

FISZKA DLA PROJEKTU REALIZOWANEGO W TRYBIE POZAKONKURSOWYM W OBSZARZE OCHRONY ZDROWIA W RAMACH EUROPEJSKICH FUNDUSZY STRUKTURALNYCH I INWESTYCYJNYCH 2014-2020*

MODUŁ I PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE		
I.1	Nazwa właściwego Funduszu	Europejski Fundusz Społeczny
I.2	Numer i nazwa Celu Tematycznego i Priorytetu Inwestycyjnego	Cel Tematyczny 9: Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją Priorytet Inwestycyjny 9.IV: Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólny
I.3	Nazwa Programu Operacyjnego	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
I.4	Numer i nazwa adekwatnego narzędzia implementacyjnego w <i>Policy Paper</i>	Narzędzie 22: Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych)
I.5	Numer i nazwa działania / poddziałania w PO	Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
I.6	Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia ¹	POWER.5.P.4
I.7	Tytuł lub zakres projektu	Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski
I.8	Typ/typy projektów określonych w Programie Operacyjnym lub w SZOOP, w które wpisują się działania planowane w projekcie	Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK), służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych)

* - moduły fiszki są wypełniane przez właściwe instytucje (IZ/IP/wnioskodawca), zgodnie z ustaleniami w ramach odpowiednich Programów Operacyjnych z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność za prawidłowe i rzetelnie wypełnione dane ponosi instytucja przekazująca fiszkę do uzgodnienia Komitetu Sterującego.

¹ Unikalny numer tworzony jest wg wzoru: skrócona nazwa programu operacyjnego/skrót nazwy województwa, numer osi priorytetowej, litera "P" - dotyczy projektu pozakonkursowego, kolejny numer projektu (np. POIŚ.5.P.XXX).

I.9	Instytucja zgłaszająca	Minister właściwy ds. zdrowia			
I.10	Podmiot, który będzie wnioskodawcą, wraz ze wskazaniem kodu TERYT ²	Narodowy Fundusz Zdrowia			
		ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa			
I.11	Lokalizacja inwestycji, wraz ze wskazaniem kodu TERYT	Projekt ogólnopolski			
		Kod TERYT 00			
I.12	Obszar oddziaływania projektu ogólnopolski/woj./powiat/gmina	Projekt ogólnopolski			
		Kod TERYT (należy wskazać wszystkie kody ww. jednostek terytorialnych)			
		Projekt ogólnopolski			
I.13	Duży projekt ³	TAK <input type="checkbox"/>			
		NIE <input checked="" type="checkbox"/>			
I.14	Planowany okres realizacji projektu	Planowana data rozpoczęcia (kwartał oraz rok)	IV.2015	Planowana data zakończenia (kwartał oraz rok)	IV.2016
MODUŁ II UZASADNIENIE REALIZACJI PROJEKTU W TRYBIE POZAKONKURSOWYM					
II.1	Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą wraz z uzasadnieniem celowości realizacji projektu w trybie pozakonkursowym ⁴	NFZ jest głównym płatnikiem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jego 16 oddziałów wojewódzkich kontraktuje świadczenia z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą lub grupą takich podmiotów we wszystkich rodzajach świadczeń, tj. np.: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, lecznictwo szpitalne, w tym programy lekowe i chemioterapia, rehabilitacja lecznicza, opieka psychiatryczna, świadczenia odrębnie kontraktowane. Współpracuje na szczeblu lokalnym zarówno ze świadczeniodawcami jak i świadczeniobiorcami, a na szczeblu centralnym z MZ i innymi instytucjami/podmiotami krajowymi, organizacjami pozarządowymi. Posiada również zasoby kadrowe we wszystkich potencjalnych lokalizacjach realizacji projektu oraz zcentralizowaną bazę informacji			

² Krajowy Rejestr Urzędowy Podziału Terytorialnego Kraju - zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. z 1998 r. Nr 157, poz. 1031).

³ W rozumieniu art. 100 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006.

⁴ W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146) oraz zgodnie z Umową Partnerstwa (Podrozdział 5.2.1) w części dotyczącej EFRR.

		o zakontraktowanych zdarzeniach medycznych. Poza tym, podpisuje umowy na realizację świadczeń zdrowotnych i kontroluje ich wykonanie, co powoduje, że NFZ jest jedyną instytucją w Polsce, która może być odpowiedzialna za realizację projektu w trybie pozakonkursowym.	
II.2	Czy występuje prawny obowiązek realizacji określonych zadań przez dany podmiot lub grupę podmiotów, wynikający z przepisów prawa lub dokumentów strategicznych, w szczególności występowania monopolu kompetencyjnego ⁵ ?	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i>
		NIE <input type="checkbox"/>	
II.3	Czy typ projektu został przewidziany w PO lub szczegółowym opisie osi priorytetowych PO do realizacji w trybie pozakonkursowym?	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	
		NIE <input type="checkbox"/>	
II.4	Czy projekt jest zgodny z /wskazany w dokumentach strategicznych lub implementacyjnych odpowiadających zakresowi danego programu operacyjnego, np. w strategiach rozwoju, strategiach ZIT, dokumentach o których mowa w art. 36 ust. 1 rozporządzenia ogólnego, programach wieloletnich w rozumieniu art. 136 ustawy o finansach publicznych lub dokumentach wynikających z warunkowości ex-ante ⁶ ?	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	Strategia Rozwoju Kraju 2020 (Cel III.2. Zapewnienie dostępu i określonych standardów usług publicznych) Strategia Sprawne Państwo 2020 (Cel 5. Efektywne świadczenie usług publicznych) Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 (Cel szczegółowy 4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej)
		NIE <input type="checkbox"/>	
II.5	Czy projekt jest uwzględniony w Kontrakcie Terytorialnym? <i>(jeśli dotyczy)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jest samodzielnym projektem <input type="checkbox"/> Jest częścią innego przedsięwzięcia zgłoszonego do Kontraktu Terytorialnego <i>(wskazać jakiego)</i>
		NIE <input checked="" type="checkbox"/>	
		NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>	
MODUŁ III KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU WRAZ Z UZASADNIENIEM CELOWOŚCI JEGO REALIZACJI			

⁵ Zgodnie z Umową Partnerstwa część 5.2.1.⁶ Zgodnie z brzmieniem zapisu ust. 2 Podrozdziału 8.2 Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020.

III.1 Krótki opis planowanego do realizacji projektu poprzez wypełnienie matrycy logicznej⁷:

	Opis	Wskaźniki	Źródła weryfikacji	Założenia
Cel ogólny	Celem projektu jest poprawa jakości i efektywności opieki zdrowotnej w Polsce poprzez opracowanie standardów organizacyjnych i medycznych, a także modelu finansowania świadczeń, które doprowadzą do integracji i koordynacji etapów profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.	Liczba modeli opieki koordynowanej przygotowanych do pilotażowego wdrożenia. Liczba konferencji poświęconych możliwości implementacji rozwiązań zagranicznych dotyczących opieki koordynowanej do warunków polskich. Liczba opisów/opracowań najlepszych rozwiązań dedykowanych opiece koordynowanej na przykładzie wybranych krajów Europy i świata.	Dane NFZ, Wnioski o płatność	Zakłada się, że w ramach projektu opracowane zostaną 3 modele opieki koordynowanej. Zostanie zorganizowana 1 konferencja nt. możliwości implementacji rozwiązań zagranicznych dotyczących opieki koordynowanej do warunków polskich oraz zostanie przygotowane 1 opracowanie nt. najlepszych rozwiązań dedykowanych opiece koordynowanej na przykładzie wybranych krajów Europy i świata.
Cele szczegółowe	Poprawa jakości i efektywności opieki zdrowotnej w Polsce poprzez opracowanie modelu POZ opartego o tzw. "fund holding". Poprawa jakości i efektywności opieki zdrowotnej w Polsce poprzez opracowanie modelu Koordynowanej	Liczba modeli opieki koordynowanej przygotowanych do pilotażowego wdrożenia	Dane NFZ, Wnioski o płatność	Zakłada się wypracowanie modeli opieki koordynowanej, w której zasadniczą rolę będzie odgrywała podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna z elementami profilaktyki.

⁷ Szablon matrycy logicznej zgodny z rekomendowanymi przez KE i MIIR przykładami, dostępnymi na stronie: https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403_en_2.pdf oraz https://www.efs.2007-2013.gov.pl/dzialaniapromocyjne/Documents/podrecznikzarzadzaniaprojektamimiekkimi_EFS.pdf

	<p>Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej (KAOZ).</p> <p>Poprawa jakości i efektywności opieki zdrowotnej w Polsce poprzez opracowanie modelu Kompleksowej Opieki Zdrowotnej (KOZ).</p>			
Rezultaty	<p>Liczba modeli opieki koordynowanej przygotowanych do pilotażowego wdrożenia - 3</p> <p>Liczba konferencji poświęconych możliwości implementacji rozwiązań zagranicznych dotyczących opieki koordynowanej do warunków polskich - 1</p> <p>Liczba opisów/opracowań najlepszych rozwiązań dedykowanych opiece koordynowanej na przykładzie wybranych krajów Europy i świata – 1</p>			
Działania	<p>1. Wypracowanie modeli opieki koordynowanej, w której zasadniczą rolę będzie odgrywała podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna z elementami profilaktyki. Wstępnie planowane jest opracowanie minimum trzech modeli opieki koordynowanej, w których zasadniczą rolę będzie odgrywała podstawowa opieka zdrowotna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Model POZ oparty o tzw. "fund holding" – przewidujący poszerzenie dotychczasowych kompetencji lekarza POZ i umożliwienie szybkich konsultacji z innymi specjalistami opieki ambulatoryjnej w oparciu o fundusze przekazywane na ten cel świadczeniodawcy realizującemu POZ. - Model Koordynowanej Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej (KAOZ) – daleko idąca integracja POZ i AOS w oparciu o sprecyzowane standardy medyczne i organizacyjne określające sposób postępowania z pacjentami chorymi przewlekle w różnym stadium zaawansowania choroby. - Model Kompleksowej Opieki Zdrowotnej (KOZ) – obejmujący zarówno opiekę ambulatoryjną jak i szpitalną oraz domową. <p>Ponadto modele będą uwzględniać kwestie związane z transparentnością procedur zawartych w tych modelach – dostępność ich dla pacjenta.</p> <p>W każdym z modeli, tam gdzie znajdzie to uzasadnienie, powinno zostać uwzględnione zastosowanie nowych technologii medycznych oraz telemonitoringu, a także aspekt budowania społecznego wsparcia dla chorych. Lekarz w ramach usługi kompleksowej będzie zobowiązany do informowania pacjentów o dalszej ścieżce postępowania medycznego oraz o możliwościach uzyskania tzw. dodatkowego wsparcia np. ze strony różnych grup dotkniętych podobnym problemem zdrowotnym i ich rodzin.</p> <p>2. Wypracowanie standaryzowanych zasad/protokołów postępowania medycznego w przypadku populacji obejmujących w szczególności pacjentów najmłodszych i najstarszych oraz pacjentów</p>			

	<p>chorych przewlekłe. Dlatego, dla stosowania w ramach ww. modeli organizacyjnych opieki koordynowanej, przewiduje się wypracowanie dla ww. populacji zasad/protokołów postępowania medycznego. Przykładowo dla wybranych z poniższych populacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - matki i dzieci do 1 m-ca życia, - dzieci, - osoby starsze (65+), - chorzy ze skrajną niewydolnością nerek, - chorzy ze skrajnym zaawansowaniem Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc(POChP), - chorzy z niewydolnością układu krążenia, - chorzy na cukrzycę, - chorzy z problemami układu nerwowego i zaburzeniami psychicznymi, - chorzy onkologicznie. <p>3. Zorganizowanie konferencji poświęconej możliwości implementacji rozwiązań zagranicznych dotyczących opieki koordynowanej do warunków polskich.</p> <p>4. Przygotowanie opracowania dot. najlepszych rozwiązań dedykowanych opiece koordynowanej na przykładzie wybranych krajów Europy i świata.</p>	
III.2	Diagnoza celowości realizacji projektu w kontekście map potrzeb zdrowotnych	<p>TAK <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Projekt zgodny z <i>Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 - 2020</i></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p>
III.3	Czy projekt zakłada generowanie dochodu?	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input checked="" type="checkbox"/></p>
III.4	Czy wsparcie będzie stanowiło pomoc publiczną?	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p><i>Nie dotyczy</i></p>
III.5	Resortowy kod identyfikacyjny ⁹	<p><i>Nie dotyczy</i></p> <p>Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego⁹</p>

⁹ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U.12.594 z późn. zm.).

¹⁰ Zgodnie z załącznikiem nr 2 do Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

		Kod funkcji ochrony zdrowia ¹⁰	
		Kod charakteryzujący dziedzinę medycyny albo pielęgniarstwa, w której są udzielane świadczenia zdrowotne ¹¹	
MODUŁ IV ANALIZA KOMPLEMENTARNOŚCI, SKUTECZNOŚCI I EFEKTYWNOŚCI W TYM KOSZTOWEJ PROJEKTU			
IV.1	Czy projekt przewiduje zachowanie zasady komplementarności ¹² w obszarze ochrony zdrowia?	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	
		NIE ¹³ <input type="checkbox"/>	
		<i>W POWER przewidziano realizację następujących przedsięwzięć:</i> 1. Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej. 2. Wdrożenie działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. 3. Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych. 4. Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju. Wszystkie w/w działania są wzajemnie komplementarne i zapewnią poprawę jakości i dostępności opieki zdrowotnej.	
IV.2	Czy projekt zakłada realizację działań w kontekście zwiększenia skuteczności i efektywności w tym kosztowej projektu ¹⁴ ?	TAK <input type="checkbox"/>	
		NIE ¹⁵ <input type="checkbox"/> <i>Nie dotyczy</i>	
IV.3	Czy projekt przewiduje poprawę w zakresie efektywności finansowej podmiotu?	TAK <input type="checkbox"/>	
		NIE <input type="checkbox"/> <i>Nie dotyczy</i>	
IV.4	Czy wnioskodawca zapewnia	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	

¹¹ Zgodnie z załącznikiem nr 3 do Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

¹² Zgodnie z załącznikiem nr 4 do Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

¹³ Rekomenduje się aby posługiwać się definicją komplementarności przyjętą w dniu 22 marca 2012 r. przez Komitet Koordynacyjny Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia na lata 2007 - 2013 w ramach Uchwały nr 64 w sprawie definicji „komplementarności”, zgodnie z którą: **Komplementarność polityk, strategii, programów, działań, projektów to ich dopełnianie się prowadzące do realizacji określonego celu.** Podkreślić należy, że do uznania działań czy projektów za komplementarne nie jest wystarczające spełnienie przesłanki takiego samego lub wspólnego celu, gdyż ten warunek może być wypełniony w odniesieniu do projektów konkurujących ze sobą. Warunkiem koniecznym do określenia działań/projektów jako komplementarne jest ich uzupełniający się charakter, wykluczający powielanie się działań.

¹⁴ Nie spełnienie niniejszego kryterium skutkuje brakiem akceptacji fiszki projektu.

¹⁵ Zgodnie z katalogiem wskaźników przekazany w dokumencie Komitetu Sterującego dotyczącym kryteriów wyboru projektów, sugeruje się wykorzystanie co najmniej po jednym wskaźniku w zakresie analizy ekonomicznej dotyczących: 1. Płynności finansowej 2. Zadłużenia, 3. Rentowności.

¹⁶ Nie spełnienie niniejszego kryterium w odniesieniu do projektów finansowanych z EFRR skutkuje brakiem akceptacji fiszki projektu

Załącznik do uchwały nr 3/2015 Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI

	zachowanie zasady trwałości projektów współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych? ¹⁶	NIE ¹⁷ <input type="checkbox"/>
		Zgodnie z „Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”
IV.5	Czy wnioskodawca przewiduje działania konsolidacyjne i inne formy współpracy podmiotów leczniczych?	TAK <input type="checkbox"/>
		NIE <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
IV.6	Czy wnioskodawca zakłada działania w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów leczniczych, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów?	TAK <input type="checkbox"/>
		NIE <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
IV.7	Czy projekt zakłada realizację inwestycji przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (beneficjent posiada umowę zawartą z właściwym oddziałem NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, objętych zakresem projektu) ¹⁸ ?	TAK <input type="checkbox"/>
		NIE <input type="checkbox"/> ¹⁹ Nie dotyczy
IV.8	Czy projekt zakłada przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz czy będzie promował przejście od opieki instytucjonalnej do opieki	TAK <input checked="" type="checkbox"/>
		NIE <input type="checkbox"/>

¹⁶ Trwałość projektu w rozumieniu zapisów art. 71 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006.

¹⁷ Nie spełnienie niniejszego kryterium w formie wymaganej przez przepisy dotyczące adekwatnego funduszu (tj. EFS/EFRR) skutkuje brakiem akceptacji fiskalnej projektu.


¹⁸ W przypadku poszerzenia działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, złożone zostanie zobowiązanie do posiadania umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej objętych zakresem projektu finansowanych ze środków publicznych najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu.

¹⁹ Nie spełnienie niniejszego kryterium w odniesieniu do projektów finansowanych z EFRR skutkuje brakiem akceptacji fiskalnej projektu (nie dotyczy projektów w zakresie projektów dotyczących obszaru zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 2c).

	środowiskowej zgodnie z „Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” oraz z „Programem Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu”?	Głównym założeniem opieki koordynowanej jest taka optymalizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w wyniku której droga pacjenta w systemie opieki zdrowotnej (w szczególności pomiędzy poszczególnymi etapami leczenia) jest odpowiednio koordynowana, a głównym narzędziem realizacji tego celu jest wypracowanie odpowiednich rozwiązań w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych (uwzględniające w szczególności narzędzia populacyjnego zarządzania ryzykami zdrowotnymi). Tak zaprojektowany system pozwala na zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej (głównie poprzez zmianę relacji pomiędzy świadczeniami udzielanymi na poziomie ambulatoryjnym i szpitalnym – na rzecz tych pierwszych) oraz poprawę jakości opieki zdrowotnej w wyniku polepszenia systemu organizacji świadczeń.
IV.9	Czy realizacja projektu zakłada powstawanie i rozwój środowiskowych form opieki nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi, osobami mającymi problemy ze zdrowiem psychicznym, osobami starszymi, osobami wykluczonymi społecznie bądź zagrożonymi wykluczeniem społecznym, a także usługi społeczne i zdrowotne świadczone w ramach działalności podmiotów ekonomii społecznej?	TAK <input type="checkbox"/>
		NIE <input checked="" type="checkbox"/>

MODUŁ V BUDŻET PROJEKTU

Szacowany koszt całkowity (mln PLN)	Szacunkowy koszt kwalifikowalny (mln PLN)	Szacunkowa kwota dofinansowania UE (mln PLN)
6 000 000,00	6 000 000,00	84,28%, tj. 5 056 800,00
w tym cross-financing (PLN): Zgodnie z SZOOP		

PODPIS PRZEDSTAWICIELA IZ/IP UPOWAŻNIONEGO DO PODEJMOWANIA DECYZJI W ZAKRESIE FIZYKI PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO I JEJ ZAŁĄCZNIKA			
Miejscowość, data	Wąsoszowa 14.01.2015r	Pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych	SEKRETARZ STANU w Ministerstwie Zdrowia 

Załącznik do uchwały nr 3/2015 Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI