

1. **Pytanie:** Czy w ramach naboru nr FEWM.10.01-IZ.00-002/24 o dofinansowanie może ubiegać się Spółka z o.o. , która jest niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej, współnikiem spółki nie jest gmina, miasto, województwo, a zarząd tworzą osoby fizyczne?

Odpowiedź: Spółka z o.o. (dla której organem założycielskim nie jest JST) będąca Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej **nie może ubiegać** się o dofinansowanie w przedmiotowym konkursie. Zgodnie z zapisami Regulaminu naboru podmiotami uprawnionymi do ubiegania się o dofinansowanie w ramach przedmiotowego naboru są publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (szpitale dla których organem założycielskim jest JST).

Spółka z o.o. będąca przedsiębiorcą nie utworzona przez Jednostkę Samorządu Terytorialnego może ubiegać się o dofinansowanie w naborze nr FEWM.10.01-IZ.00-001/24 jeżeli świadczy usługi medyczne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

2. **Pytanie:** Czy w ramach naboru nr FEWM.10.01-IZ.00-002/24 o dofinansowanie może ubiegać się Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, wchodzący w skład/będący częścią szpitala, który nie został utworzony przez JST?

Odpowiedź: zgodnie z zapisami Regulaminu naboru Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej będący/wchodzący w skład szpitala dla którego jednostką tworzącą nie jest JST **nie może** ubiegać się o dofinansowanie w ramach przedmiotowego naboru. Zapisy uniemożliwiające takiemu podmiotowi ubieganie się o dofinansowanie w ramach przedmiotowego naboru wynikają z Linii demarkacyjnej, która określa podziały interwencji i zasad wdrażania programów krajowych i regionalnych w perspektywie finansowej na lata 2021-2027.

3. **Pytanie do kryterium nr 29 pn. Wpływ projektu na zwiększenie dostępu do usług medycznych. Projekt wprowadza rozwiązania przyczyniające się do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne AOS/w trybie leczenia jednego dnia/POZ w podmiotach wykonujących działalność leczniczą objęte wsparciem. Na podstawie jakich danych należy wykazać stan na koniec roku poprzedzającego złożenia wniosku o dofinansowanie? Czy mają to być dane pochodzące ze statyki wnioskodawcy, mapy potrzeb zdrowotnych czy też informatory NFZ?**

Odpowiedź: Należy uwzględnić dane z aktualnych map potrzeb zdrowotnych.

4. **Pytanie:** Jakie dane brane są pod uwagę w określeniu czasu oczekiwania: przypadek pilny, stabilny?, świadczenie pierwszorazowe, czy kontynuacja leczenia?. Szczegółowość tych danych jest bardzo trudna do określenia (np. czasem daleki pierwszy wolny termin zależy od życzenia pacjenta).

Odpowiedź: To jakie dane należy uwzględnić zależy od zakresu rzeczowego danego projektu. W przypadku wykazywania kolejek do danej Poradni AOS/Leczenie w trybie jednego dnia należy oddzielnie wykazać czas oczekiwania na świadczenie w przypadkach stabilnych i pilnych.

5. **Pytanie do kryterium nr 29 pn. Wpływ projektu na zwiększenie dostępu do usług medycznych. Projekt przewiduje działania w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów. Czy w ramach kryterium należy wykazać działania zarówno w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji, które będą wdrażane jednocześnie czy wystarczą jedynie działania np. reorganizacyjne?**

Odpowiedź: Wystarczą działania reorganizacyjne dokonane wewnątrz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów.

6. **Pytanie: Czy np. modernizację poradni specjalistycznej polegającej na jej przebudowie i rozbudowie o dotychczas niewykorzystywane pomieszczenia, wpływającej na jakość i ilość udzielanych świadczeń medycznych, można traktować jako „reorganizację (..) w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury szpitala”?**

Odpowiedź: To czy takie działania zostaną potraktowane jako działania reorganizacyjne zależy od zakresu danego projektu. Jeżeli w projekcie zostanie wsparty AOS funkcjonujący w ramach szpitala i wyniku działań zaplanowanych do realizacji w projekcie nastąpi np. dostosowanie niewykorzystywanych pomieszczeń na gabinety lekarskie w wyniku czego dany podmiot będzie mógł obsłużyć większą liczbę pacjentów to wtedy takie działania będą mogły zostać uznane za działania reorganizacyjne mające na celu maksymalizację wykorzystania infrastruktury danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Rozbudowa – możliwa wyłącznie na obszarach o najniższym dostępie do usług medycznych i opieki długoterminowej **tzw. „białe plamy”**

7. **Pytanie do kryterium nr 32 pn. Wsparcie projektów realizowanych w zakresie AOS. W jaki sposób należy obliczyć wartość wskaźnika jeżeli projekt dotyczy kilku poradni? Czy należy pokazać wartość dla każdej poradni czy obliczyć średnią dla poradni objętych projektem? W opisie kryterium mamy określenie: „premiowane będą projekty realizowane przez podmioty (...) w powiatach, w których liczba poradni OBJĘTYCH WSPARCIEM w specjalnościach medycznych będących przedmiotem (..)”. Proszę o doprecyzowanie tego sformułowania. Nie ma tu bowiem mowy o odniesieniu do poradni funkcjonujących na danym terenie, a o poradniach objętych wsparciem. To są określenia o zupełnie odmiennym znaczeniu. Skąd wnioskodawca ma mieć wiedzę o liczbie poradni mających tą samą specjalność, które są lub będą objęte wsparciem? Jeśli jednak intencją było odniesienie do ogólnej liczby jednoimiennych poradni / pracowni z danego terenu – to czy uwzględnione mają być również podmioty niepubliczne?**

Odpowiedź: Przypadku gdy projekt dotyczy kilku poradni o różnych specjalnościach to wskaźnik dla każdej z nich należy obliczyć oddzielnie. Następnie należy wskazać, która z poradni wspartych w ramach projektu jest najbardziej kosztochłonna tzn. na którą z poradni zaplanowano w projekcie najwyższe nakłady finansowe. Nie należy wyliczać średniej dla wszystkich poradni razem. Wyliczenia należy oprzeć, na aktualnych danych zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych zakładka ambulatoryjna opieka specjalistyczna.



Zgodnie z definicją kryterium „Premiowane będą projekty realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS w powiatach, w których liczba poradni objętych wsparciem w specjalnościach medycznych¹ będących przedmiotem projektu na 10 tys. mieszkańców powiatu² jest mniejsza od średniej dla województwa”

¹Definiowanych wg. VIII części systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

²W przypadku, gdy w całym powiecie funkcjonuje jedna poradnia w danej specjalności, będąca jednocześnie jedyną w województwie, dane powinny odnosić się do poziomu ogólnopolskiego.

Sformułowanie poradnie objęte wsparciem odnosi się do poradni, które zostaną wsparte w ramach danego projektu. Wszystkie niezbędne dane potrzebne do wyliczenia wskaźnika zawarte są w aktualnych mapach potrzeb zdrowotnych.

Przykład: W projekcie, który jest realizowany na terenie miasta Olsztyn zostanie wsparta poradnia położniczo-ginekologiczna oraz poradnia alergologiczna. Większość nakładów inwestycyjnych dotyczy wyposażania poradni położniczo-ginekologicznej. Dane za 2022 r. zawarte w mapie potrzeb zdrowotnych wyglądają następująco:

Populacja województwa: 1 366 430 osób

Populacja m. Olsztyn: 168 121 osób

Liczba poradni położniczo-ginekologicznych w województwie: 108 szt.

Liczba poradni położniczo-ginekologicznych w m. Olsztyn: 20 szt.

Liczba poradni alergologicznych w województwie: 13 szt.

Liczba poradni alergologicznych m. Olsztyn: 3 szt.

W przypadku poradni położniczo-ginekologicznej średnia dla województwa wynosi:

$$\frac{108}{1\,366\,430} \times 10\,000 = 0,7903$$

W przypadku poradni alergologicznej średnia dla województwa wynosi:

$$\frac{13}{1\,366\,430} \times 10\,000 = 0,0951$$

W przypadku poradni położniczo-ginekologicznej średnia dla m. Olsztyn wynosi:

$$\frac{20}{168\,121} \times 10\,000 = 1,1896$$

W przypadku poradni alergologicznej średnia dla m. Olsztyn wynosi:

$$\frac{3}{168\,121} \times 10\,000 = 0,1784$$

W obu przypadkach średnia jest większa, niż średnia dla Województwa więc Wnioskodawca otrzyma 0 punktów w ramach kryterium.

W przypadku, gdy w całym powiecie funkcjonuje jedna poradnia w danej specjalności, będąca jednocześnie jedyną w województwie, dane powinny odnosić się do poziomu ogólnopolskiego.



8. **Pytanie od kryterium nr 33 pn. Liczba porad w zakresie AOS. W jaki sposób należy obliczyć wartość wskaźnika jeżeli projekt dotyczy kilku poradni? Czy należy pokazać wartość dla każdej poradni czy obliczyć średnią dla poradni objętych projektem? Co jest punktem odniesienia – liczba porad w danym zakresie w poradniach publicznego sektora ochrony zdrowia, czy wszystkich?**

Odpowiedź: W przypadku tego wskaźnika, liczba poradni, która zostanie wsparta w ramach projektu nie ma znaczenia. W tym przypadku nie należy wyliczać wskaźnika dla każdego rodzaju poradni, ani średniej dla wszystkich poradni, ponieważ wskaźnik dotyczy liczby porad na 1000 mieszkańców. Informacje na temat liczby porad na 1000 mieszkańców w poszczególnych powiatach dostępna jest w aktualnych mapach potrzeb zdrowotnych w zakładce AOS.

Przykład: Średnia liczba porad dla województwa warmińsko-mazurskiego na 1 tys. mieszkańców w 2022 r. wynosi: 2 013,97 porad, a dla m. Olsztyn 4 927,43 porad.

Wszystkie dane niezbędne do obliczenia wartości przedmiotowego wskaźnika zawarte są w aktualnych mapach.

9. **Pytanie: Proszę o interpretację kryterium nr 34 pn. Rozszerzenie zakresu diagnostyki w podmiocie świadczącym usługi medyczne z zakresu AOS/w trybie leczenia jednego dnia/POZ. Czy kryterium to ma być punktowane oddzielnie dla każdej poradni/pracowni objętej projektem o dofinansowanie? Jeśli tak, jak będą oceniane punktowo projekty, które dla różnych poradni/pracowni będą dawały inne odpowiedzi?**

Odpowiedź: Kryterium odnosi się do Wnioskodawcy i całego projektu nie należy traktować poszczególnych poradni oddzielnie. W przedłożonej wraz w wnioskiem o dofinansowanie dokumentacji, Wnioskodawca musi wykazać, że poszerzył ofertę z zakresu diagnostyki, o badania które w tych podmiotach nie były wykonywane (np. o badania, które były wykonywane w innej lokalizacji lub w ramach podwykonawstwa).

Jeżeli Wnioskodawca wykaże we wniosku o dofinansowanie i dokumentacji projektowej, że w wyniku realizacji projektu nastąpi rozszerzenie zakresu diagnostyki, o badania diagnostyczne, które nie były realizowane w innej lokalizacji lub innego podwykonawcy to Wnioskodawca otrzyma 1 punkt w tym kryterium. Wnioskodawca otrzyma punkt w tym kryterium w następujących sytuacjach:

Przykład 1: Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie zaplanowała w projekcie zakup aparatu USG. Przed realizacją projektu Wnioskodawca nie posiadał aparatu USG i badania na tym sprzęcie zlecał innemu podmiotowi w ramach podwykonawstwa. W wyniku realizacji projektu nastąpi rozszerzenie zakresu diagnostyki w tym podmiocie ponieważ badania na aparacie USG będą wykonywane u Wnioskodawcy, a nie jak dotychczas zlecane na zewnątrz.

Przykład 2: Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie posiada poradnie w dwóch różnych oddalonych od siebie lokalizacjach. W jednej poradni posiada aparat RTG, a w drugiej nie posiada aparatu RTG. Pacjenci, którym zlecano wykonania badania RTG musieli udać się do innej lokalizacji w celu wykonania badania. W projekcie zaplanowano zakup RTG do poradni, która nie była w niego wyposażona. W wyniku realizacji projektu nastąpi rozszerzenie oferty diagnostyki, ponieważ pacjenci będą mogli wykonać takie badania na miejscu w poradni gdzie do chwili realizacji projektu nie było to możliwe.



- 10. Pytanie do kryterium nr 34 pn. Rozszerzenie zakresu diagnostyki w podmiocie świadczącym usługi medyczne z zakresu AOS/w trybie leczenia jednego dnia/POZ. Jak potraktować np. taką sytuację: podmiot leczniczy w pracowni endoskopii nie realizował badań diagnostycznych w trybie ambulatoryjnym w pełnym znieczuleniu. Pacjenci tacy przyjmowani byli w trybie hospitalizacji. Po realizacji projektu i zakupie aparatu do znieczuleń dla pracowni, badania będą wykonywane ambulatoryjnie (następuje więc przekierowanie strumienia pacjentów ze szpitala do AOS).**

Odpowiedź: Opisana sytuacja będzie traktowana jako zwiększenie liczby badań diagnostycznych. Pod warunkiem, że Wnioskodawca we wniosku o dofinansowanie oraz dokumentacji projektowej wykaże że zwiększył liczbę wykonywanych badań diagnostycznych (w stosunku do stanu na koniec roku poprzedzającego złożenia wniosku o dofinansowanie). Przekierowanie strumienia pacjentów ze szpitala do AOS bez zwiększania liczby wykonywanych badań diagnostycznych spowodują, że Wnioskodawca nie otrzyma punktów w tym kryterium.

- 11. Pytanie do kryterium nr 35 Udzielanie świadczeń medycznych w trybie leczenia jednego dnia realizowanych w ramach kontraktu z NFZ. Czy podstawą do oceny będzie wyłącznie zawarta umowa z NFZ na leczenie w takim trybie? Czy też można tu ująć i punktowane będzie zwiększenie zakresu realizowanych świadczeń medycznych i liczby pacjentów np. w Dziale Fizykoterapii funkcjonującym ambulatoryjnie?**

Odpowiedź: Kryterium nr 35 pn. „Udzielanie świadczeń medycznych w trybie leczenia jednego dnia realizowanych w ramach kontraktu z NFZ” dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które posiadają lub w wyniku realizacji projektu zobowiążą się do posiadania kontraktu z NFZ na udzielanie świadczeń medycznych w trybie leczenia jednego dnia.

Zwiększenia liczby i rodzaju świadczeń medycznych udzielanych w trybie ambulatoryjnym nie należy ujmować w danych niezbędnych do przyznania punktów w ramach kryterium. W celu otrzymania punktów w ramach przedmiotowego kryterium do wniosku o dofinansowanie należy dołączyć kopię kontraktu z NFZ na świadczenia medyczne udzielane w trybie jednego dnia lub w przypadku rozszerzenia działalności o ten rodzaj świadczeń oświadczenie Wnioskodawcy/Partnera o dostarczeniu umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku projektów polegających na rozwoju działalności medycznej lub zwiększeniu potencjału w tym zakresie.

- 12. Pytanie: Szpital realizujący opiekę koordynowaną z POZ i ma podpisaną umowę z tym POZ. Rozliczamy się za badania z POZ, a nie NFZ. Czy w takiej sytuacji należy przedstawić umowę z POZ? W zakresie, który chcemy objąć projektem mieści się rehabilitacja kardiologiczna fizykoterapia. Realizujemy opiekę koordynowaną serca. Czy umowa w tym zakresie ma znaczenie?**

Odpowiedź: Kryterium nr 37 pn. „Opieka koordynowana w POZ” dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które świadczą usługi medyczne z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). W celu otrzymania punktów w ramach ww. kryterium do wniosku należy dołączyć kopię umowy z NFZ na opiekę koordynowaną w ramach POZ lub przypadku rozszerzenia działalności o opiekę koordynowaną w ramach POZ oświadczenie Wnioskodawcy/Partnera o dostarczeniu umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku projektów polegających na rozwoju działalności medycznej lub zwiększeniu potencjału w tym zakresie.

Szpital, który nie świadczy usług medycznych z zakresu POZ (nie posiada kontraktu z NFZ na udzielanie świadczeń z zakresu POZ) nie może otrzymać punktów w ramach przedmiotowego kryterium. W opisanej sytuacji Szpital jest podwykonawcą podmiotu świadczącego usługi medyczne z zakresu POZ, który ma kontrakt na opiekę koordynowaną w ramach POZ. Umowa między szpitalem a POZ nie ma znaczenia przy otrzymywaniu punktów w ramach ww. kryterium, ponieważ w opisanej sytuacji szpital nie świadczy usług medycznych z zakresu POZ (nie posiada kontraktu z NFZ na udzielanie świadczeń medycznych z zakresu POZ).

- 13. Pytanie do kryterium nr 40 pn. Wykorzystanie narzędzi z zakresu telemedycyny/teleopieki /TIK. Czy zakup sprzętu medycznego wraz z oprogramowaniem umożliwiającym archiwizację wykonywanych badań, ich udostępnianie i przesył – dla zlecającego podmiotu leczniczego oraz pacjenta, może być traktowane jako forma telemedycyny? Czy zakup serwera koniecznego do ww. archiwizacji danych może być ujęty w projekcie?**

Odpowiedź: To czy dany wydatek zostanie uznany za kwalifikowalny zależy od zapisów i zakresu całego projektu. Zgodnie z zapisami SZOP i Regulaminu konkursu w dopuszczalne są następujące rodzaje projektów:

- roboty budowlane wraz z wyposażeniem w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną (zakup TIK wyłącznie do obsługi sprzętu i aparatury medycznej).
- doposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną (zakup TIK wyłącznie do obsługi sprzętu i aparatury medycznej).
- uzupełniająco jako element projektu do 20% wartości kosztów kwalifikowanych projektu (wyluczonych z wyłączeniem kosztów kategorii e-zdrowie) możliwe będą inwestycje w rozwój obszaru e-zdrowia (w tym telemedycyny i teleopieki) tj. zakup urządzeń do świadczenia takich usług.

Telemedycyna to świadczenie usług zdrowotnych za pomocą technologii informacyjno-komunikacyjnych (TIK), kiedy pracownik służby zdrowia i pacjent nie są w tym samym miejscu. Telemedycyna obejmuje przesył danych i informacji medycznych (tekst, obraz, dźwięk itp.), które są niezbędne do prewencji, diagnozy, leczenia i monitorowania zdrowia pacjenta. Zgodnie z wykazem pojęć dostępnym na portalu internetowy Funduszy Europejskich dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027 w zakładce pn. „Słownik pojęć”

Cyfryzacja placówek wykonujących działalność leczniczą możliwa jest w Działaniu 1.7 E-zdrowie.

Jednoznaczne stwierdzenie kwalifikowalności zakresu i wydatków w danym projekcie możliwe będzie po złożeniu pełnej dokumentacji aplikacyjnej w odpowiedzi na ogłaszane nabory i przeprowadzeniu oceny projektu przez Komisję Oceny Projektów.

- 14. Pytanie: Projekt przewiduje działania mające na celu wykorzystanie telemedycyny w zakresie współpracy AOS z POZ lub szpitalem. Prosimy o uszczegółowienie kryterium. W jakim zakresie ma być realizowana współpraca? Czy może dotyczyć wyłącznie historycznych danych medycznych dotyczących pacjenta / historii chorób itp. pomiędzy wskazanymi podmiotami czy wymagane jest przekazywane mają być wyniki i omawiane w postaci np. wideokonferencji między pielęgniarką POZ a lekarzem chirurgiem w szpitalu?**

Odpowiedź: Kryterium odnosi się do współpracy AOS z POZ lub szpitalem a nie POZ ze szpitalem.

Przy czym należy pamiętać, iż wydatki na telemedycynę i teleopiekę mogą stanowić jedynie do 20% wartości kosztów kwalifikowanych projektu (wyliczanych z wyłączeniem kosztów kategorii e-zdrowie). *Jednoznaczne stwierdzenie kwalifikowalności zakresu i wydatków w danym projekcie możliwe będzie po złożeniu pełnej dokumentacji aplikacyjnej w odpowiedzi na ogłaszane nabory i przeprowadzeniu oceny projektu przez Komisję Oceny Projektów.*

15. Pytanie: Czy realizacja zadań z zakresu telemedycyny wymaga opinii departamentu odpowiedzialnego za informatyzację w ministerstwie zdrowia?

Odpowiedź: Opinia Departamentu odpowiedzialnego za informatyzację w Ministerstwie Zdrowia nie jest wymagana, ponieważ zgodnie z zapisami SZOP i Regulaminu naboru oraz rekomendacjami Komitetu Sterującego do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia realizacja zadań z zakresu telemedycyny może stanowić jedynie uzupełniający element projektu czyli wydatki na ten cel mogą stanowić jedynie do 20% wartości kosztów kwalifikowanych projektu (wyliczanych z wyłączeniem kosztów kategorii e-zdrowie).

16. Pytanie do kryterium nr 42 pn. Działania profilaktyczne. Bardzo proszę o wskazanie jakie programy profilaktyczne są premiowane? Czy takie, które są finansowane ze środków NFZ czy finansowane ze środków własnych wnioskodawcy?

Odpowiedź: W celu otrzymania punktów w ramach kryterium nr 42 pn. „Działania profilaktyczne” należy wykazać bezpłatne dla pacjenta programy profilaktyczne (wskazane w kryterium), które realizują podmiot wykonujący działalność leczniczą ubiegający się o dofinansowanie. Nie ma znaczenia z jakich środków finansowane są programy profilaktyczne, które realizują podmiot wykonujący działalność leczniczą.

17. Pytanie: Czy wnioskodawca może przyznać 2 punkty za realizację programu profilaktycznego jeżeli w ramach 1 programu realizowane są 2 zakresy. Czy każdy zakres musi mieć odrębny program profilaktyczny?

Odpowiedź: Aby otrzymać dwa punkty w ramach kryterium każdy program musi mieć odrębny zakres. Jeżeli Wnioskodawca będzie realizował jeden program o dwóch zakresach to otrzyma jeden punkt.