny z Planem Transformacji odpowiednio krajowym lub regionalnym (jeśli dotyczy), Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 3	Kryterium bezwzględne (dostępu)	Do dofinansowania mogą być przyjęte projekty zgodne z Planami Transformacji (odpowiednio krajowym lub regionalnym) o ile zakres działań zaplanowanych w projekcie jest ujęty w danym Planie ⁷ .
4	W celu zapewnienia skutecznej koordynacji inwestycji React-EU z założeniami reformy restrukturyzacji podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, inwestycje nie będą mogły być realizowane na rzecz szpitali będących w sytuacji ekonomiczno-finansowej zagrażającej trwałości projektu. Natomiast inwestycje wprowadzane do realizacji po wejściu w życie ustawy reformującej	Skuteczność koordynacji inwestycji React-EU Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 4	Kryterium bezwzględne (dostępu)	W celu zapewnienia skutecznej koordynacji inwestycji React-EU z założeniami reformy restrukturyzacji podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, inwestycje nie będą mogły być realizowane na rzecz szpitali będących w sytuacji ekonomiczno-finansowej zagrażającej trwałości projektu. Natomiast inwestycje wprowadzane do realizacji po wejściu w życie ustawy reformującej sektor szpitalnictwa, będą musiały być z nią zgodne. Wspierane będą jedynie podmioty lecznicze,

⁶ Kryterium ma zastosowanie w przypadku ogłoszenia przez Ministra Zdrowia lub danego wojewodę planu transformacji przed przyjęciem Planu działań w sektorze zdrowia.

⁷ Kryterium ma zastosowanie w przypadku ogłoszenia przez Ministra Zdrowia lub danego wojewodę planu transformacji przed przyjęciem Planu działań w sektorze zdrowia.

	sektor szpitalnictwa, będą musiały być z nią zgodne.			które wskutek reformy restrukturyzacji nie mogą zostać przeprofilowane lub skonsolidowane. Powyższe będzie weryfikowany m.in. poprzez analizę efektywności kosztowej podmiotów oraz świadczeń w planowanych do wsparcia zakresach. Analiza będzie również przeprowadzona pod kątem zgodności z zapisami Regionalnego Planu Transformacji.
5	W odniesieniu do projektów dotyczących Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Wojewódzkie Plany Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (dalej: WPDS PRM) wymagana jest zgodność projektu z właściwym WPDS PRM oraz mapą w zakresie ratownictwa medycznego.	Brak kryterium	-	Rekomendacje Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia dla kryteriów wyboru projektów realizowanych w ramach React-EU nie zostały uwzględnione z uwagi na nie objęcie przedmiotowym zakresem projektu pozakonkursowego. W ramach działania 12.3 o wsparcie nie mogą obiegać się jednostki Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Wojewódzkie Plany Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Wsparcie dla tego typu podmiotów możliwe jedynie jest z poziomu centralnego.
6	Do dofinansowania może być przyjęty, z zastrzeżeniem pkt I.9 i I.11, wyłącznie projekt posiadający pozytywną opinię o celowości inwestycji, o której mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej	Projekt posiada pozytywną opinię o celowości inwestycji (jeśli dotyczy ⁸), Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 5	Kryterium bezwzględne (dostępu)	Do dofinansowania może być przyjęty wyłącznie projekt posiadający pozytywną opinię o celowości inwestycji (zwaną OCI), o której mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

⁸ Zgodnie z Ustawą z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

	<p>finansowanych ze środków publicznych (zwaną dalej: OCI). Właściwe Instytucje Zarządzające i Instytucje Pośredniczące mają obowiązek zapewnić, że ww. opinia jest załączona do wniosku o dofinansowanie.</p>			<p>publicznych. Opinia stanowi załącznik do wniosku o dofinansowanie.</p> <p>OCI nie jest wymagana w przypadku projektów, których wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku nie przekracza 2 mln zł, a także obejmujących podstawową opiekę zdrowotną (POZ)⁹.</p>
7	<p>OCI nie jest wymagana w przypadku projektów, których wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku nie przekracza 2 mln zł, a także obejmujących podstawową opiekę zdrowotną (POZ). Jeżeli projekt obejmuje zakres szerszy niż POZ, dla pozostałych zakresów zastosowanie mają postanowienia pkt I.10.</p>	<p>Projekt posiada pozytywną opinię o celowości inwestycji (jeśli dotyczy¹⁰), Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 5</p>	<p>Kryterium bezwzględne (dostępu)</p>	<p>Do dofinansowania może być przyjęty wyłącznie projekt posiadający pozytywną opinię o celowości inwestycji (zwaną OCI), o której mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Opinia stanowi załącznik do wniosku o dofinansowanie.</p> <p>OCI nie jest wymagana w przypadku projektów, których wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku nie przekracza 2 mln zł, a także obejmujących podstawową opiekę zdrowotną (POZ)¹¹.</p>
8	<p>Rekomendacje z zakresu kardiologii i kardiochirurgii</p>	<p>Brak kryteriów</p>	<p>-</p>	<p>Rekomendacje Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia dla kryteriów wyboru projektów realizowanych w ramach React-EU nie zostały uwzględnione</p>

⁹ Jeżeli projekt obejmuje zakres szerszy niż POZ, dla pozostałych zakresów zastosowanie mają zapisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁰ Zgodnie z Ustawą z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

¹¹ Jeżeli projekt obejmuje zakres szerszy niż POZ, dla pozostałych zakresów zastosowanie mają zapisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

				z uwagi na nie objęcie przedmiotowym zakresem projektu pozakonkursowego.
9	Rekomendacje z zakresu onkologii	Brak kryteriów	-	Rekomendacje Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia dla kryteriów wyboru projektów realizowanych w ramach React-EU nie zostały uwzględnione z uwagi na nie objęcie przedmiotowym zakresem projektu pozakonkursowego.
10	Rekomendacje z zakresu psychiatrii	Brak kryteriów	-	Rekomendacje Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia dla kryteriów wyboru projektów realizowanych w ramach React-EU nie zostały uwzględnione z uwagi na nie objęcie przedmiotowym zakresem projektu pozakonkursowego.
11	Projekty realizowane przez podmioty lecznicze udzielające świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego (niezależnie od zakresu projektu), nie są kierowane do podmiotów, które w wyniku badania sprawozdania finansowego przez niezależnego biegłego rewidenta za ostatni zamknięty rok finansowy otrzymały negatywną opinię w zakresie sytuacji majątkowej i finansowej.	Podmiot realizujący projekt nie posiada negatywnej opinii w zakresie sytuacji majątkowej i finansowej, Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 6	Kryterium bezwzględne (dostępu)	Projekty realizowane przez podmioty lecznicze udzielające świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego (niezależnie od zakresu projektu), nie są kierowane do podmiotów, które w wyniku badania sprawozdania finansowego przez niezależnego biegłego rewidenta za ostatni zamknięty rok finansowy otrzymały negatywną opinię w zakresie sytuacji majątkowej i finansowej.

12	W zakresie projektów pozakonkursowych / konkursów dotyczących cyfryzacji i informatyzacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) i leczenia szpitalnego (również jako element projektu), niezbędne jest uzgodnienie zakresu projektu lub konkursu z departamentem Ministerstwa Zdrowia właściwym do spraw e-zdrowia.	Cyfryzacja i informatyzacja ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) i leczenia szpitalnego (jeśli dotyczy), Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 7	Kryterium bezwzględne (dostępu)	W przypadku gdy projekt pozakonkursowy dotyczy cyfryzacji i informatyzacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) i leczenia szpitalnego (również jako element projektu), dokonano uzgodnienia zakresu projektu z departamentem Ministerstwa Zdrowia właściwym do spraw e-zdrowia.
13	Projekt jest realizowany wyłącznie w podmiocie leczniczym posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie zbieżnym z zakresem projektu, a w przypadku projektu przewidującego rozwój działalności medycznej lub zwiększenie potencjału w tym zakresie, pod warunkiem zobowiązania się tego podmiotu leczniczego do posiadania takiej umowy najpóźniej w kolejnym	Udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w ramach projektu finansowane są ze środków publicznych w zakresie lub w związku z zakresem objętym wsparciem, Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 1	Kryterium bezwzględne (dostępu)	Infrastruktura wytworzona w ramach projektu może być wykorzystywana wyłącznie na rzecz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. projekty nie mogą służyć świadczeniu usług medycznych poza publicznym systemem ubezpieczenia zdrowotnego). Projekt jest realizowany wyłącznie w podmiocie leczniczym posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie zbieżnym z zakresem projektu, a w przypadku projektu przewidującego rozwój działalności medycznej

	okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu. ¹²			lub zwiększenie potencjału w tym zakresie, pod warunkiem zobowiązania się tego podmiotu leczniczego do posiadania takiej umowy najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu ¹³ .
14	<p>Projekt jest zgodny z regionalnymi i lokalnymi potrzebami wynikającymi z aktualnych danych statystycznych, w tym danych demograficznych, epidemiologicznych. Powyższe powinno wynikać z mapy potrzeb zdrowotnych za 2020 r. lub w przypadku jej braku analizy aktualnych danych dokonanych przez wnioskodawcę.</p> <p>Zgodność z aktualnymi regionalnymi i lokalnymi potrzebami oceniana jest przez Komisję Oceny Projektów na podstawie uzasadnienia wnioskodawcy zawartego we wniosku o dofinansowanie oraz</p>	<p>Projekt jest zgodny z regionalnymi i lokalnymi potrzebami wynikającymi z aktualnych danych statystycznych, w tym danych demograficznych i epidemiologicznych, Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 2</p>	Kryterium bezwzględne (dostępu)	<p>Do dofinansowania może być przyjęty wyłącznie projekt zgodny z regionalnymi i lokalnymi potrzebami wynikającymi z aktualnych danych statystycznych, w tym danych demograficznych, epidemiologicznych (np. zachorowania, liczba ozdowieńców), zidentyfikowanych deficytów w opiece zdrowotnej. Powyższe dane powinny wynikać z mapy potrzeb zdrowotnych za 2020 r. lub w przypadku jej braku analizy aktualnych danych dokonanych przez wnioskodawcę.</p> <p>Zgodność z aktualnymi regionalnymi i lokalnymi potrzebami oceniana jest przez Komisję Oceny Projektów na podstawie uzasadnienia wnioskodawcy zawartego we wniosku o dofinansowanie oraz - jeśli jest wymagane - OCI.</p>

¹² Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.

¹³ Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.

	<p>- jeśli jest wymagane - OCI.</p> <p>1. Zgodnie z pkt I.10, projekt posiada OCI¹⁴, którą załącza się:</p> <p>a. w przypadku projektu pozakonkursowego – do fiszki projektu przedkładanej do zatwierdzenia przez Komitet Sterujący oraz wniosku o dofinansowanie,</p> <p>b. w przypadku konkursu – do wniosku o dofinansowanie.</p>			
15	<p>Zaplanowane w ramach projektu działania, w tym w szczególności w zakresie zakupu wyrobów medycznych, są uzasadnione z punktu widzenia rzeczywistego zapotrzebowania na dany produkt (wytworzona infrastruktura, w tym ilość, parametry wyrobu medycznego muszą być adekwatne do zakresu udzielanych przez podmiot leczniczy świadczeń opieki</p>	<p>Projekt odpowiada rzeczywistym zapotrzebowaniem na dany produkt (jeśli dotyczy), Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 8</p>	<p>Kryterium bezwzględne (dostępu)</p>	<p>Zaplanowane w ramach projektu działania, w tym w szczególności w zakresie zakupu wyrobów medycznych, są uzasadnione z punktu widzenia rzeczywistego zapotrzebowania na dany produkt (wytworzona infrastruktura, w tym ilość, parametry wyrobu medycznego muszą być adekwatne do zakresu udzielanych przez podmiot leczniczy świadczeń opieki zdrowotnej lub, w przypadku poszerzania oferty medycznej odpowiadać na zidentyfikowane deficyty podaży świadczeń).</p>

¹⁴ OCI dotyczy konkretnej inwestycji (a nie wnioskodawcy), a zatem dopuszczalne jest załączenie OCI wydanej na wniosek podmiotu innego niż beneficjent projektu.

	zdrowotnej lub, w przypadku poszerzania oferty medycznej odpowiadać na zidentyfikowane deficyty podaży świadczeń).			
16	W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, kadrą medyczną odpowiednio wykwalifikowaną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem. ¹⁵	Potencjał Wnioskodawcy w zakresie zarządzania wyrobami medycznymi (dotyczy projektów zakładających zakup wyrobów medycznych) ¹⁶ (jeśli dotyczy), Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 9	Kryterium bezwzględne (dostępu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, kadrą medyczną odpowiednio wykwalifikowaną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem. 2. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem. 3. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca

¹⁵ Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.

¹⁶ Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.

				<p>dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, systemami teleinformatycznymi do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej niezbędnej przy użytkowaniu wyrobów medycznych objętych projektem.</p> <p>4. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, wdrożoną i zaktualizowaną polityką bezpieczeństwa w zakresie użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.</p>
17	<p>W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o</p>	<p>Potencjał Wnioskodawcy w zakresie zarządzania wyrobami medycznymi (dotyczy projektów zakładających zakup wyrobów medycznych)¹⁸ (jeśli dotyczy), Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 9</p>	<p>Kryterium bezwzględne (dostępu)</p>	<p>1. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, kadrą medyczną odpowiednio wykwalifikowaną do obsługi</p>

¹⁸ Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.

	<p>dofinansowanie projektu, infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.¹⁷</p>			<p>wyrobów medycznych objętych projektem.</p> <p>2. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.</p> <p>3. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, systemami teleinformatycznymi do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej niezbędnej przy użytkowaniu wyrobów medycznych objętych projektem.</p> <p>4. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu</p>
--	---	--	--	---

¹⁷ j.w.

				zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, wdrożoną i zaktualizowaną polityką bezpieczeństwa w zakresie użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.
18	W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, systemami teleinformatycznymi do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej niezbędnej przy użytkowaniu wyrobów medycznych objętych projektem.	Potencjał Wnioskodawcy w zakresie zarządzania wyrobami medycznymi (dotyczy projektów zakładających zakup wyrobów medycznych) ¹⁹ (jeśli dotyczy), Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 9	Kryterium bezwzględne (dostępu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, kadrą medyczną odpowiednio wykwalifikowaną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem. 2. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem. 3. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca

¹⁹ Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.

				<p>dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, systemami teleinformatycznymi do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej niezbędnej przy użytkowaniu wyrobów medycznych objętych projektem.</p> <p>4. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, wdrożoną i zaktualizowaną polityką bezpieczeństwa w zakresie użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.</p>
19	<p>W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie</p>	<p>Potencjał Wnioskodawcy w zakresie zarządzania wyrobami medycznymi (dotyczy projektów zakładających zakup wyrobów medycznych)²⁰ (jeśli dotyczy), Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 9</p>	<p>Kryterium bezwzględne (dostępu)</p>	<p>1. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, kadrami medycznymi odpowiednio wykwalifikowaną do obsługi</p>

²⁰ Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.

	<p>o dofinansowanie projektu, wdrożoną i zaktualizowaną polityką bezpieczeństwa w zakresie użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.</p>			<p>wyrobów medycznych objętych projektem.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem. 3. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, systemami teleinformatycznymi do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej niezbędnej przy użytkowaniu wyrobów medycznych objętych projektem. 4. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie
--	---	--	--	---

				o dofinansowanie projektu, wdrożoną i zaktualizowaną polityką bezpieczeństwa w zakresie użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.
20	W przypadku projektu dotyczącego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, inwestycje zakładają działania ukierunkowane na rozwój opieki koordynowanej lub rozwój współpracy z innymi zakresami świadczeń np. POZ, AOS, rehabilitacją, opieką długoterminową, opieką paliatywną i hospicyjną.	Projekt wspiera rozwój opieki koordynowanej lub rozwój współpracy z innymi zakresami świadczeń, Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 10	Kryterium bezwzględne (dostępu)	W przypadku projektu dotyczącego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, inwestycje zakładają działania ukierunkowane na rozwój opieki koordynowanej lub rozwój współpracy z innymi zakresami świadczeń np. POZ, AOS, rehabilitacją, opieką długoterminową, opieką paliatywną i hospicyjną
21	Rekomendacje z zakresu położnictwa	Brak kryteriów	-	Rekomendacje Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia dla kryteriów wyboru projektów realizowanych w ramach React-EU nie zostały uwzględnione z uwagi na nie objęcie przedmiotowym zakresem projektu pozakonkursowego.
22	Projekty dotyczące oddziałów pediatrycznych ²¹ mogą być realizowane wyłącznie przez	Brak kryteriów	-	Rekomendacje Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia dla kryteriów wyboru projektów realizowanych

²¹ VIII część kodu resortowego: 4401

	podmioty lecznicze, które sprawozdały wykonanie co najmniej 700 hospitalizacji rocznie na oddziale pediatrycznym ²² .			w ramach React-EU nie zostały uwzględnione z uwagi na nie objęcie przedmiotowym zakresem projektu pozakonkursowego.
23	Projekty dotyczące oddziałów szpitalnych o charakterze zabiegowym mogą być realizowane wyłącznie na rzecz oddziału, w którym udział świadczeń zabiegowych we wszystkich świadczeniach udzielanych na tym oddziale wynosi co najmniej 50%.	Minimalny udział świadczeń zabiegowych we wszystkich świadczeniach udzielanych na oddziale zabiegowym, Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 11	Kryterium bezwzględne (dostępu)	Projekt dotyczący oddziału szpitalnego o charakterze zabiegowym może być realizowany wyłącznie na rzecz oddziału, w którym udział świadczeń zabiegowych we wszystkich świadczeniach udzielanych na tym oddziale wynosi co najmniej 50%.
24	Projekty nie zakładają zwiększenia liczby łóżek szpitalnych ²³ – z wyjątkiem gdy: <ul style="list-style-type: none"> a. taka potrzeba wynika z mapy potrzeb zdrowotnych, lub b. projekt zakłada konsolidację dwóch lub więcej oddziałów szpitalnych/ szpitali, 	Projekt nie zakłada zwiększenia liczby łóżek szpitalnych, Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 12	Kryterium bezwzględne (dostępu)	Projekt nie zakłada zwiększenia liczby łóżek szpitalnych – z wyjątkiem gdy : <ul style="list-style-type: none"> – taka potrzeba wynika z mapy potrzeb zdrowotnych, lub projekt zakłada konsolidację dwóch lub więcej oddziałów szpitalnych/ szpitali, przy czym liczba łóżek szpitalnych w skonsolidowanej jednostce nie może być większa niż suma łóżek w konsolidowanych oddziałach szpitalnych/

²² VIII część kodu resortowego: 4401

²³ Nie dotyczy łóżek szpitalnych utworzonych dla pacjentów chorych na COVID-19

	<p>przy czym liczba łóżek szpitalnych w skonsolidowanej jednostce nie może być większa niż suma łóżek w konsolidowanych oddziałach szpitalnych/ szpitalach (chyba, że spełniony jest warunek, o którym mowa w tirecie pierwszym) – w przypadku projektów dotyczących leczenia szpitalnego.</p>			<p>szpitalach (chyba, że spełniony jest warunek, o którym mowa w tirecie pierwszym) – w przypadku projektów dotyczących leczenia szpitalnego.</p>
25	<p>Rekomendacje z zakresu kryteriów premiujących</p>	<p>Brak kryteriów</p>	-	<p>Rekomendacje Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia dla kryteriów wyboru projektów realizowanych w ramach React-EU nie zostały uwzględnione z uwagi na realizację projektu w trybie pozakonkursowym.</p>

V.3 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 konkursie / lub oceniany będzie projekt pozakonkursowy.

L.p.	Kryterium <i>nazwa oraz numer proponowanego przez IZ/ IP kryterium</i>	Rodzaj kryterium <i>kryterium dostępu/ premiujące</i>	Uwagi <i>projekt definicji proponowanego przez IZ/ IP kryterium</i>
1	Projekt jest zgodny z Planem działań w sektorze zdrowia, Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 13	Kryterium bezwzględne (dostępu)	Ocenie podlega zgodność projektu z Planem działań w sektorze zdrowia (opracowanym na dany rok) uzgodnionym przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.
2	Realizowane wsparcie bazuje na obecnej infrastrukturze i służy ogólnej poprawie wydajności jednostki i zaspokojeniu lepszemu dostępu do świadczonych usług medycznych Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 14	Kryterium bezwzględne (dostępu)	Wspierane będą między innymi projekty polegające na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami, a także wyposażeniu w sprzęt medyczny. Wsparcia nie uzyskają projekty polegające na rozbudowie sektora ochrony zdrowia, tj. utworzeniu i/lub budowie nowej jednostki ochrony zdrowia (szpitala lub przychodni).

			Dopuszcza się rozszerzenie przez istniejące placówki ochrony zdrowia zakresu świadczonych usług, gdyż celem poddziałania jest lepsze dostosowanie infrastruktury zdrowotnej do wyzwań demograficznych regionu.
3	Projekt obejmuje Inwestycje polegające na dostosowaniu istniejącej infrastruktury do obowiązujących przepisów (jeśli dotyczy), Kryterium merytoryczne szczegółowe TAK/NIE nr 15	Kryterium bezwzględne (dostępu)	<p>W przypadku działań polegających na dostosowaniu istniejącej infrastruktury do obowiązujących przepisów ocenie podlega:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poprawa efektywności projektu (w tym kosztowej), tj. czy środki przeznaczone zostały na właściwe cele oraz czy korzyści wynikające z ich rozdysponowania są większe od poniesionych kosztów. Analiza powinna wykazać, jakie wymierne efekty dla społeczności lokalnej zostaną wygenerowane przez projekt; - zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez m.in.: skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, zmniejszenie liczby osób oczekujących na świadczenia zdrowotne dłużej niż średni czas oczekiwania na dane świadczenie, poprawę wskaźnika

			„przelotowości”, tj. liczby osób leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (dotyczy usług/świadczeń szpitalnych).
--	--	--	---

WYKAZ SKRÓTÓW

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
IP – Instytucja Pośrednicząca
IZ – Instytucja Zarządzająca
KS - Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (również nazywany Komitetem Sterującym)
PD - Plan działań
PI - Priorytet Inwestycyjny
PO - Program Operacyjny
SZOOP - Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych
RPO – Regionalny Program Operacyjny
RPZ - Regionalny Program Zdrowotny
WLWK - Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych

SKRÓTY DLA POSZCZEGÓLNYCH RPO DO NADAWANIA NUMERÓW KONKURSAM ORAZ PROJEKTOM POZAKONKURSOWYM

- *Woj. dolnośląskie - RPO WD*
- *Woj. kujawsko-pomorski - RPO WKP*
- *Woj. lubelskie - RPO WLU*
- *Woj. lubuskie - RPO WLB*
- *Woj. łódzkie - RPO WLO*
- *Woj. małopolskie - RPO WMP*
- *Woj. mazowieckie - RPO WMZ*
- *Woj. opolskie - RPO WO*
- *Woj. podkarpackie - RPO WPK*
- *Woj. podlaskie - RPO WPD*
- *Woj. pomorskie - RPO WPM*
- *Woj. śląskie - RPO WSL*
- *Woj. świętokrzyskie - RPO WSW*
- *Woj. warmińsko-mazurskie - RPO WiM*
- *Woj. wielkopolskie - RPO WWL*
- *Woj. zachodniopomorskie – RPO WZ*