Uchwała Nr 3981/2021
Zarządu Województwa Wielkopolskiego
z dnia 19.08.2021 r.

w sprawie: zmiany Uchwały 5099/2018 z dnia 27.03.2018 r. Zarządu Województwa Wielkopolskiego w sprawie przyjęcia regulaminu konkursu Nr RPWP.07.02.02-IZ-00-30-001/18 dla Działania 7.2 *Usługi społeczne i zdrowotne,* Poddziałania 7.2.2 *Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe*, realizowanego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.

Na podstawie art. 41 ust. 1 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2020 r., poz. 1668, z późn. zm.) oraz art. 9 ust. 1 pkt 2, art. 9 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2020 r., poz. 818, z późn. zm.), Zarząd Województwa Wielkopolskiego uchwala co następuje:

§ 1

W regulaminie konkursu stanowiącym załącznik do Uchwały 5099/2018 Zarządu Województwa Wielkopolskiego z dnia 27.03.2018 r. w sprawie przyjęcia regulaminu konkursu Nr RPWP.07.02.02-IZ-00-30-001/18 dla Działania 7.2 *Usługi społeczne i zdrowotne,* Poddziałania 7.2.2 *Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe*, realizowanego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, wprowadza się następującą zmianę:

Korekcie ulega załącznik nr 8.1 *Regionalny program zdrowotny - Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego,* tj. usunięto Kwestionariusz Ról Zespołowych. Pozostałe załączniki do regulaminu konkursu nie ulegają zmianie.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Departamentu Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

z up. Marszałka Województwa

Wojciech Jankowiak

Wicemarszałek

Uzasadnienie
do Uchwały Nr 3981/2021
Zarządu Województwa Wielkopolskiego
z dnia 19.08.2021 r.

w sprawie: zmiany Uchwały 5099/2018 z dnia 27.03.2018 r. Zarządu Województwa Wielkopolskiego w sprawie przyjęcia regulaminu konkursu Nr RPWP.07.02.02-IZ-00-30-001/18 dla Działania 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 7.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe, realizowanego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowych w perspektywie finansowej 2014-2020 Instytucją Zarządzającą odpowiedzialną za prawidłową realizację Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 jest Zarząd Województwa Wielkopolskiego.

Następnie zgodnie z art. 41 ust. 1 wyżej wymienionej ustawy Instytucja Zarządzająca przeprowadza konkurs na podstawie określonego przez siebie regulaminu.

Realizacja konkursu nr RPWP.07.02.02-IZ-00-30-001/18 odbywa się na podstawie regulaminu konkursu przyjętego Uchwałą nr 5099/2018 Zarządu Województwa Wielkopolskiego z dnia 27.03.2018 r.

Zgodnie z art. 41 ust. 3 ww. ustawy, Instytucja Zarządzająca może dokonać zmian w regulaminie innych niż skutkujących nierównym traktowaniem beneficjentów.

W związku z zaistnieniem takiej konieczności, usunięto z załącznika nr 1, Kwestionariusz Ról Zespołowych do Regionalnego Programu Zdrowotnego stanowiącego załącznik 8.1 do regulaminu konkursu. W treści Programu wskazano link do kwestionariusza.

Zmiana obowiązywać będzie od dnia 20 sierpnia 2021 roku. Zmiana nie skutkuje nierównym traktowaniem Wnioskodawców. Aktualny załącznik nr 8.1 do regulaminu konkursu zamieszczony zostanie na stronie internetowej Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (www.wrpo.wielkopolskie.pl).

W związku z powyższym podjęcie uchwały w przedmiotowym kształcie jest w pełni uzasadnione.

Wojciech Jankowiak

Wicemarszałek

Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego

Regulamin konkursu

Konkurs zamknięty nr: RPWP.07.02.02-IZ-00-30-001/18

Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny

na lata 2014 - 2020

Oś Priorytetowa 7

Włączenie Społeczne

Działanie 7.2

Usługi społeczne i zdrowotne

Poddziałanie 7.2.2

Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe

Poznań, marzec 2018 r.

Spis treści

1. Przedmiot konkursu oraz podstawa prawna i dokumenty programowe 4

1.1. Przedmiot konkursu 4

1.2. Podstawa prawna i dokumenty programowe 5

2. Informacje ogólne 10

2.1. Informacje o konkursie 10

2.2. Kwota środków przeznaczona na dofinansowanie projektów 11

2.3. Forma finansowania 12

2.4. Procedura wyboru projektów do realizacji 13

2.5. Zasady dokonywania weryfikacji warunków formalnych oraz oceny merytorycznej 16

2.6. Procedura wycofania wniosku 28

3. Wymagania konkursowe 28

3.1. Podmioty uprawnione do ubiegania się o dofinansowanie projektu 28

3.2. Wymagania dotyczące grupy docelowej 30

3.3. Wymagania czasowe 30

3.4. Wymagania finansowe 31

3.5. Reguła proporcjonalności 31

3.6. Wymagania dotyczące partnerstwa 32

3.7. Wymagania związane z realizacją projektu 35

3.8. Wymagane załączniki na etapie podpisywania umowy 35

3.9 Zabezpieczenie prawidłowej realizacji umowy 38

4. Warunki i kryteria wyboru projektów i sposób ich weryfikacji 41

4.1. Warunki formalne 41

4.2. Kryteria merytoryczne I stopnia zero-jedynkowe 42

4.3. Kryteria dostępu zero-jedynkowe 46

4.4 Kryteria merytoryczne o charakterze horyzontalnym zero-jedynkowe 48

4.5. Ogólne kryteria merytoryczne punktowe 50

4.6. Szczegółowe kryteria premiujące 53

4.7. Ogólne kryteria merytoryczne zero-jedynkowe dotyczące etapu negocjacji 55

5. Pomoc publiczna/de minimis 56

6. Procedura odwoławcza 58

7. Pozostałe informacje 61

7.1. Informacje wymagane we wniosku o dofinansowanie 61

7.2. Informacje dodatkowe 62

8. Załączniki 65

1. Przedmiot konkursu oraz podstawa prawna i dokumenty programowe

1.1. Przedmiot konkursu

1.1.1. Przedmiotem konkursu są projekty określone dla Poddziałania 7.2.2 *Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe*, Działania 7.2 *Usługi społeczne i zdrowotne*, Osi Priorytetowej 7 *Włączenie społeczne* Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+), przyczyniające się do wzrostu liczby osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym korzystających z usług społecznych oraz zdrowotnych.

1.1.2. W ramach konkursu można realizować następujące typy projektów:

- wdrażanie programów wczesnego wykrywania chorób, leczenia oraz rehabilitacji medycznej dzieci (np.: szczepienia przeciwko HPV, polepszenie warunków opieki nad dzieckiem leczonym onkologicznie i hematologicznie) tj. regionalny program zdrowotny pn. *Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego*[1] - opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 20/2017 z dnia 9 lutego 2017 roku, stanowiący załącznik nr 8.1 do Regulaminu konkursu.

1.1.3. Beneficjent realizujący projekt musi dążyć do osiągnięcia celu Programu, który wyrażony jest wartością zaplanowanych do realizacji wskaźników. Wnioskodawca powinien tak planować działania, aby proporcjonalnie do wartości projektu osiągnąć wskaźniki zaplanowane w ramach konkursu (relacja nakład/rezultat)

Wskaźniki stosowane w ramach konkursu oraz ich planowane wartości do osiągnięcia przez IZ WRPO 2014+:

Wskaźniki rezultatu bezpośredniego	**Jednostka miary**	**Wartość wskaźnika planowana do osiągnięcia w ramach alokacji dostępnej dla Działania 7.2/ Poddziałania 7.2.2**
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu	szt.	1

[1] Grupa docelowa jest zgodna z pkt 3.2.1 Regulaminu konkursu oraz regionalnym programem zdrowotnym.

Wskaźniki produktu	Jednostka miary	Wartość wskaźnika planowana do osiągnięcia w ramach alokacji dostępnej dla Działania 7.2/ Poddziałania 7.2.2
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie	osoby	888

1.1.4. Wnioskodawca ma obowiązek wybrania z listy wskaźników rezultatu bezpośredniego oraz wskaźników produktu, stanowiącej załącznik nr 8.2 do Regulaminu konkursu, wszystkich wskaźników adekwatnych do planowanych działań w projekcie oraz monitorowania ich w trakcie realizacji projektu. Jednocześnie Wnioskodawca ma obowiązek wybrania przynajmniej jednego wskaźnika kluczowego, który został uwzględniony we Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych (WLWK) - stanowiącej załącznik nr 2 do *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.* Wskaźniki kluczowe możliwe do zastosowania w ramach danego konkursu zostały wskazane w załączniku nr 8.2 do Regulaminu konkursu.

1.1.5. Dodatkowo, w celu monitorowania stanu wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach WRPO 2014+, Wnioskodawca w projekcie opisanym we wniosku o dofinansowanie powinien wybrać adekwatny do zaplanowanego wsparcia typ projektu. **Należy wybrać wszystkie adekwatne do realizowanych działań typy projektów**. Wykaz typów projektów stanowi załącznik nr 8.3 do Regulaminu konkursu.

W ramach konkursu istnieje możliwość realizacji projektów zawierających elementy pomocy publicznej/pomocy de minimis.

1.2. Podstawa prawna i dokumenty programowe

1.2.1. Konkurs jest organizowany w oparciu o następujące dokumenty:

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1301/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i przepisów szczególnych dotyczących celu „Inwestycje na rzecz wzrostu

i zatrudnienia” oraz w sprawie uchylenia rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 289);

2) rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);

3) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);

4) ustawę z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. 2017, poz. 1460, z późn. zm.), zwana dalej ustawą wdrożeniową;

5) ustawę z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1808, z późn. zm.);

6) ustawę z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2168, z późn. zm.);

7) ustawę z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1579);

8) ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 2077), zwana dalej ustawą o finansach publicznych;

9) ustawę z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r., poz. 769);

10) ustawę z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2016 r., poz. 1541 z późn. zm.);

11) ustawę z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r., poz. 90);

12) ustawę z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2017 r., poz. 1481);

13) ustawę z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2017 r., poz. 1405 z późn. zm.);

14) ustawę z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz. U. z 2016 r., poz.862, z późn. zm.)[2];

15) ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.);

16) ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r., poz. 2237 z późn. zm.);

17) ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.);

18) rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie rejestru podmiotów wykluczonych z możliwości otrzymania środków przeznaczonych na realizację programów finansowanych z udziałem środków europejskich (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 307);

19) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1743 z późn. zm.);

20) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r., nr 137, poz. 1126);

21) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739);

22) rozporządzenie Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r. w sprawie udzielania pomocy *de minimis* oraz pomocy publicznej w ramach programów

[2] Zgodnie z art. 21 ustawy, przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi pracodawcy lub inni organizatorzy w zakresie takiej działalności są obowiązani do uzyskania informacji, czy dane tej osoby są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym.

operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020 (Dz. U. z 2015 r., poz. 1073);

23) rozporządzenie Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 19 marca 2015 r. w sprawie udzielania pomocy de minimis w ramach regionalnych programów operacyjnych na lata 2014-2020 (Dz. U. z 2015 r., poz. 488);

24) rozporządzenie Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie zaliczek w ramach programów finansowanych z udziałem środków europejskich (Dz. U. z 2017 r., poz. 2367);

25) rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1);

26) rozporządzenie Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych) (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1 z późn. zm.);

27) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2008 r. w sprawie sprawozdań o udzielonej pomocy publicznej, informacji o nieudzieleniu takiej pomocy oraz sprawozdań o zaległościach przedsiębiorców we wpłatach świadczeń na rzecz sektora finansów publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1871);

28) zarządzenie nr 67/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne;

29) Programowanie perspektywy finansowej 2014-2020 - Umowa Partnerstwa z października 2017 r.;

30) Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014-2020, przyjęty decyzją Komisji Europejskiej z dnia 17 grudnia 2014 r. (zwany dalej WRPO 2014+);

31) Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 przyjęty przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego i aktualny na dzień ogłoszenia konkursu (zwany dalej SZOOP);

32) Wytyczne Ministra Rozwoju i Finansów w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020 zatwierdzone w dniu 19 grudnia 2017 r.;

33) Wytyczne Ministra Rozwoju i Finansów w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020 zatwierdzone w dniu 6 marca 2017 r.;

34) Wytyczne Ministra Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 zatwierdzone w dniu 19 lipca 2017 r. (zwane dalej Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności);

35) Wytyczne Ministra Rozwoju i Finansów w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 zatwierdzone w dniu 18 maja 2017 r. (zwane dalej Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego);

36) Wytyczne Ministra Rozwoju i Finansów w zakresie informacji i promocji programów operacyjnych polityki spójności na lata 2014-2020 zatwierdzone w dniu 3 listopada 2016 r.;

37) Wytyczne Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 zatwierdzone w dniu 8 maja 2015 r.;

38) Wytyczne Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kontroli realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 zatwierdzone w dniu 28 maja 2015 r.;

39) Wytyczne Ministra Rozwoju i Finansów w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 zatwierdzone w dniu 1 stycznia 2018 r. (zwane dalej Wytycznymi w obszarze zdrowia);

W przypadku zmiany ww. dokumentów w trakcie trwania konkursu Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie oraz Beneficjentów realizujących projekty obowiązują aktualne wersje dokumentów.

Zgodnie z art. 41 ust. 3-5 ustawy wdrożeniowej Regulamin konkursu może ulegać zmianom w trakcie trwania konkursu. Do czasu rozstrzygnięcia konkursu Regulamin nie może być

zmieniany w sposób skutkujący nierównym traktowaniem Wnioskodawców, chyba że konieczność jego zmiany wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego. W przypadku zmiany Regulaminu Instytucja Organizująca Konkurs zamieszcza na stronie internetowej www.wrpo.wielkopolskie.pl (zwanej dalej stroną internetową) oraz na portalu www.funduszeeuropejskie.gov.pl (zwanym dalej portalem) informację o zmianie Regulaminu, aktualną treść Regulaminu, uzasadnienie oraz termin, od którego zmiana obowiązuje. Ponadto każdy Wnioskodawca, który w ramach trwającego konkursu złożył wniosek o dofinansowanie projektu, zostanie o ww. zmianie poinformowany indywidualnie tj. na adres e-mail wskazany w pkt 2.1 wniosku o dofinansowanie.

2. Informacje ogólne

2.1. Informacje o konkursie

2.1.1. Projekty, na które ogłaszany jest nabór wniosków, realizowane są w ramach WRPO 2014+, Osi Priorytetowej 7 *Włączenie społeczne*, Działania 7.2 *Usługi społeczne i zdrowotne*, Poddziałania 7.2.2 *Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe*.

2.1.2. Funkcję Instytucji Zarządzającej (IZ) dla Działania 7.2 WRPO 2014+ pełni Zarząd Województwa Wielkopolskiego reprezentowany przez Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego (DEFS) Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 18, 61–713 Poznań.

2.1.3. Instytucją Organizującą Konkurs (IOK) jest Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego, adres: al. Niepodległości 18, 61–713 Poznań.

2.1.4. Projekty dofinansowane są ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.

2.1.5. Konkurs przeprowadzany jest jawnie z zapewnieniem publicznego dostępu do informacji o zasadach jego przeprowadzania oraz listy projektów wybranych do dofinansowania. Dokumenty i informacje przedstawiane przez Wnioskodawców nie podlegają udostępnieniu przez IZ WRPO 2014+ w trybie przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933).

Dokumenty i informacje wytworzone lub przygotowane przez IZ WRPO 2014+ w związku z oceną dokumentów i informacji przedstawianych przez Wnioskodawców nie podlegają, do czasu rozstrzygnięcia konkursu, udostępnieniu w trybie przepisów ww. ustawy.

2.1.6. Wyjaśnień w kwestiach dotyczących konkursu udziela IOK w odpowiedzi na zapytania kierowane na adres: al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, Główny Punkt Informacyjny Funduszy Europejskich w Poznaniu lub na adres poczty elektronicznej info.wrpo@wielkopolskie.pl, info.fe@wielkopolskie.pl. Odpowiedzi polegające na wyjaśnieniu procedur lub ich interpretacji do ogłoszonego konkursu publikowane są na stronie internetowej zawierającej informacje o tym konkursie. Nie podlegają publikacji odpowiedzi polegające jedynie na odesłaniu lub przytoczeniu zapisów stosownych dokumentów. Odpowiedzi udzielane na pytania związane z procedurą wyboru projektów są wiążące do momentu zmiany odpowiedzi. Jeżeli zmiana odpowiedzi nie wynika z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, Wnioskodawcy, którzy zastosowali się do danej odpowiedzi i złożyli wniosek o dofinansowanie projektu w oparciu o wskazówki w niej zawarte, nie mogą ponosić negatywnych konsekwencji związanych ze zmianą odpowiedzi.

2.1.7. Wszelkie terminy realizacji określonych czynności wskazane w Regulaminie konkursu, jeśli nie określono inaczej, wyrażone są w dniach kalendarzowych. Jeżeli ostatni dzień terminu przypada na sobotę lub na dzień ustawowo wolny od pracy, za ostatni dzień terminu uważa się następny dzień po dniu lub dniach wolnych od pracy.

2.1.8. IOK dla każdego etapu procedury wyboru projektu ustala formę i sposób komunikacji z Wnioskodawcą, w tym wezwania go do uzupełniania lub poprawiania projektu w trakcie jego oceny. Wnioskodawca potwierdza przyjęcie do wiadomości wskazanych form komunikacji oraz świadomość skutków ich niezachowania poprzez złożenie stosownego oświadczenia zawartego w pkt VIII wniosku o dofinansowanie projektu.

2.2. Kwota środków przeznaczona na dofinansowanie projektów

Ogółem dofinansowanie:	19 000 000,00 PLN
w tym wsparcie finansowe EFS:	17 000 000,00 PLN
w tym krajowe wsparcie finansowe z budżetu państwa:	2 000 000,00 PLN

Do realizacji projektu jest wymagane wniesienie wkładu własnego[3] Beneficjenta (Projektodawcy) stanowiącego minimum 5% wydatków kwalifikowalnych[4].

Poziom dofinansowania UE wydatków kwalifikowalnych na poziomie projektu wynosi 85%.

(Maksymalny poziom dofinansowania całkowitego wydatków kwalifikowalnych na poziomie projektu wynosi 95%).

Do dofinansowania wybrany zostanie jeden projekt, IZ WRPO 2014+ zaleca realizację projektu na terenie całego województwa wielkopolskiego.

Uwaga: IOK informuje, iż kwota, jaka może zostać zakontraktowana w ramach zawieranych umów o dofinansowanie projektów w ramach Poddziałania 7.2.2 uzależniona jest od aktualnego w danym miesiącu kursu euro oraz wartości algorytmu wyrażającego w PLN miesięczny limit środków wspólnotowych oraz krajowych możliwych do zakontraktowania. Otrzymanie przez Wnioskodawcę informacji o przyznaniu dofinansowania nie jest równoznaczne z podpisaniem umowy o dofinansowanie projektu.

IZ WRPO 2014+ zarówno przed jak i po rozstrzygnięciu konkursu może zwiększyć kwotę środków przeznaczonych na dofinansowanie projektów w ramach konkursu.

2.3. Forma finansowania

2.3.1. Zgodnie z ustawą o finansach publicznych w budżecie państwa wyodrębniono budżet środków europejskich (w tym środki z Europejskiego Funduszu Społecznego) oraz przyjęto zasadę, iż płatności ze środków europejskich będą dokonywane na rzecz Beneficjentów przez Bank Gospodarstwa Krajowego (BGK). Beneficjenci będą otrzymywać płatności kolejnych transz dofinansowania w dwóch przelewach:

[3] Szczegółowe zasady wnoszenia wkładu własnego (w tym niepieniężnego) uregulowane są w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFRR, EFS oraz FS na lata 2014-2020 oraz w Podręczniku w zakresie kwalifikowalności oraz zasad finansowania wydatków z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020 (z wyłączeniem projektów realizowanych w ramach Działania 6.1 i Pomocy Technicznej) dostępnym na stronie internetowej: http://wrpo.wielkopolskie.pl/system/file_resources/attachments/000/008/032/original/Podr%C4%99cznik_w_zakresie_kwalifikowalno%C5%9Bci_oraz_zasad_finansowania_wydatk%C3%B3w_z_Europejskiego_Funduszu_Spo%C5%82ecznego.pdf?1508396220.

[4] Beneficjent (Projektodawca) może wnieść wkład własny wyższy niż 5% ale nie wyższy niż 15% wydatków kwalifikowalnych, co spowoduje obniżenie wysokości dotacji celowej w części dotyczącej współfinansowania krajowego. Zatem całkowity poziom dofinansowania wydatków kwalifikowalnych na poziomie projektu (UE+BP) ulegnie proporcjonalnemu obniżeniu.

- tzw. płatność w części dotyczącej współfinansowania z EFS (85%) przekazywanej przez BGK na podstawie zlecenia płatności wystawionego przez Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu,
- dotację celową w części dotyczącej współfinansowania krajowego (do 10%) przekazywanej przez Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu.

2.3.2. Środki na realizację projektu są wypłacane jako dofinansowanie w formie zaliczki, zgodnie z harmonogramem płatności określonym w umowie o dofinansowanie projektu, z zastrzeżeniem § 8 wyżej wymienionej umowy (wzór umowy stanowi załącznik nr 8.4 do Regulaminu konkursu). Dofinansowanie jest przekazywane na **wyodrębniony rachunek bankowy, specjalnie utworzony dla danego projektu, wskazany w umowie o dofinansowanie projektu.** Płatności w ramach projektu powinny być regulowane za pośrednictwem tego rachunku. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dofinansowanie może być wypłacone w formie refundacji.

2.4. Procedura wyboru projektów do realizacji

2.4.1. Konkurs ma charakter zamknięty, konkurs nie jest podzielony na rundy.

2.4.2. Wybór projektów do dofinansowania następuje w trybie konkursowym w oparciu o wypełniony wniosek o dofinansowanie, którego formularz stanowi załącznik nr 8.5 do Regulaminu konkursu.

2.4.3. Nabór wniosków o dofinansowanie projektów w wersji elektronicznej będzie prowadzony od dnia 30 kwietnia 2018 r. od godziny 0.00 do dnia 29 maja 2018 r. do godziny 15.30. IOK nie przewiduje możliwości skrócenia naboru wniosków o dofinasowanie. Planowany termin zakończenia oceny projektów przypada na październik 2018. Jednocześnie IOK dołoży wszelkich starań, aby przyspieszyć datę zakończenia oceny projektów.

2.4.4. Wnioskodawca przesyła wniosek o dofinansowanie projektu w formie dokumentu elektronicznego za pośrednictwem Lokalnego Systemu Informatycznego (LSI 2014+). Wniosek o dofinansowanie należy wypełnić przy użyciu formularza wskazanego w załączniku nr 8.5 do Regulaminu konkursu, według:

- *Podręcznika podmiotu zgłaszającego/beneficjenta Lokalnego Systemu Informatycznego do obsługi Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 w zakresie obsługi LSI 2014+*, stanowiącego załącznik nr 8.6 do Regulaminu konkursu,
- *Regulaminu Użytkownika LSI 2014+,* stanowiącego załącznik nr 8.7 do Regulaminu konkursu,
- *Instrukcji wypełniania wniosku o dofinansowanie projektu w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020*, stanowiącej załącznik nr 8.8 do Regulaminu konkursu.

2.4.5. Ponadto Wnioskodawca składa jeden egzemplarz wniosku o dofinansowanie projektu do sekretariatu DEFS w tożsamej wersji papierowej (wraz z załącznikami – jeśli dotyczy) w terminie do 5 dni roboczych od dnia wysłania wersji elektronicznej przedmiotowego wniosku, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia. Wnioski o dofinansowanie projektu można składać osobiście, nadsyłać pocztą lub przesyłką kurierską. Dokumenty w wersji papierowej należy składać w sekretariacie DEFS (pok. 142), al. Niepodległości 18, 61-713 Poznań Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:30 do 15:30 **(w przypadku wniosków nadesłanych pocztą lub przesyłką kurierską o zachowaniu terminu decyduje data i godzina wpływu wniosku o dofinansowanie projektu do Urzędu).** Po dostarczeniu wniosku o dofinansowanie projektu Wnioskodawca może otrzymać od pracownika IOK potwierdzenie złożenia wersji papierowej wniosku. Zaznacza się, że do kompetencji pracownika sekretariatu nie należy weryfikacja kompletności złożonych dokumentów.

2.4.6. Dokumenty w tożsamej wersji papierowej złożone po określonym powyżej terminie lub do niewłaściwej instytucji lub złożone wyłącznie w wersji papierowej, nie będą rozpatrywane i będą archiwizowane w takim stanie, w jakim trafiły do IOK. Wnioskodawca zostanie pisemnie poinformowany o pozostawieniu wniosku o dofinansowanie projektu bez rozpatrzenia. W przypadku braku złożenia dokumentów w tożsamej wersji papierowej wniosek o dofinansowanie projektu przesłany wyłącznie w formie dokumentu elektronicznego nie zostaje uznany za skutecznie złożony i pozostaje bez rozpatrzenia.

2.4.7. W wyniku zaistnienia przyczyn obiektywnych (np. długotrwałej awarii systemu LSI 2014+) IOK zastrzega sobie możliwość zmiany formy składania wniosku o dofinansowanie

projektu przewidzianej w ogłoszeniu o konkursie lub wydłużenia naboru wniosków, podając ten fakt do publicznej wiadomości na stronie internetowej oraz na portalu.

2.4.8. Do momentu złożenia tożsamej papierowej wersji wniosku o dofinansowanie projektu istnieje możliwość jego wycofania w LSI 2014+ w celu ponownej edycji. Niemożliwe jest jednak wycofanie wniosku o dofinansowanie projektu w celu ponownej edycji w sytuacji, gdy minął termin składania wniosków (gdy nabór został zakończony). Po przesłaniu wniosku w wersji elektronicznej oraz dostarczeniu wniosku w tożsamej wersji papierowej żadne zmiany we wniosku nie będą mogły być już wprowadzone do momentu podpisania umowy o dofinansowanie. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy projekt po etapie oceny został skierowany do negocjacji lub gdy okres realizacji projektu zawarty we wniosku o dofinansowanie uległ dezaktualizacji z uwagi na przedłużającą się procedurę oceny. Wówczas zmiana może dotyczyć wyłącznie dostosowania okresu realizacji projektu, a w konsekwencji również harmonogramu realizacji projektu i budżetu projektu w części dotyczącej dostosowania terminu poniesienia wydatku do daty podpisania umowy. Zmiana (przesunięcie) okresu realizacji projektu może nastąpić na wniosek IOK lub na pisemny wniosek Beneficjenta, za zgodą IOK. Kolejny wyjątek stanowi sytuacja, gdy wprowadzenie zmian do wniosku jest niezbędne i stanowi inicjatywę IZ WRPO 2014+.

2.4.9. **UWAGA!** Przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu do IOK należy porównać zgodność sumy kontrolnej wersji papierowej oraz wersji złożonej za pośrednictwem LSI 2014+. Ponadto suma kontrolna na każdej stronie wydruku musi być czytelna.

2.4.10. Wszystkie załączane kopie dokumentów obligatoryjnie muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę (w przypadku dokumentów dotyczących partnera projektu potwierdzenia zgodności z oryginałem może dokonać partner). **Potwierdzenie za zgodność z oryginałem kopii oznacza złożenie podpisu wraz z pieczęcią imienną (lub czytelne imię i nazwisko osoby dokonującej poświadczenia) na każdej stronie dokumentu z zapisem „potwierdzam za zgodność z oryginałem" lub podpis wraz z pieczęcią imienną na pierwszej stronie z zapisem „potwierdzam za zgodność z oryginałem od strony … do strony…". Wszystkie strony tak potwierdzonego dokumentu muszą być ponumerowane i przedstawione w sposób wskazujący na integralność dokumentu (np. zszyte). Do podpisywania i parafowania dokumentów zaleca się stosowanie niebieskiego tuszu.**

2.5. Zasady dokonywania weryfikacji warunków formalnych oraz oceny merytorycznej

2.5.1. Przed rozpoczęciem oceny merytorycznej projektu następuje jego weryfikacja przez co najmniej jednego pracownika IOK pod kątem występowania braków w zakresie warunków formalnych lub oczywistych omyłek określonych w warunkach zawartych w pkt. 4.1.1 Regulaminu konkursu. Wzór Karty weryfikacji warunków formalnych stanowi załącznik nr 8.9 do Regulaminu konkursu.

2.5.2. W przypadku wykrycia braków w zakresie warunków formalnych we wniosku o dofinasowanie projektu do Wnioskodawcy wysyłane jest wezwanie do uzupełnienia stwierdzonych uchybień. Obowiązkiem Wnioskodawcy jest ich usunięcie w terminie 7 dni kalendarzowych liczonych od dnia następującego po dniu wysłania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia, bez możliwości wniesienia protestu. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, na pisemny wniosek Wnioskodawcy złożony w ww. terminie, IOK ma możliwość wyznaczyć inny termin na dokonanie poprawy lub uzupełnienia nie dłuższy jednak niż 14 dni kalendarzowych, od dnia przesłania pierwotnego wezwania. W razie stwierdzenia oczywistej omyłki we wniosku o dofinansowanie projektu (np.: uzupełnienie brakującej strony/stron w wersji papierowej) IOK poprawia tę omyłkę z urzędu, informując o tym Wnioskodawcę albo wzywa Wnioskodawcę do jej poprawienia w terminie 7 dni kalendarzowych, od dnia przesłania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia, bez możliwości wniesienia protestu. Jeśli IOK uzna, że uzupełnienie braków w zakresie warunków formalnych lub poprawienie oczywistych omyłek prowadziłoby do istotnej modyfikacji wniosku o dofinansowanie, informuje Wnioskodawcę o pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia (patrz. pkt 2.5.4).

2.5.3. Wezwania, o których mowa w pkt 2.5.2 wysyłane są: pocztą tradycyjną na adres wskazany w pkt 2.1 wniosku o dofinansowanie lub za pomocą kanału elektronicznego, z wykorzystaniem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP. IOK informuje, że podanie w pkt 2.1 wniosku adresu skrzynki podawczej ePUAP jest jednoznaczne z rezygnacją z otrzymania ww. wezwania za pomocą poczty tradycyjnej. W celu usprawnienia i przyśpieszenia terminów zakończenia weryfikacji warunków formalnych projektów IZ WRPO 2014+ prosi o dostarczanie poprawionych wniosków/dokonywanie poprawek w jak najkrótszym terminie.

2.5.4. Usuwając uchybienia, o których mowa w pkt 2.5.2, Wnioskodawca powinien stosować się do wskazówek zawartych w otrzymanym z IOK wezwaniu oraz przestrzegać reguł dotyczących przygotowywania wniosku o dofinansowanie opisanych w *Instrukcji obsługi LSI* oraz w *Instrukcji wypełniania wniosku o dofinansowanie projektu w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.* Uzupełnienie wniosku o dofinansowanie projektu lub poprawienie w nim oczywistej omyłki nie może prowadzić do zmiany jego sumy kontrolnej.

2.5.5. Dopuszczalne jest dokonanie uzupełnień lub poprawy wniosku w zakresie, który nie stanowi jego istotnej modyfikacji (tj.: zmiany sumy kontrolnej) np.:

a) uzupełnienie w pkt. 10.1 czytelnego podpisu osoby/-ób upoważnionej/-ych, w przypadku braku podpisu bądź podpisania wniosku przez inną osobę/-y niż wskazana/-e w pkt. 2.5 wniosku;

b) uzupełnienie w pkt. 10.2 wniosku czytelnego podpisu partnera projektu;

c) uzupełnienie brakującej/brakujących stron wniosku;

d) uzupełnienie strony/stron z nieczytelną sumą kontrolną wniosku;

e) dostarczenie brakującego/brakujących załącznika/załączników w wersji papierowej;

f) uzupełnienie poświadczenia za zgodność z oryginałem załączników dostarczonych w wersji papierowej.

2.5.6. **Uwaga! Weryfikacja warunków formalnych następuje co do zasady przed przystąpieniem do pierwszego etapu oceny merytorycznej projektu, jednak w przypadku wykrycia braku w zakresie warunku formalnego lub oczywistej omyłki, na którymś z etapów oceny merytorycznej projektu, powoduje to zastosowanie procedury opisanej w pkt. 2.5.2 z zastrzeżeniem, że gdy stwierdzony brak w zakresie warunku formalnego lub oczywista omyłka uniemożliwia ocenę merytoryczną projektu, to ocena zostanie wstrzymana na czas dokonywania uzupełnień.**

2.5.7. Wnioskodawca ma prawo do jednorazowego poprawienia lub uzupełnienia wniosku o dofinansowanie projektu, tylko w zakresie i na zasadach opisanych powyżej.

2.5.8. Po uzupełnieniu przez Projektodawcę braków w zakresie warunków formalnych lub poprawieniu oczywistych omyłek dokonywana jest ponowna weryfikacja spełniania warunków

formalnych. W przypadku niestwierdzenia braków w zakresie warunków formalnych lub oczywistych omyłek, wniosek kierowany jest do oceny merytorycznej.

2.5.9. Wnioski, które nie zostaną poprawione lub uzupełnione w sposób prawidłowy w wyznaczonym terminie, pozostawia się bez rozpatrzenia bez możliwości wniesienia protestu. W przypadku, gdy wprowadzone do wniosku o dofinansowanie poprawki wykraczają poza zakres określony przez IOK w doręczonym wezwaniu, wniosek o dofinansowanie również pozostawia się bez rozpatrzenia bez możliwości wniesienia protestu. O pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia Wnioskodawca jest informowany pismem wysłanym pocztą tradycyjną na adres wskazany w pkt 2.1 wniosku o dofinansowanie. W przypadku wskazania w pkt 2.1 wniosku adresu do korespondencji, pismo wysyłane jest na adres wskazany do korespondencji. Wnioski pozostawione bez rozpatrzenia podlegają archiwizacji zgodnie z procedurami wewnętrznymi IOK.

2.5.10. IOK na podstawie art. 44 ustawy wdrożeniowej powołuje Komisję Oceny Projektów (KOP). KOP stanowi niezależne ogniwo w systemie oceny projektów, jej zadaniem jest ocena spełnienia kryteriów wyboru projektów i negocjacje (jeśli dotyczy) projektów zgłaszanych w ramach konkursu WRPO 2014+. Ocena merytoryczna i negocjacje odbywają się zgodnie z kryteriami zatwierdzonymi przez Komitet Monitorujący WRPO 2014+. KOP działa od momentu rozpoczęcia procesu oceny do rozstrzygnięcia konkursu.

2.5.11. W skład KOP z prawem dokonywania oceny projektów:

a) wchodzą pracownicy IOK;

b) mogą wchodzić eksperci, o których mowa w art. 68a ust. 1 pkt 1 ustawy wdrożeniowej lub pracownicy tymczasowi, o których mowa w art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 9 lipca 2003 r. o zatrudnianiu pracowników tymczasowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 360 oraz z 2017 r. poz. 658 i 962).

2.5.12. Członkowie KOP przed przystąpieniem do oceny projektów podpisują deklarację poufności, której wzór stanowi załącznik nr 8.10 do Regulaminu konkursu oraz oświadczenie o bezstronności, którego wzór stanowi odpowiednio załącznik nr 8.11a i 8.11b do Regulaminu konkursu. W uzasadnionych przypadkach w posiedzeniach KOP mogą uczestniczyć inne osoby zwane dalej obserwatorami (np. partnerzy o których mowa w art. 5 ust 1 rozporządzenia ogólnego, wojewoda lub jego przedstawiciel). Obserwator bierze udział w posiedzeniu KOP,

lecz nie uczestniczy w ocenie projektów. Obserwator zobligowany jest do podpisania deklaracji poufności.

2.5.13. KOP dokonuje oceny projektu za pomocą Karty oceny merytorycznej projektu konkursowego, której wzór stanowi załącznik nr 8.12 do Regulaminu konkursu. Każdy złożony w trakcie trwania naboru wniosek o dofinansowanie (o ile nie został wycofany przez Wnioskodawcę albo pozostawiony bez rozpatrzenia zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy wdrożeniowej) oceniany jest przez dwóch członków KOP, wybranych w drodze losowania w obecności co najmniej 3 członków KOP i ewentualnie obserwatorów. Wyjątek stanowi sytuacja oceny projektów własnych instytucji lub projekty podmiotów pełniących funkcje instytucji danego programu lub podmiotów z nimi powiązanych w rozumieniu załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. W takim wypadku ocena zostanie przeprowadzona tylko i wyłącznie przez ekspertów zewnętrznych, wybranych z Wykazu Kandydatów na ekspertów w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, stanowiącego załącznik do uchwały nr 906/2015 Zarządu Województwa Wielkopolskiego z dnia 7 sierpnia 2015 r. Ocena ma na celu sprawdzenie czy dany projekt spełnia kryteria merytoryczne I stopnia, dostępu, merytoryczne o charakterze horyzontalnym, merytoryczne punktowe oraz ogólne merytoryczne zero-jedynkowe (jeśli dotyczy) i premiujące (jeśli dotyczy), zatwierdzone przez Komitet Monitorujący WRPO 2014+. Projekt, który nie spełni któregokolwiek z kryteriów określonych w pkt. 4.2, 4.3, 4.4 i 4.7 zostanie odrzucony (za wyjątkiem sytuacji, w których przewidziano możliwość poprawy lub uzupełnienia wniosku w zakresie wskazanym w opisie znaczenia kryterium - zgodnie z pkt 2.5.18 i 2.5.21 Regulaminu konkursu).

2.5.14. Ocena projektu (w tym weryfikacja warunków formalnych) jest przeprowadzana w terminie nie dłuższym niż 105 dni roboczych od daty zakończenia naboru uwzględniając przy tym termin 5 dni roboczych na dostarczenie wersji papierowej wniosku. IZ WRPO 2014+ informuje, iż na potrzeby Regulaminu konkursu nie uważa się za dni robocze sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy określonych w ustawie z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz. U. z 2015 r., poz. 90).

2.5.15. W uzasadnionych przypadkach termin oceny może zostać przedłużony decyzją Dyrektora DEFS. Informacja o przedłużeniu terminu oceny zamieszczana jest na stronie internetowej oraz na portalu.

2.5.16. Ocena dokonywana jest etapami. Pierwszym etapem jest ocena merytoryczna, a kolejnym negocjacje. Ocena merytoryczna dokonywana jest zgodnie z etapami wskazanymi w Karcie oceny merytorycznej.

2.5.17. Jeżeli oceniający uzna na etapie oceny merytorycznej, że projekt nie spełnia któregokolwiek z kryteriów merytorycznych I stopnia, odpowiednio odnotowuje ten fakt na Karcie oceny merytorycznej, uzasadnia decyzję o uznaniu danego kryterium merytorycznego I stopnia za niespełnione i wskazuje, że projekt zostaje odrzucony i nie podlega dalszej ocenie.

2.5.18. Jeżeli dla danego kryterium merytorycznego I stopnia uwzględniono możliwość poprawy lub uzupełnienia wniosku w zakresie wskazanym w opisie znaczenia kryterium, poprawa/uzupełnienie wniosku będzie odbywała/o się na etapie negocjacji (dotyczy wyłącznie sytuacji gdy projekt zgodnie z dalszymi punktami Regulaminu konkursu, może zostać skierowany do etapu negocjacji).

2.5.19. Jeżeli oceniający uzna, że projekt spełnia wszystkie kryteria merytoryczne I stopnia, dokonuje sprawdzenia spełniania przez projekt kryteriów dostępu.

2.5.20. Jeżeli oceniający uzna, że projekt nie spełnia któregokolwiek z kryteriów dostępu, odpowiednio odnotowuje ten fakt na Karcie oceny merytorycznej, uzasadnia decyzję o uznaniu danego kryterium dostępu za niespełnione i wskazuje, że projekt powinien zostać odrzucony i nie podlegać dalszej ocenie.

2.5.21. Jeżeli dla danego kryterium dostępu uwzględniono możliwość poprawy lub uzupełnienia wniosku w zakresie wskazanym w opisie znaczenia kryterium, poprawa/ uzupełnienie wniosku będzie odbywała/o się na etapie negocjacji (dotyczy wyłącznie sytuacji gdy projekt, zgodnie z dalszymi punktami Regulaminu konkursu, może zostać skierowany do etapu negocjacji).

2.5.22. Jeżeli oceniający uzna, że projekt spełnia wszystkie kryteria dostępu, dokonuje oceny spełniania przez projekt kryteriów merytorycznych o charakterze horyzontalnym i stwierdza, czy poszczególne kryteria są spełnione, niespełnione albo nie dotyczą projektu.

2.5.23. Jeżeli oceniający uzna którekolwiek z kryteriów merytorycznych o charakterze horyzontalnym, za niespełnione, odpowiednio odnotowuje ten fakt na Karcie oceny merytorycznej, uzasadnia decyzję o uznaniu danego kryterium o charakterze horyzontalnym za niespełnione i wskazuje, że projekt powinien zostać odrzucony i nie podlegać dalszej ocenie.

2.5.24. W przypadku odrzucenia projektu z powodu niespełniania co najmniej jednego z: kryteriów merytorycznych I stopnia, kryteriów dostępu albo kryteriów merytorycznych o charakterze horyzontalnym, IOK przekazuje niezwłocznie Wnioskodawcy pisemną informację o zakończeniu oceny jego projektu, uzyskaniu oceny negatywnej oraz zgodnie z art. 45 ust. 5 ustawy wdrożeniowej, przekazuje pouczenie o możliwości wniesienia protestu na zasadach i w trybie, o którym mowa w art. 53, art. 54 oraz art. 56 ww. ustawy. Informacja ta zostanie przekazana: pocztą tradycyjną na adres wskazany w pkt 2.1 wniosku o dofinansowanie lub za pomocą kanału elektronicznego z wykorzystaniem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP. IOK informuje, że podanie w pkt 2.1 wniosku adresu skrzynki podawczej ePUAP jest jednoznaczne z rezygnacją z otrzymania ww. wezwania za pomocą poczty tradycyjnej. Kopie wypełnionych kart oceny zostaną dołączone do przesłanej widomości, z zastrzeżeniem, że IOK przekazując Wnioskodawcy tę informację, zachowuje zasadę anonimowości osób dokonujących oceny. Wszystkie ww. dokumenty podlegają archiwizacji zgodnie z procedurami wewnętrznymi IOK.

2.5.25. Jeżeli oceniający uzna, że projekt spełnia kryteria merytoryczne o charakterze horyzontalnym, dokonuje oceny spełniania przez projekt wszystkich ogólnych kryteriów merytorycznych punktowych.

2.5.26. Oceny spełniania kryteriów przez dany projekt dokonuje się na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu. Nie wyklucza to wykorzystania w ocenie spełnienia kryteriów wyjaśnień udzielonych przez Wnioskodawcę na wezwanie IOK (z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 50a ustawy wdrożeniowej), przekazanych przez niego lub pozyskanych w inny sposób informacji dotyczących Wnioskodawcy lub projektu. Pozyskanie i wykorzystanie tych wyjaśnień i informacji jest dokumentowane.

2.5.27. Członkowie KOP dokonują oceny merytorycznej punktowej poprzez przyznanie punktów za spełnianie poszczególnych kryteriów merytorycznych. Za spełnianie wszystkich ogólnych kryteriów merytorycznych oceniający może przyznać maksymalnie 100 punktów. Ocena w każdej części wniosku o dofinansowanie projektu przedstawiana jest w postaci liczb całkowitych. W przypadku przyznania za spełnienie danego kryterium merytorycznego mniejszej niż maksymalna liczby punktów oceniający uzasadnia ocenę.

2.5.28. W przypadku, gdy projekt uzyska od każdego z oceniających co najmniej 70 punktów podczas oceny spełniania ogólnych kryteriów merytorycznych punktowych, a także

przynajmniej 70% punktów od każdego z oceniających w każdej z części Karty oceny merytorycznej (tj. spełnienia kryterium co najmniej w minimalnym zakresie) projekt może zostać skierowany do weryfikacji spełniania ogólnego kryterium merytorycznego zero-jedynkowego tj.: etapu negocjacji. W przypadku niespełnienia ogólnych kryteriów merytorycznych punktowych, projekt zostaje odrzucony i nie jest kierowany do kolejnego etapu.

2.5.29. Projekt, który spełnia kryteria merytoryczne I stopnia, dostępu, merytoryczne o charakterze horyzontalnym i ogólne kryteria merytoryczne punktowe w co najmniej minimalnym zakresie tj.: uzyskał od każdego z oceniających co najmniej 70 punktów podczas oceny spełniania ogólnych kryteriów merytorycznych punktowych, a także przynajmniej 70% punktów od każdego z oceniających w każdej z części Karty oceny merytorycznej, może otrzymać dodatkowo premię punktową w wysokości określonej przez IZ WRPO 2014+, nie większą niż 21 punktów.

2.5.30. Niespełnienie kryterium premiującego jest równoznaczne z przyznaniem za to kryterium 0 punktów. Częściowe spełnienie kryterium oznacza jego niespełnienie, chyba że IOK w ramach danego kryterium premiującego wskaże system punktacji uzależniony od stopnia spełniania kryterium premiującego. Możliwe jest spełnienie przez projekt tylko niektórych kryteriów premiujących. Jeżeli oceniający uzna, że projekt nie spełnia któregokolwiek z kryteriów premiujących lub częściowo spełnia kryteria (wyłącznie w sytuacji gdy w ramach danego kryterium premiującego wskazano system punktacji uzależniony od stopnia spełniania), odpowiednio odnotowuje ten fakt w Karcie oceny merytorycznej i uzasadnia decyzję o uznaniu danego kryterium premiującego za niespełnione lub częściowo spełnione.

2.5.31. Niezwłocznie po przekazaniu wszystkich kart oceny do Przewodniczącego KOP (za Przewodniczącego rozumie się również Zastępcę Przewodniczącego) przygotowywana jest przez sekretarza KOP lista projektów, które skierowane zostały do kolejnego etapu tj. etapu negocjacji. Listę projektów skierowanych do negocjacji IOK zamieszcza na swojej stronie internetowej. Po opublikowaniu ww. listy IOK wysyła informację o możliwości podjęcia negocjacji wyłącznie do Wnioskodawców, których projekty skierowane zostały do negocjacji oraz umożliwią IOK maksymalne wyczerpanie kwoty przeznaczonej na dofinansowanie projektów w konkursie. Jeśli projekt uzyskał liczbę punktów, która plasuje go na pozycji

umożliwiającej jego dofinansowanie, a jednocześnie nie zawiera kwestii, które muszą podlegać negocjacjom, projekt nie jest umieszczany na tej liście. Znajdzie się on dopiero na liście, o której mowa w pkt. 2.5.45. Pismo dotyczące projektów, które nie znalazły się na liście projektów skierowanych do negocjacji, zostaje wysłane do Wnioskodawców po zakończeniu oceny zgodnie z zapisami pkt. 2.5.52.

2.5.32. Negocjacje są prowadzone do wyczerpania kwoty przeznaczonej na dofinansowanie projektów w konkursie – poczynając od projektów, które otrzymały największą liczbę punktów.

2.5.33. **UWAGA! Negocjacje projektu nie są równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.**

2.5.34. Informacja, o której mowa w pkt. 2.5.31 zostanie przekazana: pocztą tradycyjną na adres wskazany w pkt 2.1 wniosku o dofinansowanie lub za pomocą kanału elektronicznego z wykorzystaniem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP. IOK informuje, że podanie w pkt 2.1 wniosku adresu skrzynki podawczej ePUAP jest jednoznaczne z rezygnacją z otrzymania ww. pisma za pomocą poczty tradycyjnej. Kopie wypełnionych kart oceny zostaną dołączone do przesłanej widomości, z zastrzeżeniem, że IOK przekazując Wnioskodawcy tę informację, zachowuje zasadę anonimowości osób dokonujących oceny.

2.5.35. Wnioskodawca jest zobowiązany do podjęcia negocjacji najpóźniej w terminie 5 dni roboczych od dnia następującego po dniu przekazania informacji, o której mowa w pkt. 2.5.31. O zachowaniu tego terminu decyduje data wpływu do siedziby IOK, o której mowa w pkt 2.4.5, lub data otrzymania drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w informacji, o której mowa w pkt 2.5.31, informacji o podjęciu negocjacji. Negocjacje muszą zostać zakończone w ciągu 15 dni roboczych od dnia ich rozpoczęcia. Za termin rozpoczęcia negocjacji należy uznać datę wpływu do IOK pisma Wnioskodawcy informującego o podjęciu negocjacji, o którym mowa powyżej (lub wiadomości elektronicznej) natomiast za zakończenie negocjacji rozumie się przesłanie ostatecznej (z naniesionymi uwagami wynikającymi z przeprowadzonych negocjacji) elektronicznej wersji wniosku o dofinansowanie w systemie LSI 2014+. W szczególnych, uzasadnionych przypadkach, kiedy brak jest możliwości podjęcia negocjacji w terminie 5 dni roboczych od otrzymania pisma informującego o takiej możliwości lub zakończenia negocjacji w ciągu 15 dni roboczych, na pisemny wniosek Wnioskodawcy złożony w wyżej wymienionych terminach, IOK ma możliwość wyznaczyć inny termin.

Uwaga! W przypadku nieprzekazania przez Wnioskodawcę wymaganych przez KOP informacji i wyjaśnień w ww. terminie, negocjacje zakończą się wynikiem negatywnym z uwagi na niespełnienie Ogólnego Kryterium Merytorycznego zero-jedynkowego dotyczącego etapu negocjacji.

2.5.36. Negocjacje projektów są przeprowadzane przez pracowników IOK powołanych do składu KOP. Mogą to być pracownicy IOK powołani do składu KOP inni niż pracownicy IOK powołani do składu KOP, którzy dokonywali oceny danego projektu.

2.5.37. Projekt może być skierowany do negocjacji przez jednego lub dwóch oceniających. Zakres negocjacji wskazany przez oceniających nie musi się pokrywać. W przypadku skierowania projektu do negocjacji przez tylko jednego oceniającego, negocjacjom podlegają kwestie wskazane w karcie jednej osoby oceniającej lub dodatkowe kwestie podniesione przez Przewodniczącego KOP w trakcie procesu negocjacji. Negocjacje obejmują wszystkie kwestie wskazane przez oceniających w wypełnionych przez nich Kartach oceny merytorycznej oraz dodatkowe kwestie podniesione przez Przewodniczącego KOP. Osoba oceniająca wskazuje zakres negocjacji wraz z uzasadnieniem, podając jakie korekty należy wprowadzić w projekcie lub jakie informacje i wyjaśnienia dotyczące określonych zapisów we wniosku Komisja Oceny Projektów powinna uzyskać od Wnioskodawcy w trakcie etapu negocjacji, aby mogły zakończyć się wynikiem pozytywnym. Oceniający mogą samodzielnie albo wspólnie określić warunki odnoszące się do kryteriów, które musi spełnić projekt, aby móc otrzymać dofinansowanie.

2.5.38. Negocjacje projektów są przeprowadzane w formie pisemnej (w tym z wykorzystaniem elektronicznych kanałów komunikacji) lub ustnej (spotkanie obu stron negocjacji). Formę prowadzenia negocjacji wybiera IOK.

2.5.39. Z przeprowadzonych negocjacji ustnych sporządza się podpisywany przez obie strony protokół ustaleń (w przypadku negocjacji pisemnych o sporządzeniu protokołu decyduje IOK). Protokół zawiera opis przebiegu negocjacji, umożliwiający jego późniejsze odtworzenie. Przebieg negocjacji opisywany jest również w protokole z prac KOP. Ustalenia wykazane w protokole nie podlegają dalszym negocjacjom.

2.5.40. Jeżeli w trakcie negocjacji:

a) do wniosku nie zostaną wprowadzone korekty wskazane przez oceniających w kartach oceny projektu lub przez Przewodniczącego KOP lub inne zmiany wynikające z ustaleń dokonanych podczas negocjacji lub

b) KOP nie uzyska od Wnioskodawcy informacji i wyjaśnień dotyczących określonych zapisów we wniosku, wskazanych przez oceniających w kartach oceny projektu lub Przewodniczącego KOP lub

c) do wniosku zostały wprowadzone inne zmiany niż wynikające z kart oceny projektu lub uwag Przewodniczącego KOP lub ustaleń wynikających z procesu negocjacji lub

d) negocjacje nie zostały zakończone w terminie z winy wnioskodawcy

negocjacje kończą się z wynikiem negatywnym, co oznacza niespełnienie ogólnego kryterium merytorycznego zero-jedynkowego dotyczącego etapu negocjacji. Spełnienie lub też niespełnienie ww. kryterium odnotowane zostaje na odrębnej karcie oceny ogólnych kryteriów merytorycznych zero-jedynkowych dotyczących etapu negocjacji stanowiących załącznik nr 8.13 do Regulaminu konkursu. Karta oceny ogólnych kryteriów merytorycznych zero-jedynkowych dotyczących etapu negocjacji nie jest wysyłana do Wnioskodawcy. W przypadku negatywnego zakończenia negocjacji, Wnioskodawca otrzymuje pismo dotyczące odrzucenia projektu wraz z uzasadnieniem negatywnego zakończenia negocjacji. Końcową ocenę projektu stanowi średnia arytmetyczna punktów przyznanych przez dwóch oceniających w wyniku oceny merytorycznej punktowej wniosku oraz punktów za spełnianie kryteriów premiujących (jeżeli dotyczy). Powyższe stosuje się tylko w przypadku gdy obie oceny projektu nie posiadają znacznych rozbieżności. Za znaczną rozbieżność w ocenie należy rozumieć sytuację dokonania przez jednego z dwóch oceniających oceny pozytywnej, a przez drugiego oceny negatywnej.

2.5.41. Informacja, o której mowa w pkt. 2.5.40 zostanie przekazana: pocztą tradycyjną na adres wskazany w pkt 2.1 wniosku o dofinansowanie lub za pomocą kanału elektronicznego z wykorzystaniem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP. IOK informuje, że podanie w pkt 2.1 wniosku adresu skrzynki podawczej ePUAP jest jednoznaczne z rezygnacją z otrzymania ww. pisma za pomocą poczty tradycyjnej.

2.5.42. W przypadku różnicy w ocenie spełniania przez projekt kryteriów zero-jedynkowych lub kryteriów premiujących między dwoma oceniającymi Przewodniczący KOP rozstrzyga,

która z ocen spełniania przez projekt kryteriów jest prawidłowa lub wskazuje inny sposób rozstrzygnięcia różnicy w ocenie.

2.5.43. W przypadku wadliwej oceny dokonanej przez oceniającego, Przewodniczący KOP ma możliwość anulowania całej wadliwej oceny i wylosowanie innego oceniającego w obecności co najmniej trzech członków KOP i ewentualnie obserwatorów. Za wadliwą ocenę uznaje się m.in. nieprawidłowe zweryfikowanie spełniania kryteriów.

2.5.44. Przez wadliwą ocenę nie rozumie się sytuacji dokonania przez jednego z dwóch oceniających oceny pozytywnej punktowej, a przez drugiego oceny negatywnej punktowej. Przedmiotowa sytuacja uznawana jest jako znaczna rozbieżność i w takim przypadku przeprowadzana jest dodatkowa ocena przez trzeciego oceniającego, wybranego w losowaniu przeprowadzonym przez Przewodniczącego KOP, w obecności co najmniej trzech członków KOP i ewentualnie obserwatorów. W przypadku dokonywania oceny projektu przez trzeciego oceniającego, ostateczną i wiążącą ocenę projektu stanowi suma: średniej arytmetycznej punktów ogółem za spełnianie kryteriów merytorycznych punktowych z oceny trzeciego oceniającego oraz z tej oceny jednego z dwóch oceniających, która jest tożsama z oceną trzeciego oceniającego (w znaczeniu ocena pozytywna/negatywna) oraz ewentualnie, o ile projekt został oceniony pozytywnie, premii punktowej przyznanej projektowi za spełnianie kryteriów premiujących, o ile wniosek spełnia kryteria premiujące.

2.5.45. Po zakończeniu etapu negocjacji KOP przygotowuje listę wszystkich projektów, które podlegały ocenie w ramach konkursu, uszeregowanych w kolejności malejącej liczby uzyskanych punktów (co do zasady lista będzie zgodna z listą, o której mowa w pkt. 2.5.31 jednakże na ww. liście nie zostaną uwzględnione projekty, które uzyskały negatywną ocenę na etapie negocjacji, natomiast uwzględnione zostaną projekty, które nie podlegały negocjacjom, o których mowa w pkt 2.5.31).

2.5.46. O kolejności projektów na liście, o której mowa w pkt. 2.5.45 decyduje liczba punktów przyznana danemu projektowi.

2.5.47. W przypadku dwóch lub więcej projektów o równej ogólnej liczbie punktów, wyższe miejsce na liście rankingowej otrzymuje ten z nich, który zakłada niższy koszt jednostkowy wsparcia, liczony jako stosunek kosztów ogółem projektu do wartości wskaźnika: „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie".

2.5.48. W sytuacji, gdy wnioski uzyskały taką samą ogólną liczbę punktów oraz zakładają taki sam koszt jednostkowy wsparcia, o którym mowa w pkt 2.5.47, miejsce na liście rankingowej zależy od wyników komisyjnego losowania, w którym uczestniczą: Sekretarz KOP, Przewodniczący KOP, min. trzech członków KOP oraz, o ile wyrażą chęć, przedstawiciele Projektodawców, których wniosków dotyczy losowanie.

2.5.49. Zgodnie z art. 39 ust. 2 ustawy wdrożeniowej projekt może zostać wybrany do dofinansowania jeżeli spełnia wszystkie kryteria zero-jedynkowe i uzyska wymaganą liczbę punktów tj. od każdego z oceniających, którego ocena brana jest pod uwagę uzyskał co najmniej 70% punktów w poszczególnych punktach oceny merytorycznej oraz liczba uzyskanych punktów pozwala na jego dofinansowanie w ramach alokacji dostępnej na konkurs.

2.5.50. IOK rozstrzyga konkurs, zatwierdzając listę, o której mowa w pkt. 2.5.45.

2.5.51. Zatwierdzenie listy, o której mowa w pkt. 2.5.45 przez IOK kończy ocenę. Po zakończeniu oceny wszystkich projektów sporządzany jest protokół zawierający informacje o przebiegu i wynikach oceny.

2.5.52. Po zakończeniu oceny projektów, o której mowa w pkt. 2.5.51, IOK z zastrzeżeniem pkt. 2.5.24 przekazuje niezwłocznie Wnioskodawcy pisemną informację o zakończeniu oceny jego projektu oraz:

a) pozytywnej ocenie projektu i wybraniu go do dofinansowania

albo

b) negatywnej ocenie projektu i niewybraniu go do dofinansowania wraz ze zgodnym z art. 45 ust. 5 ustawy wdrożeniowej pouczeniem o możliwości wniesienia protestu, na zasadach i w trybie, o którym mowa w art. 53, art. 54 oraz art. 56 ustawy wdrożeniowej.

2.5.53. IOK przekazuje pisemną informację, o której mowa w pkt. 2.5.52 lit. a i b: pocztą tradycyjną na adres wskazany w pkt 2.1 wniosku o dofinansowanie lub za pomocą kanału elektronicznego z wykorzystaniem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP. IOK informuje, że podanie w pkt 2.1 wniosku adresu skrzynki podawczej ePUAP jest jednoznaczne z rezygnacją z otrzymania ww. pisma za pomocą poczty tradycyjnej. Kopie wypełnionych kart oceny metrycznej, o ile wcześniej nie zostały przesłane wnioskodawcy, zostaną dołączone do

przesłanej widomości, z zastrzeżeniem, że IOK przekazując wnioskodawcy tę informację, zachowuje zasadę anonimowości osób dokonujących oceny.

2.5.54. Zgodnie z art. 46 ust. 3 ustawy wdrożeniowej po rozstrzygnięciu konkursu IOK zamieszcza na swojej stronie internetowej oraz na portalu listę projektów, które uzyskały wymaganą liczbę punktów, z wyróżnieniem projektów wybranych do dofinansowania oraz informację o składzie KOP.

2.5.55. Projekty podlegające ocenie w ramach KOP i kwalifikujące się do zarejestrowania w SL 2014 są rejestrowane w SL 2014, a pozostałe wnioski podlegają archiwizacji zgodnie z procedurami wewnętrznymi IOK.

UWAGA! W przypadku wezwań/informacji przekazanych na piśmie albo za pomocą kanału elektronicznego z wykorzystaniem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP, o których mowa w niniejszym podrozdziale do ich doręczenia stosuje się przepisy działu I rozdziału 8 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

2.6. Procedura wycofania wniosku

2.6.1. Każdemu Wnioskodawcy przysługuje prawo pisemnego wystąpienia do IOK o wycofanie złożonego przez siebie wniosku o dofinansowanie projektu w ramach WRPO 2014+ z dalszych etapów procedury udzielania dofinansowania. Wycofanie wniosku jest skuteczne na każdym etapie oceny. Wycofanie wniosku przez Wnioskodawcę następuje poprzez złożenie podania podpisanego przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania Wnioskodawcy.

3. Wymagania konkursowe

3.1. Podmioty uprawnione do ubiegania się o dofinansowanie projektu

3.1.1. O dofinansowanie projektu ubiegać mogą się podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, instytucje rynku pracy, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, państwowe jednostki budżetowe, podmioty lecznicze

utworzone przez jst (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia, jednostki organizacyjne jst w zakresie poprawy dostępu do usług wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej, osób starszych i z niepełnosprawnościami.

3.1.2. O dofinansowanie nie mogą ubiegać się podmioty podlegające wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie na podstawie, art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 2077); art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r., poz. 769) oraz art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2016 r., poz. 1541, z późn. zm.).

3.1.3. W przypadku podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania Wnioskodawcy, IOK zwraca się do Ministerstwa Finansów z pisemnym wnioskiem o przekazanie informacji, czy dany Wnioskodawca oraz Partner (jeśli dotyczy) – zgodnie z oświadczeniem złożonym we wniosku o dofinansowanie – nie podlega wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ustawy o finansach publicznych. Weryfikacja dokonywana jest przez Ministerstwo Finansów na podstawie rejestru podmiotów wykluczonych, o którym mowa w art. 210 ustawy o finansach publicznych oraz w rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie rejestru podmiotów wykluczonych z możliwości otrzymania środków przeznaczonych na realizację programów finansowanych z udziałem środków europejskich.

3.1.4. Dopuszcza się możliwość występowania o dofinansowanie projektu i jego realizację przez jednostkę organizacyjną samorządu terytorialnego nieposiadającą osobowości prawnej, która zawsze działa w imieniu i na rzecz jednostki samorządu terytorialnego (JST) na podstawie stosownego pełnomocnictwa. Jednostki organizacyjne JST nieposiadające osobowości prawnej, podając nazwę Projektodawcy we wniosku o dofinansowanie projektu, powinny wpisać nazwę jednostki samorządu terytorialnego (np.: gmina, powiat) przez nazwę jednostki budżetowej, faktycznie realizującej projekt. W pozostałych częściach wniosku należy posługiwać się danymi jednostki budżetowej.

3.2. Wymagania dotyczące grupy docelowej

3.2.1. Projekty realizowane w ramach Osi Priorytetowej 7 *Włączenie społeczne*, Działania 7.2 *Usługi społeczne i zdrowotne,* Poddziałania 7.2.2 *Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe* muszą być skierowane bezpośrednio do:

- osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym[5] zgodnie z definicją zawartą w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020,* w tym dzieci, rodziny z dziećmi, młodzież, osoby starsze i z niepełnosprawnościami oraz osoby w ich otoczeniu[6],
- osoby nieaktywne zawodowo kwalifikujące się do profilaktyki, leczenia lub rehabilitacji zdrowotnej ze względu na wiek lub stan zdrowia, w tym dzieci zagrożone niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.

Ponadto grupa docelowa musi być zgodna z zapisami regionalnego programu zdrowotnego pn.: *Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego* stanowiącego załącznik nr 8.1 do Regulaminu konkursu. Wsparcie skierowane jest do osób z obszaru województwa wielkopolskiego (w przypadku osób fizycznych uczą się, pracują lub zamieszkują one na obszarze województwa wielkopolskiego).

3.3. Wymagania czasowe

3.3.1. Wnioskujący o dofinansowanie określa datę rozpoczęcia i zakończenia realizacji projektu, mając na uwadze, iż okres realizacji projektu jest tożsamy z okresem, w którym poniesione wydatki mogą zostać uznane za kwalifikowalne.

3.3.2. Początek realizacji projektu stanowi data nie wcześniejsza niż 28 marca 2018 r. tj. dzień ogłoszenia konkursu z zastrzeżeniem, że koszty związane z realizacją projektu poniesione przed zawarciem umowy o dofinansowanie projektu Wnioskodawca ponosi na własne ryzyko. Ponadto nie mogą zostać wybrane do dofinansowania projekty, jeśli zostały fizycznie ukończone lub w pełni zrealizowane przed przedłożeniem wniosku o dofinansowanie.

[5] Wsparcie dla osób odbywających karę pozbawienia wolności udziela się wyłącznie w ramach PO WER, z wyjątkiem osób objętych dozorem elektronicznym

[6] Wsparcie kierowane jest do otoczenia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, o ile jest ono niezbędne dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

3.3.3. Wnioskodawca zobowiązany jest zaplanować rozpoczęcie realizacji projektu nie później niż na I kwartał 2019 roku[7]. Okres realizacji projektu nie powinien co do zasady przekraczać 36 miesięcy.

3.3.4. Projekty mogą być realizowane nie dłużej niż do 30 czerwca 2023 roku.

3.3.5. Nie będą przyjęte do dofinansowania projekty nadmiernie rozciągnięte w czasie, czy nieefektywne kosztowo.

3.4. Wymagania finansowe

3.4.1. Minimalna wartość projektu wynosi 50 000,00 PLN.

3.4.2. Podmiot realizujący projekt ponosi wydatki związane z jego realizacją zgodnie przede wszystkim z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków* oraz *Wytycznymi w obszarze zdrowia.*

3.4.3. **Każdy z planowanych wydatków we wniosku o dofinansowanie powinien zostać przyporządkowany do adekwatnej kategorii wydatków**, których definicje zawarto w załączniku nr 8.14 do Regulaminu konkursu.

3.4.4. Zobowiązuje się Wnioskodawców do wydatkowania środków zgodnie z § 21 umowy o dofinansowanie projektu, także przed jej podpisaniem tzn. w przypadku Wnioskodawców, którzy na własne ryzyko rozpoczynają realizację projektu.

3.5. Reguła proporcjonalności

3.5.1. Zgodnie z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków* w przypadku niespełnienia kryterium zatwierdzonego przez Komitet Monitorujący WRPO 2014+ bądź w przypadku nieosiągnięcia celu projektu wyrażonego wskaźnikami produktu lub rezultatu bezpośredniego IZ WRPO 2014+ może uznać wszystkie lub odpowiednią część wydatków dotychczas rozliczonych w ramach projektu za niekwalifikowane, zgodnie z § 28 umowy o dofinansowanie projektu. Wydatki niekwalifikowalne obejmują wydatki związane z tym zadaniem merytorycznym (zadaniami merytorycznymi), którego założenia nie zostały osiągnięte, a także koszty pośrednie. Wysokość wydatków niekwalifikowanych uzależniona jest od stopnia niezrealizowania celu projektu.

[7] Jeżeli procedura oceny się przedłuży bądź w trakcie realizacji projektu wystąpią nadzwyczajne okoliczności, za zgodą IZ okres ten może ulec zmianie.

3.6. Wymagania dotyczące partnerstwa

3.6.1. Wybór partnerów w projekcie następuje zgodnie z art. 33 **ustawy wdrożeniowej** oraz ograniczony jest wyłącznie do podmiotów uprawnionych do ubiegania się o dofinansowanie, określonych w pkt. 3.1.1 niniejszego Regulaminu. Wyboru partnera należy dokonać przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu, potwierdzając powyższe złożonym oświadczeniem we wniosku o dofinansowanie.

3.6.2. Wydatki poniesione w ramach projektu przez partnera, który nie został wybrany zgodnie z ustawą wdrożeniową, mogą zostać uznane przez IZ WRPO 2014+ za niekwalifikowalne, przy czym wysokość wydatków niekwalifikowalnych uwzględnia stopień naruszenia przepisów ustawy.

3.6.3. Partner wiodący (Wnioskodawca) jest zobowiązany do dostarczenia do IOK na etapie podpisywania umowy o dofinansowanie projektu potwierdzonej za zgodność z oryginałem kopii umowy o partnerstwie lub porozumienia partnerskiego.

3.6.4. Porozumienie oraz umowa o partnerstwie określają w szczególności:

a) przedmiot porozumienia albo umowy, w tym tytuł projektu, nazwę programu, Działania, Poddziałania oraz funduszu w ramach którego otrzymał dofinansowanie;

b) strony umowy (porozumienia) oraz ich prawa i obowiązki;

c) zakres i formę udziału poszczególnych partnerów w projekcie;

d) partnera wiodącego uprawnionego do reprezentowania pozostałych partnerów projektu (upoważnienie dla partnera wiodącego do reprezentowania partnerów stanowi załącznik do umowy o partnerstwie);

e) budżet projektu ze wskazaniem źródeł finansowania wydatków oraz uwzględnieniem kosztów pośrednich w podziale na partnera wiodącego i partnerów, numery rachunków bankowych partnerów wyodrębnionych na potrzeby realizacji projektu, harmonogram płatności oraz sposób przekazywania dofinansowania na pokrycie kosztów ponoszonych przez poszczególnych partnerów projektu oraz wzór zestawienia dokumentów potwierdzających wydatki;

f) zobowiązanie partnerów do stosowania obowiązujących przepisów prawa unijnego, krajowego oraz Wytycznych ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego

w zakresie obowiązującym partnera wiodącego i w zakresie wskazanym w Regulaminie konkursu i umowie o dofinansowanie projektu;

g) sposób egzekwowania przez partnera wiodącego od partnerów projektu skutków wynikających z zastosowania reguły proporcjonalności z powodu nieosiągnięcia założeń projektu z winy partnera;

h) sposób postępowania w przypadku naruszenia lub niewywiązania się stron z porozumienia lub umowy.

3.6.5. Stroną porozumienia oraz umowy o partnerstwie nie może być podmiot wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania.

3.6.6. IZ WRPO 2014+ nie wyraża zgody na rezygnację lub zmianę partnera na etapie oceny projektu ani przed zawarciem umowy/do momentu podpisania umowy o dofinansowanie projektu. Natomiast w sytuacji rezygnacji partnera z udziału w projekcie lub wypowiedzenia partnerstwa w trakcie realizacji projektu, Wnioskodawca (partner wiodący) przedstawia IOK propozycję nowego partnera. IOK porównuje rzeczywisty wkład (merytoryczny i finansowy) przypisany pierwotnemu partnerowi, który wycofał się z udziału w projekcie lub wypowiedziano mu partnerstwo oraz nowemu partnerowi/nowym partnerom, a także znaczenie kwestii partnerstwa, które podlegały ocenie KOP. IOK weryfikuje przede wszystkim, czy nowy partner/-rzy zapewnia/ają realizację projektu zgodnie z jego pierwotnymi założeniami (bez zmiany kosztów wdrażania oraz przy zachowaniu zaplanowanego poziomu osiągnięcia rezultatów/wskaźników pomiaru celów). Po analizie propozycji Wnioskodawcy IOK może podjąć decyzję o:

- rozwiązaniu umowy z Wnioskodawcą w przypadku stwierdzenia, że założenia projektu, który podlegał ocenie, ulegną znaczącej zmianie w związku z proponowanym zastąpieniem pierwotnie wskazanego partnera innym podmiotem/innymi podmiotami;
- wyrażeniu zgody na rezygnację z dotychczasowego partnera przy jednoczesnym wyborze nowego partnera/nowych partnerów do realizacji projektu

albo

- wyrażeniu zgody na rezygnację z realizacji projektu w partnerstwie w przypadku stwierdzenia, że założenia projektu, który podlegał ocenie nie ulegną znaczącej zmianie.

3.6.7. IZ WRPO 2014+ nie wyraża zgody na rozwiązanie partnerstwa w ramach projektu gdy w przypadku konkursu, w ramach którego złożono wniosek o dofinansowanie projektu, premiuje się projekty realizowane w partnerstwie poprzez kryteria premiujące lub partnerstwo wynika z kryterium dostępu.

3.6.8. Zmiany dotyczące obecności partnerów w zatwierdzonym wniosku o dofinansowanie projektu (rezygnacja partnera/partnerów lub wypowiedzenie partnerstwa lub rezygnacja z realizacji projektu w partnerstwie) traktowane są jako zmiany w projekcie i wymagają zgłoszenia oraz uzyskania pisemnej zgody IOK na zasadach określonych w umowie o dofinansowanie. Zatwierdzenie zmian w projekcie w zakresie rezygnacji dotychczasowych partnerów, wypowiedzenia partnerstwa lub rezygnacji z realizacji projektu w partnerstwie wymaga aneksowania umowy o dofinansowanie projektu oraz, w przypadku zmiany partnera, dodatkowo podpisania nowej umowy o partnerstwie/porozumienia.

3.6.9. W przypadku projektów partnerskich realizowanych na podstawie umowy o partnerstwie, podmiot o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, inicjujący projekt partnerski, dokonuje wyboru partnerów spośród podmiotów innych niż wymienione w art. 3 ust. 1 pkt 1-3a tej ustawy, z zachowaniem zasady przejrzystości i równego traktowania podmiotów. Podmiot ten zobowiązany jest w szczególności do:

a) ogłoszenia otwartego naboru partnerów na swojej stronie internetowej wraz ze wskazaniem co najmniej 21- dniowego terminu na zgłaszanie się partnerów;

b) uwzględnienia przy wyborze partnerów: zgodności działania potencjalnego partnera z celami partnerstwa, deklarowanego wkładu potencjalnego partnera w realizację celu partnerstwa, doświadczenia w realizacji projektów o podobnym charakterze;

c) podania do publicznej wiadomości na swojej stronie internetowej informacji o podmiotach wybranych do pełnienia funkcji partnera.

UWAGA! Realizacja projektów w partnerstwie z innymi podmiotami stanowi odmienny sposób realizacji zadania niż zlecenie zadania publicznego innym podmiotom spoza sektora finansów publicznych, jak również zakup towarów lub usług.

3.6.10. W przypadku projektów partnerskich realizowanych na podstawie umowy o partnerstwie, podmiot o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo

zamówień publicznych, niebędący podmiotem inicjującym projekt partnerski, po przystąpieniu do realizacji projektu partnerskiego podaje do publicznej wiadomości w Biuletynie Informacji Publicznej informację o rozpoczęciu realizacji projektu partnerskiego wraz z uzasadnieniem przyczyn przystąpienia do jego realizacji oraz wskazaniem partnera wiodącego w tym projekcie.

3.6.11. Projekt może również przewidywać realizację części projektu przez podmiot wyłoniony na zasadach konkurencyjności lub w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych, zwany wówczas wykonawcą. Zasadą rozliczeń pomiędzy Beneficjentem a zleceniobiorcą (wykonawcą) jest wtedy faktura (rachunek) za realizację usługi/zamówienia. Jednocześnie w przypadku gdy Wnioskodawca zakłada zlecanie zadań merytorycznych w ramach projektu (wyodrębnionych w budżecie zadań lub istotnej ich części), powinien zawrzeć odpowiednie zapisy we wniosku o dofinansowanie projektu. W przeciwnym razie wydatki poniesione na realizację zadań zleconych wykonawcom mogą zostać uznane za niekwalifikowalne na etapie rozliczania projektu.

3.7. Wymagania związane z realizacją projektu

3.7.1. Wnioskodawca w przypadku wyłonienia jego projektu do dofinansowania podpisuje umowę o dofinansowanie projektu, której wzór stanowi załącznik nr 8.4 do Regulaminu konkursu. Po rozstrzygnięciu konkursu i wybraniu projektów do dofinansowania wzór umowy może zostać uzupełniony lub zmodyfikowany przez IOK o postanowienia niezbędne do prawidłowej realizacji projektu wybranego do dofinansowania. Postanowienia stanowiące uzupełnienie wzoru umowy nie mogą być sprzeczne z postanowieniami zawartymi w tym wzorze. Wprowadzenie powyższych uzupełnień/modyfikacji nie wymaga zmiany Regulaminu konkursu.

3.7.2. Po podpisaniu umowy o dofinansowanie projektu Beneficjent zobowiązany jest realizować projekt zgodnie z zasadami określonymi w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych WRPO 2014+, Regulaminie konkursu, umowie o dofinansowanie oraz z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków i Wytycznymi w obszarze zdrowia.*

3.8. Wymagane załączniki na etapie podpisywania umowy

3.8.1. Na etapie podpisywania umowy o dofinansowanie projektu IOK będzie wymagać od podmiotu ubiegającego się o dofinansowanie złożenia, w terminie 10 dni roboczych od dnia

otrzymania przez Wnioskodawcę informacji o możliwości podpisania umowy o dofinansowanie projektu, następujących załączników (oryginałów lub kopii poświadczonych przez Wnioskodawcę za zgodność z oryginałem – zgodnie z zasadami wymienionymi w pkt. 2.4.10):

1) drugiego egzemplarza wniosku o dofinansowanie projektu, tożsamego z wersją wniosku, która została zatwierdzona do realizacji;
2) dokumentu potwierdzającego umocowanie do działania na rzecz i w imieniu Wnioskodawcy – 2 egzemplarze;
3) kopii umowy na prowadzenie przez bank wyodrębnionego rachunku bankowego dla projektu **(umowa powinna zawierać zapis informujący, iż jest to rachunek bankowy wyodrębniony dla realizacji projektu finansowanego ze środków unijnych) –** 2 egzemplarze;
4) W przypadku realizacji projektu w partnerstwie:
   a) umowy o partnerstwie – 2 egzemplarze;
   b) dokumentów potwierdzających, iż wybór partnera projektu został przeprowadzony zgodnie z art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. 2017, poz. 1460, z późn. zm.) lub wskazanie dokładnego miejsca publikacji ww. dokumentów;
5) w przypadku realizacji projektu przez osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą - oświadczenia współmałżonka o wyrażeniu zgody na realizację projektu – 1 egzemplarz, którego wzór stanowi załącznik nr 8.15 do Regulaminu konkursu;
6) oświadczenia o kwalifikowalności podatku od towarów i usług (załącznik powinien zostać złożony przez partnera wiodącego i partnera) – 2 egzemplarze;
7) wniosku o nadanie/zmianę/wycofanie dostępu do dla osoby uprawnionej w ramach SL2014 (załącznik powinien zostać złożony przez partnera wiodącego i partnera w przypadku rozliczania projektu w formule partnerskiej w SL2014) – 1 egzemplarz;
8) podziału kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy) – 2 egzemplarze;
9) w przypadku realizacji projektu przez jednostkę organizacyjną Wnioskodawcy:

a) nazwy, adresu, numeru REGON lub NIP realizatora;

b) kopii umowy realizatora na prowadzenie przez bank wyodrębnionego rachunku bankowego dla projektu (**umowa powinna zawierać zapis informujący, iż jest to rachunek bankowy wyodrębniony dla realizacji projektu finansowanego ze środków unijnych**) – 2 egzemplarze;

Wnioskodawca powinien wskazać również adres do doręczeń dokumentów.

Jeśli dokumenty, o których mowa w pkt 2 i 4b są ogólnodostępne i możliwe do pozyskania np. z rejestrów publicznych lub są zamieszczone na stronie internetowej – wystarczającym będzie wskazanie dokładnego miejsca ich publikacji.

Wzory dokumentów, o których mowa w pkt 6-8 zostaną przesłane na wskazany przez Wnioskodawcę w pkt. 2.1 wniosku o dofinansowanie adres e-mail.

W okresie od dnia złożenia dokumentacji projektowej do dnia podpisania umowy o dofinansowanie projektu nie jest możliwa zmiana statusu[8] zarówno Wnioskodawcy, jak i partnera. Po podpisaniu umowy o dofinansowanie do dnia zakończenia realizacji projektu o zamiarze zmiany statusu Beneficjent w imieniu swoim i partnera zobowiązany jest poinformować IZ WRPO 2014+ w formie pisemnej. Zmiana statusu Beneficjenta i partnera wymaga uprzedniej akceptacji IZ ze względu na zachowanie realizacji celów projektu.

Niepoinformowanie IZ o zmianie statusu może skutkować rozwiązaniem umowy o dofinansowanie projektu i koniecznością zwrotu otrzymanych środków.

3.8.2. Zaznacza się, iż w przypadku Wnioskodawców będących jednostkami sektora finansów publicznych wymaga się udzielenia kontrasygnaty skarbnika/głównego księgowego na etapie podpisywania umowy o dofinansowanie projektu.

3.8.3. Niezłożenie żądanych załączników w komplecie w wyznaczonym terminie oznacza rezygnację z ubiegania się o dofinansowanie i IOK może odstąpić od podpisania umowy z Wnioskodawcą.

[8] Należy przez to rozumieć wszelkie zdarzenia dotyczące Wnioskodawcy/Beneficjenta odnoszące się i wpływające na jego strukturę prawno-organizacyjną, w tym w szczególności na: łączenie, podział, przekształcenie, uzyskanie lub utratę osobowości prawnej, zmianę udziałowców, akcjonariuszy lub wspólników, umorzenie udziałów lub akcji, przeniesienie własności przedsiębiorstwa lub jego składników w całości lub części.

3.9 Zabezpieczenie prawidłowej realizacji umowy

3.9.1. Beneficjent jest zobowiązany do wniesienia zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy, które jest składane przez Wnioskodawcę nie później niż w dniu podpisania umowy, tj. weksel in blanco wraz z wypełnioną deklaracją wystawcy weksla in blanco. Wzór deklaracji wystawcy weksla in blanco stanowi załącznik nr 8.16 do Regulaminu konkursu. Podpisanie, opatrzenie pieczęciami przez osobę uprawnioną odbywa się w obecności pracownika IZ WRPO 2014+. W przypadku wadliwego wypełnienia weksla przez Wnioskodawcę, IZ WRPO 2014+ odmawia przyjęcia weksla. Wnioskodawca jest zobowiązany do ponownego prawidłowego wypełnienia weksla wraz z deklaracją wekslową.

3.9.2. W uzasadnionych przypadkach podpisany weksel wraz z zawartą we wzorze klauzulą wekslową może zostać doręczony w inny sposób, jednakże zgodność podpisów osób reprezentujących Wnioskodawcę musi zostać potwierdzona przez notariusza.

3.9.3. W przypadku gdy wartość dofinansowania projektu przekracza limit określony w rozporządzeniu Ministra Rozwoju i Finansów w sprawie zaliczek w ramach programów finansowanych z udziałem środków europejskich (Dz. U. z 2017 r., poz. 2367) stosuje się odpowiednio przepisy rozporządzenia i zabezpieczenie wnoszone jest w jednej lub kilku z następujących form wybranych spośród wymieniowych w ww. rozporządzeniu przez IZ WRPO 2014+. Preferowane przez IZ WRPO 2014+ to:

- gwarancja bankowa;
- gwarancja ubezpieczeniowa.

W uzasadnionych przypadkach, za zgodą IZ WRPO 2014+, możliwe jest złożenie innego zabezpieczenia spośród wymienionych w ww. rozporządzeniu.

Wzór dokumentu należy wraz ze składanymi załącznikami przesłać do IOK celem akceptacji. IOK ma prawo zażądać zmian w zapisach dokumentu, a w razie ich nieuwzględnienia nie przyjąć proponowanego zabezpieczenia.

Ponadto zabezpieczenie w formie gwarancji bankowej, gwarancji ubezpieczeniowej musi spełniać następujące warunki:

- zobowiązanie Ubezpieczyciela do bezwarunkowej, nieodwołalnej i na pierwsze żądanie IZ WRPO 2014+ wypłaty roszczenia. Na kwotę roszczenia składa się kwota

wpłaconych Beneficjentowi środków wraz z odsetkami naliczonymi zgodnie z postanowieniami umowy zawartej przez IZ WRPO 2014+ z Beneficjentem;

- zobowiązanie, iż wypłata roszczenia następuje na podstawie pisemnego żądania zapłaty, zawierającego oświadczenie, że Beneficjent nie wywiązał się ze zobowiązań wynikających z umowy. Do żądania dołączone będzie wezwanie skierowane przez IZ WRPO 2014+ do Beneficjenta zawierające obowiązek zwrotu wypłaconych środków.

Dodatkowo wraz z zabezpieczeniem Beneficjent zobowiązany jest do dostarczenia ogólnych warunków ubezpieczenia (jeżeli dotyczy), jak również dowodu zapłaty za ustanowienie zabezpieczenia.

Zabezpieczenie prawidłowej realizacji projektu powinno pokrywać okres realizacji projektu oraz jego ostatecznego rozliczenia w poświadczeniu i deklaracji wydatków IZ WRPO 2014+.

W praktyce zabezpieczenia mogą być ustanawiane:

- bezterminowo np.: w formie weksla in blanco wraz z deklaracją wekslową;
- terminowo np.: w formie gwarancji bankowej. Zabezpieczenie ustanowione terminowo powinno obejmować okres 6 miesięcy od daty zakończenia realizacji projektu.

3.9.4. Zabezpieczenie inne niż weksel in blanco dostarczyć należy nie później niż w terminie 15 dni roboczych od daty podpisania umowy o dofinasowanie projektu, chyba że nie jest możliwe złożenie zabezpieczenia przez Beneficjenta z przyczyn obiektywnych we wskazanym terminie. Zmiana terminu złożenia zabezpieczenia może nastąpić jedynie na pisemny wniosek Beneficjenta, za zgodą IOK. Prawidłowe wniesienie zabezpieczenia jest koniecznym warunkiem uruchomienia wypłaty środków.

3.9.5. IZ WRPO 2014+ zwraca uwagę, iż w przypadku zawarcia przez Beneficjenta kilku umów o dofinansowanie projektu w ramach WRPO 2014+, które są realizowane w tym samym czasie (których okres realizacji nakłada się na siebie), dla których łączna wartość dofinansowania (wynikająca z zawartych umów) przekracza limit określony w rozporządzeniu Ministra Rozwoju i Finansów w sprawie zaliczek w ramach programów finansowanych z udziałem środków europejskich – zabezpieczenie umowy o dofinansowanie, której podpisanie powoduje przekroczenie ww. limitu oraz każdej kolejnej umowy ustanowione jest w jednej lub kilku z form wskazanych w pkt. 3.9.3. Jednocześnie w sytuacji, w której

zakończenie realizacji jednego z projektów skutkuje zmniejszeniem wartości łącznej dofinansowania poniżej ww. kwoty, dopuszczalna jest zmiana przyjętej formy zabezpieczenia na weksel in blanco wraz deklaracją wekslową w trakcie realizacji projektu.

3.9.6. Zabezpieczenie prawidłowej realizacji umowy o dofinansowanie projektu ustanawiane jest w wysokości co najmniej równowartości najwyższej transzy zaliczki wynikającej z umowy o dofinansowanie.

3.9.7. Gdy Beneficjentem jest osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą pozostająca w związku małżeńskim i nieposiadająca rozdzielności majątkowej, należy dodatkowo dostarczyć oświadczenie współmałżonka o wyrażeniu zgody na zaciąganie zobowiązań finansowych (zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 8.15 do Regulaminu konkursu).

3.9.8. Wnoszenie zabezpieczeń nie jest wymagane przy projektach realizowanych przez jednostki sektora finansów publicznych.

3.9.9. Po zakończeniu projektu i jego prawidłowym rozliczeniu, tj. zgodnie z § 15 ust. 3 umowy o dofinansowanie projektu, IZ WRPO 2014+ informuje pisemnie Beneficjenta o możliwości odbioru dokumentu stanowiącego zabezpieczenie z zastrzeżeniem, iż po upływie określonego w piśmie terminu dokument ten zostanie komisyjnie zniszczony.

3.9.10. W przypadku wszczęcia postępowania administracyjnego w celu wydania decyzji o zwrocie środków podjętej na podstawie przepisów ustawy o finansach publicznych albo postępowaniu sądowo-administracyjnym wszczętym/podjętym w wyniku zaskarżenia takiej decyzji, albo w przypadku wszczęcia egzekucji administracyjnej, zwrot dokumentu stanowiącego zabezpieczenie umowy może nastąpić po zakończeniu postępowania i po odzyskaniu środków.

3.9.11. W przypadku gdy Wnioskodawca przewiduje trwałość projektu lub rezultatów, zwrot dokumentu stanowiącego zabezpieczenie następuje po upływie okresu trwałości.

4. Warunki i kryteria wyboru projektów i sposób ich weryfikacji

Weryfikacja warunków formalnych oraz ocena merytoryczna i negocjacje projektów będą prowadzone w oparciu o następujące warunki oraz kryteria wyboru projektów i metodologię ich zastosowania.

4.1. Warunki formalne

4.1.1. Obowiązek spełniania niżej wymienionych warunków formalnych dotyczy wszystkich rodzajów projektów realizowanych w ramach WRPO 2014+ i zgodnie z art. 43 ust. 1, 2 ustawy wdrożeniowej polega na stwierdzeniu czy projekt nie zawiera braków w zakresie warunków formalnych lub oczywistych omyłek:

Lp.	**Nazwa**	**Definicja**	**Opis znaczenia**
1.	Wniosek złożono w terminie wskazanym w regulaminie konkursu.	Wniosek wpłynął do Instytucji Organizującej Konkurs w wersji elektronicznej, w terminie określonym w regulaminie konkursu. Wersja papierowa została złożona w terminie 5 dni roboczych od dnia wysłania wersji elektronicznej.	TAK/NIE Niespełnienie warunku formalnego skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.
2.	Wniosek jest kompletny.	Kompletność oznacza, że wniosek został wypełniony za pomocą odpowiedniego formularza za pośrednictwem platformy LSI 2014+. Wniosek w wersji papierowej jest tożsamy z wersją elektroniczną (tj. suma kontrolna umieszczona na każdej ze stron jest tożsama z wersją elektroniczną oraz jest czytelna). Ponadto wniosek zawiera wszystkie strony i załączniki (jeśli regulamin konkursu zakłada konieczność złożenia załączników).	TAK/NIE/DO KOREKTY W przypadkach określonych w regulaminie konkursu istnieje możliwość uzupełnienia wniosku w terminie 7 dni kalendarzowych. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, termin uzupełnienia wniosku może zostać wydłużony maksymalnie do 14 dni kalendarzowych od dnia doręczenia pierwotnego wezwania. W przypadku: - nieuzupełnienia braku w zakresie warunku formalnego; - uzupełnienia wniosku niezgodnie z wezwaniem; - uchybieniem wyznaczonego terminu; wniosek pozostaje bez rozpatrzenia, bez możliwości wniesienia protestu.
3.	Wniosek został opatrzony podpisem osoby uprawnionej /podpisami osób uprawnionych do złożenia wniosku.	Złożony wniosek został opatrzony podpisem osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu aplikującego o dofinansowanie. W przypadku projektów realizowanych w partnerstwie, wniosek musi zostać opatrzony podpisem osoby/osób	TAK/NIE/DO KOREKTY W przypadkach określonych w regulaminie konkursu istnieje możliwość uzupełnienia wniosku w terminie 7 dni. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, termin uzupełnienia wniosku może zostać

Lp.	Nazwa	Definicja	Opis znaczenia
		uprawnionych do reprezentowania partnera/partnerów projektu. Szczegółowe wymogi dotyczące prawidłowego podpisania wniosku o dofinansowanie zostaną określone w Instrukcji wypełniania wniosku o dofinansowanie. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o punkt 2.5, 10.1 oraz 10.2 wniosku o dofinansowanie.	wydłużony maksymalnie do 14 dni kalendarzowych od dnia doręczenia pierwotnego wezwania. W przypadku: - nieuzupełnienia braku w zakresie warunku formalnego; - uzupełnienia wniosku niezgodnie z wezwaniem; - uchybieniem wyznaczonego terminu; wniosek pozostaje bez rozpatrzenia, bez możliwości wniesienia protestu.

4.2. Kryteria merytoryczne I stopnia zero-jedynkowe

4.2.1. Obowiązek spełniania kryteriów merytorycznych dotyczy wszystkich rodzajów projektów realizowanych w ramach WRPO 2014+.

4.2.2. Wymaga się spełnienia następujących kryteriów merytorycznych I stopnia - zero-jedynkowych:

Lp.	Nazwa kryterium	Definicja kryterium	Opis znaczenia kryterium
1.	Wniosek został sporządzony w języku polskim.	Wnioskodawca zobligowany jest do wypełnienia wniosku w języku polskim.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
2.	Okres realizacji projektu jest zgodny z regulaminem konkursu.	Okres realizacji projektu rozumiany jako okres pomiędzy datą rozpoczęcia projektu a datą jego zakończenia, zostanie każdorazowo wskazany w regulaminie konkursu. W regulaminie konkursu będzie określony również moment (tj. kwartał) rozpoczęcia realizacji projektu aby zapobiec sytuacji odkładania realizacji projektów w czasie. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o treść wniosku o dofinansowanie.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
3.	Wnioskodawca oraz partnerzy (jeśli dotyczy) nie podlegają wykluczeniu związanemu z zakazem udzielania dofinansowania podmiotom wykluczonym lub nie orzeczono wobec niego zakazu dostępu do środków funduszy europejskich na	Wnioskodawca oraz partnerzy (jeśli dotyczy) nie podlegają wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie na podstawie odrębnych przepisów, w szczególności: a) art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. 2017 r. poz. 2077); b) art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz. U. 2012 r. poz. 769);	TAK/NIE/NIE DOTYCZY* Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku. *W przypadku zaznaczenia w liście oświadczeń przez Wnioskodawcę, którego dane kryterium dotyczy opcji „NIE DOTYCZY" - możliwość

Lp.	**Nazwa kryterium**	**Definicja kryterium**	**Opis znaczenia kryterium**
	podstawie odrębnych przepisów.	c) art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. 2016 r. poz. 1541 z późn. zm.). Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o punkt VIII wniosku o dofinansowanie.	skierowania wniosku do poprawy lub uzupełnienia.
4.	Wydatki przewidziane w projekcie nie są współfinansowane z innych wspólnotowych instrumentów finansowych.	Wydatki przewidziane do poniesienia w ramach projektu nie są i nie będą współfinansowane z innych wspólnotowych instrumentów finansowych, w tym z innych funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o punkt VIII wniosku o dofinansowanie.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
5.	Zgodność z prawodawstwem unijnym i krajowym.	Projekt jest zgodny z właściwymi przepisami prawa unijnego i krajowego, w tym dotyczącymi zamówień publicznych. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o punkty VI i VIII wniosku o dofinansowanie.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
6.	Wnioskodawca/ partner jest uprawniony do ubiegania się o wsparcie w ramach konkursu.	W ramach niniejszego kryterium weryfikowana będzie zgodność wnioskodawcy/partnera z typem beneficjentów wskazanym w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych WRPO 2014+ oraz w Regulaminie konkursu. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o treść punktu II wniosku o dofinansowanie.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
7.	Prawidłowość wyboru partnera do projektu (jeśli projekt jest realizowany w partnerstwie)	W przypadku projektu partnerskiego weryfikacji podlega: czy wybór partnera został dokonany przed złożeniem wniosku o dofinansowanie zgodnie z art. 33 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie 2014-2020. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o punkt II i VIII wniosku o dofinansowanie.	TAK//NIE/NIE DOTYCZY* Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku. *W przypadku zaznaczenia w liście oświadczeń „NIE DOTYCZY" jeśli projekt jest realizowany w partnerstwie - możliwość skierowania wniosku do poprawy lub uzupełnienia.

Lp.	**Nazwa kryterium**	**Definicja kryterium**	**Opis znaczenia kryterium**
8.	Prawidłowość wyboru partnera przez jednostkę sektora finansów publicznych (jeśli projekt jest realizowany w partnerstwie).	W przypadku projektu partnerskiego weryfikacji podlega: czy wybór partnera przez podmiot, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U 2017, poz. 1579) spośród podmiotów innych niż wymienione w art. 3 ust. 1 pkt 1-3a ww. ustawy został dokonany z zachowaniem zasady przejrzystości i równego traktowania podmiotów. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o punkt II i VIII wniosku o dofinansowanie.	TAK/NIE/NIE DOTYCZY* Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku. * W przypadku zaznaczenia w liście oświadczeń „NIE DOTYCZY" jeśli projekt jest realizowany w partnerstwie - możliwość skierowania wniosku do poprawy lub uzupełnienia.
9.	Obszar realizacji projektu dotyczy województwa wielkopolskiego.	Projekt jest realizowany na terytorium województwa wielkopolskiego. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o treść punktu III wniosku o dofinansowanie, w którym należy wskazać obszar realizacji zasadniczej części projektu.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
10.	Wnioskodawca wnosi wartość wkładu własnego określoną w regulaminie konkursu.	Wnioskodawcy są zobowiązani do wniesienia określonej dla konkursu wartości wkładu własnego. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o treść punktu V wniosku o dofinansowanie.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
11.	Projekt jest skierowany do grup docelowych z obszaru województwa wielkopolskiego	Projekt jest skierowany do grup docelowych z obszaru województwa wielkopolskiego (w przypadku osób fizycznych - uczą się, pracują lub zamieszkują one na obszarze województwa wielkopolskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego, natomiast w przypadku osób bezdomnych, przebywają one na tym obszarze, a w przypadku innych podmiotów posiadają one jednostkę organizacyjną na obszarze województwa wielkopolskiego). Kryterium będzie weryfikowane w szczególności w oparciu o punkt 3.5.3 Opis grupy docelowej.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
12.	Projektodawca w okresie realizacji projektu prowadzi biuro projektu na terenie województwa wielkopolskiego.	Projektodawca w okresie realizacji projektu prowadzi biuro projektu (lub posiada siedzibę, filię, delegaturę, oddział czy inną prawnie dozwoloną formę organizacyjną działalności podmiotu) na terenie województwa wielkopolskiego z możliwością udostępnienia pełnej dokumentacji wdrażanego projektu oraz zapewniając uczestnikom projektu możliwość osobistego kontaktu z kadrą projektu.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
13.	Minimalna wartość projektu wynosi 50 tys. PLN.	Minimalna wartość projektu wynosi 50 tys. PLN.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.

Lp.	**Nazwa kryterium**	**Definicja kryterium**	**Opis znaczenia kryterium**
14.	Wniosek jest rozliczany w oparciu o stawki jednostkowe (dotyczy projektów realizowanych w ramach Działania 8.2).	W przypadkach określonych w *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w zakresie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* oraz w Regulaminie konkursu/Zasadach ubiegania się o dofinansowanie wniosek jest rozliczany w oparciu o stawki jednostkowe[9]. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o punkt 5.1.1, 5.1.4 wniosku o dofinansowanie.	TAK/NIE/NIE DOTYCZY Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
15.	Wniosek jest rozliczany w oparciu o kwoty ryczałtowe (jeśli dotyczy).	W przypadkach określonych w *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w zakresie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* oraz w Regulaminie konkursu/Zasadach ubiegania się o dofinansowanie wniosek jest rozliczany w oparciu o kwoty ryczałtowe[10]. Kryterium będzie weryfikowane w oparciu o punkt 3.4, 5.1.4, 5.1.6 wniosku o dofinansowanie.	TAK/NIE/NIE DOTYCZY Brak wskazania w którymkolwiek z pkt. wniosku: 3.4 lub 5.1.4 lub 5.1.6 właściwej formy rozliczania oznacza niespełnienie kryterium i skutkuje odrzuceniem wniosku. W przypadku wskazania min. w jednym z ww. punktów wniosku formy rozliczania w oparciu o kwoty ryczałtowe - możliwość skierowania wniosku do poprawy lub uzupełnienia.

4.2.3. Ocena projektu na podstawie kryteriów merytorycznych I stopnia ma postać „0-1" tzn. „spełnia – nie spełnia". Projekty niespełniające jednego lub więcej kryteriów są odrzucane podczas oceny merytorycznej, zgodnie z etapami zawartymi w Karcie oceny merytorycznej. Wyjątek stanowią kryteria, w których w opisie znaczenia kryterium uwzględniono możliwość skierowania wniosku do poprawy lub uzupełnienia (wyłącznie w kryteriach, w których uwzględniono taką możliwość). Poprawa/uzupełnienie wniosku będzie się odbywała/o na etapie negocjacji (dotyczy wyłącznie sytuacji, gdy projekt może zostać skierowany do etapu negocjacji).

[9] W niniejszym konkursie IZ WRPO 2014 + nie zezwala na stosowanie stawek jednostkowych w ramach uproszczonych metod rozliczania wydatków.

[10] Stosowanie kwoty ryczałtowej jest obligatoryjne w przypadku projektów, w których wartość środków publicznych nie przekracza wyrażonej w PLN równowartości 100.000 EUR (z zastrzeżeniem pkt. 2 podrozdziału 6.6 Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020).

4.3. Kryteria dostępu zero-jedynkowe

4.3.1. Kryteria dostępu są obowiązkowe dla wszystkich Wnioskodawców i podlegają weryfikacji podczas oceny merytorycznej wniosku. Projekty, które nie spełniają kryteriów dostępu, są odrzucane podczas oceny merytorycznej, zgodnie z etapami zawartymi w Karcie oceny merytorycznej.

4.3.2. W ramach konkursu sprawdzane będą następujące kryteria dostępu:

Lp.	Nazwa kryterium	Uzasadnienie	Opis znaczenia kryterium
1.	Działania realizowane w projekcie przez projektodawcę oraz ewentualnych partnerów są zgodne z zakresem właściwego programu polityki zdrowotnej, który jest załącznikiem do dokumentacji konkursowej.	Kryterium rekomendowane przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Na potrzeby realizacji WRPO 2014+ programy polityki zdrowotnej to programy, które uzyskały pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) lub spełniły wszystkie warunki wskazane w warunkowej opinii AOTMiT. Treść ww. programu stanowić będzie integralny element regulaminu konkursu. Przedmiotowe kryterium weryfikowane będzie na etapie oceny merytorycznej, zgodnie z etapami zawartymi w Karcie oceny merytorycznej.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
2.	Projekt w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej jest realizowany wyłącznie przez podmiot wykonujący działalność leczniczą uprawniony do tego na mocy przepisów prawa powszechnie obowiązującego	Kryterium rekomendowane przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Przedmiotowe kryterium zapewni wysoką jakość i skuteczność podejmowanych działań. Spełnienie przedmiotowego kryterium będzie weryfikowane na podstawie oświadczenia Wnioskodawcy zawartego w treści wniosku oraz na podstawie danych zawartych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Przedmiotowe kryterium weryfikowane będzie na etapie oceny merytorycznej, zgodnie z etapami zawartymi w Karcie oceny merytorycznej.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
3.	Kryterium dotyczące liczby składanych wniosków: Projektodawca składa nie więcej niż jeden wniosek o dofinansowanie projektu w ramach danego konkursu	Ograniczona zostanie liczba „bliźniaczych" projektów składanych przez jednego Wnioskodawcę. Wpłynie to korzystnie na różnorodność i jakość projektów realizowanych przez Beneficjentów. Kryterium to ułatwi również dostęp do otrzymania dofinansowania większej liczby Wnioskodawców. Kryterium w przedmiotowym brzmieniu odnosi się wyłącznie do występowania danego podmiotu w charakterze Beneficjenta, a nie partnera. Oznacza to, że niezależnie od maksymalnie jednego wniosku, w którym dany podmiot występuje w charakterze Beneficjenta, może występować w innych wnioskach złożonych	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.

Lp.	Nazwa kryterium	Uzasadnienie	Opis znaczenia kryterium
		w tym samym konkursie w charakterze partnera. W przypadku złożenia więcej niż jednego wniosku przez jednego Projektodawcę, Instytucja Organizująca Konkurs odrzuca wszystkie złożone w odpowiedzi na konkurs wnioski w związku z niespełnieniem przez Beneficjenta kryterium dostępu. Przedmiotowe kryterium weryfikowane będzie na etapie oceny merytorycznej, zgodnie z etapami zawartymi w Karcie oceny merytorycznej.	
4.	Świadczenia w ramach programów polityki zdrowotnej będą realizowane z pełnym poszanowaniem istniejących ram prawnych i ochrony praw pacjenta[11].	Kryterium wynika z zapisów WRPO 2014+ i ma na celu zapewnienie uczestnikom projektu prawa do świadczeń zdrowotnych oraz prawa do informacji i innych praw pacjenta a tym samym zwiększy poczucie bezpieczeństwa osób będących grupą docelową programów profilaktycznych, co może przyczynić się do zwiększenia odsetka osób objętych programami profilaktycznymi na terenie regionu. Na potrzeby realizacji WRPO 2014+ przez programy profilaktyczne rozumie się programy polityki zdrowotnej, które uzyskały pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) lub spełniły wszystkie warunki wskazane w warunkowej opinii AOTMiT. Przedmiotowe kryterium weryfikowane będzie na etapie oceny merytorycznej, zgodnie z etapami zawartymi w Karcie oceny merytorycznej.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
5.	Beneficjent/Partner nie jest/nie będzie realizatorem analogicznego programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej realizowanego w ramach POWER.	Przedmiotowe kryterium pozwoli uniknąć dublowania się wydatków w ramach programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków POWER lub RPO. Przedmiotowe kryterium weryfikowane będzie na etapie oceny merytorycznej, zgodnie z etapami zawartymi w Karcie oceny merytorycznej.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.

4.3.3. Ocena projektu na podstawie kryteriów dostępu ma postać „0-1” tzn. „spełnia – nie spełnia”. Projekty niespełniające jednego lub więcej kryteriów są odrzucane na etapie oceny merytorycznej bez możliwości ich uzupełnienia. Wyjątek stanowią kryteria, w których w opisie znaczenia kryterium uwzględniono możliwość skierowania wniosku do poprawy lub uzupełnienia (wyłącznie w kryteriach, w których uwzględniono taką możliwość).

[11] Przedmiotowe kryterium odnosi się również do: Prawa do świadczeń zdrowotnych, Prawa do informacji, Prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, Prawa do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza i innych praw pacjenta.

Poprawa/uzupełnienie wniosku będzie się odbywała/o na etapie negocjacji (dotyczy wyłącznie sytuacji, gdy projekt może zostać skierowany do etapu negocjacji).

4.3.4. Treść wniosku o dofinansowanie musi pozwalać na jednoznaczne stwierdzenie czy dane kryterium dostępu weryfikowane na etapie oceny merytorycznej jest spełnione.

4.4 Kryteria merytoryczne o charakterze horyzontalnym zero-jedynkowe

4.4.1. Ocena projektów złożonych w ramach konkursu prowadzona będzie w oparciu o następujące kryteria merytoryczne o charakterze horyzontalnym:

KRYTERIA MERYTORYCZNE O CHARAKTERZE HORYZONTALNYM			
Lp.	**Nazwa kryterium**	**Definicja kryterium**	**Opis znaczenia kryterium**
1.	Wniosek jest zgodny z zapisami i celami szczegółowymi WRPO 2014+ oraz odpowiada na diagnozę zawartą w WRPO 2014+.	Realizacja projektu przyczynia się w sposób bezpośredni do osiągnięcia wskaźników rezultatu i produktu określonych w ramach WRPO 2014+.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
2.	Zgodność z zapisami Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych WRPO 2014+.	W ramach kryterium weryfikowana będzie zgodność doboru grupy docelowej i typów projektów z wymogami określonymi dla właściwego Działania/ Poddziałania Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych WRPO 2014+.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
3.	Zgodność z zasadami dotyczącymi pomocy publicznej.	W ramach kryterium będzie weryfikowana zgodność z warunkami wsparcia dotyczącymi pomocy publicznej lub pomocy de minimis, wynikającymi z aktów prawnych wskazanych w regulaminie konkursu, w tym w szczególności: • kwalifikowalność wnioskodawcy wynikająca z właściwych przepisów o pomocy publicznej lub pomocy de minimis będących podstawą prawną udzielenia wsparcia w ramach działania, • prawidłowość określenia statusu przedsiębiorstwa: a) w przypadku Wnioskodawców ubiegających się o pomoc publiczną na podstawie rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 2014.06.26) - zgodnie z Załącznikiem I do tego rozporządzenia, b) w przypadku Wnioskodawców ubiegających się o pomoc de minimis na podstawie rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12 2013 r.) - zgodnie z art. 2 ust. 2 tego rozporządzenia, z uwzględnieniem	TAK/NIE/NIE DOTYCZY Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.

KRYTERIA MERYTORYCZNE O CHARAKTERZE HORYZONTALNYM			
		dokumentu: Zalecenia Komisji 2003/361/WE z dnia 6 maja 2003 r., dotyczące definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (Dz. Urz. L 124 z 20.5.2003 r., str. 36), • czy realizacja przedsięwzięcia mieści się w ramach czasowych dopuszczalnych we właściwych przepisach o pomocy publicznej lub pomocy de minimis będących podstawą prawną udzielenia wsparcia w ramach danego działania, • czy wnioskowana kwota i zakres projektu, w tym wydatki kwalifikowalne są zgodne z przepisami o pomocy publicznej lub pomocy de minimis będących podstawą prawną udzielenia wsparcia w ramach działania.	
4.	Zgodność projektu z zasadą równości szans kobiet i mężczyzn w oparciu o standard minimum.	W ramach kryterium wnioskodawca powinien wykazać spełnienie zasady równości szans kobiet i mężczyzn (w oparciu o standard minimum, ewentualnie zachodzi wyjątek, co do którego nie stosuje się standardu minimum), zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. Wniosek spełnia standard minimum zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*[12].	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
5.	Zgodność projektu z zasadą równości szans i niedyskryminacji w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.	W ramach kryterium w oparciu o treść wniosku weryfikowana będzie zgodność z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
6.	Zgodność projektu z zasadą zrównoważonego rozwoju.	W ramach kryterium wnioskodawca powinien wykazać pozytywny lub neutralny wpływ projektu na zasadę zrównoważonego rozwoju (w szczególności należy wskazać i uzasadnić, czy projekt będzie wymagał oceny oddziaływania na środowisko zgodnie z przepisami ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (t.j.: Dz.U. z 2017 r. poz. 1405).	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.
7.	Zgodność z Regulaminem konkursu/Informacje wymagane we wniosku o dofinansowanie.	W ramach kryterium weryfikowana będzie prawidłowość wypełnienia wniosku, zgodnie z Regulaminem konkursu/Informacje wymagane we wniosku o dofinansowanie. Kryterium ma na celu zapewnienie stosowania przez beneficjentów w realizowanych projektach obowiązków wynikających z wytycznych wydanych przez	TAK/NIE Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.

[12] Standard minimum realizacji zasady równości szans kobiet i mężczyzn został określony w załączniku nr 8.17 do Regulaminu konkursu, który został opracowany w oparciu o zał. 1 do *Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020.*

KRYTERIA MERYTORYCZNE O CHARAKTERZE HORYZONTALNYM			
		Ministra Rozwoju we właściwym dla konkursu obszarze.	

4.4.2. Ocena projektu na podstawie kryteriów merytorycznych o charakterze horyzontalnym ma postać „0-1" tzn. „spełnia – nie spełnia". Projekty niespełniające jednego lub więcej kryteriów są odrzucane na etapie oceny merytorycznej.

4.4.3. Oceniający dokonuje weryfikacji spełniania przez projekt wszystkich kryteriów merytorycznych o charakterze horyzontalnym. Jeśli oceniający uzna, że zapisy projektu są niezgodne z którymkolwiek z kryteriów horyzontalnych odnotowuje ten fakt na Karcie oceny merytorycznej i uzasadnia decyzję o uznaniu danego kryterium za niespełnione, a projekt zostaje odrzucony i nie podlega dalszej ocenie.

4.5. Ogólne kryteria merytoryczne punktowe

4.5.1. Ogólne kryteria merytoryczne punktowe mają charakter uniwersalny, tj. odnoszą się do wszystkich projektów realizowanych w ramach WRPO 2014+. Spełnienie przez projekt kryteriów w minimalnym zakresie oznacza uzyskanie co najmniej 70 punktów, a także przynajmniej 70% punktów możliwych do uzyskania w każdej z części Karty oceny merytorycznej. W przypadku spełnienia kryteriów co najmniej w minimalnym zakresie projekt może zostać skierowany do etapu negocjacji w zakresie przedmiotowych kryteriów. Stosowane będą następujące ogólne kryteria merytoryczne:

Część I Uzasadnienie potrzeby realizacji i cele projektu oraz ryzyko nieosiągnięcia założeń projektu - maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 30.			
1.	Zasadność realizacji projektu.	Uzasadnienie realizacji projektu w kontekście celów WRPO 2014+. Wnioskodawca winien wskazać na konkretny problem, który zostanie złagodzony /rozwiązany w wyniku realizacji celów projektu, opierając się na rzetelnie przeprowadzonej analizie oraz diagnozie sytuacji problemowej.	Maksymalna liczba punktów: 14 (12*). *dotyczy projektów, których wnioskowana kwota dofinansowania jest równa albo przekracza 2 mln zł.
2.	Adekwatność doboru celów projektu i rezultatów.	Cele projektu odpowiadają na zdiagnozowane problemy, rezultaty i są adekwatne do zdiagnozowanych problemów.	Maksymalna liczba punktów: 8 (7*). *dotyczy projektów, których wnioskowana kwota dofinansowania jest

			równa albo przekracza 2 mln zł.
3.	Adekwatność doboru i opisu wskaźników realizacji projektu.	Wskaźniki zostały prawidłowo dobrane oraz są adekwatne do typu projektu/grupy docelowej. Przewidziane do zrealizowania wartości wskaźników są możliwe do osiągnięcia w ramach realizowanego projektu (wartość wskaźników nie jest zbyt niska/wysoka). Wnioskodawca przypisał do projektu właściwe wskaźniki kluczowe oraz wskaźniki specyficzne dla WRPO 2014+. Wskaźniki specyficzne dla projektu zostały prawidłowo dobrane oraz zdefiniowane i są adekwatne do założonych celów projektu. Wskaźniki produktu odpowiadają wybranym wskaźnikom rezultatu. Należy zaznaczyć, iż najwyżej będą oceniane projekty w najwyższym stopniu przyczyniające się do realizacji wskaźników (weryfikowany będzie stosunek nakład-rezultat).	Maksymalna liczba punktów: 8 (7*). *dotyczy projektów, których wnioskowana kwota dofinansowania jest równa albo przekracza 2 mln zł.
4.	Trafność analizy ryzyka nieosiągnięcia założeń projektu (jeśli dotyczy).	W ramach kryterium weryfikowana będzie jakość opisanej analizy ryzyka, w tym opis: – sytuacji, których wystąpienie utrudni lub uniemożliwi osiągnięcie wartości docelowej wskaźników rezultatu; – sposobu identyfikacji wystąpienia takich sytuacji (zajścia ryzyka); – działań, które zostaną podjęte, aby zapobiec wystąpieniu ryzyka i jakie będą mogły zostać podjęte, aby zminimalizować skutki wystąpienia ryzyka. Dotyczy projektów, których wnioskowana kwota dofinansowania jest równa albo przekracza 2 mln zł.	Maksymalna liczba punktów: 0 (4*) *dotyczy projektów, których wnioskowana kwota dofinansowania jest równa albo przekracza 2 mln zł.
Część II Zadania oraz trwałość projektu – maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 20.			
5.	Spójność zadań przewidzianych do realizacji w ramach projektu oraz trafność doboru i opisu tych zadań w kontekście osiągnięcia celów/ wskaźników projektu	W ramach kryterium weryfikowana będzie adekwatność doboru zadań w kontekście zdiagnozowanych problemów, które projekt ma rozwiązać albo załagodzić, w tym opis: – uzasadnienia potrzeby realizacji zadań; – planowanego sposobu realizacji zadań; – sposobu realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami; – wartości wskaźników realizacji właściwego celu szczegółowego WRPO2014+ lub innych wskaźników określonych we wniosku o dofinansowanie, które zostaną osiągnięte w ramach zadań. Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby każdy zaproponowany przez projektodawcę wskaźnik znalazł odzwierciedlenie w realizowanych zadaniach oraz by nie wykazywać zadań, które nie przyczyniają się do realizacji wskaźników.	Maksymalna liczba punktów: 13.

6.	Opis trwałości projektu.	W ramach kryterium przeprowadzona zostanie ocena sposobu w jaki zostanie zachowana trwałość projektu.	Maksymalna liczba punktów: 4.
7.	Zgodność z Regulaminem konkursu/ Informacje dodatkowe.	W ramach kryterium weryfikowana będzie prawidłowość wypełnienia wniosku, zgodnie z Regulaminem konkursu/Informacje dodatkowe. Kryterium ma na celu zapewnienie stosowania przez beneficjentów obowiązków istotnych dla prawidłowej realizacji projektów.	Maksymalna liczba punktów: 3.
Część III Grupy docelowe – maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 10.			
8.	Opis grupy docelowej dotyczący osób i/lub instytucji.	W ramach kryterium weryfikowane będzie czy zaproponowana przez wnioskodawcę grupa docelowa została poprawnie scharakteryzowana z punktu widzenia istotnych dla projektu cech (status instytucji, status osób na rynku pracy, wiek, wykształcenie, płeć, itp.). Równocześnie wnioskodawca będzie zobowiązany do zidentyfikowania i opisania potencjalnych barier uczestnictwa w projekcie, wraz z przedstawieniem działań mającym im przeciwdziałać.	Maksymalna liczba punktów: 5.
9.	Uzasadnienie doboru grupy docelowej projektu oraz opis rekrutacji uczestników.	W ramach kryterium wnioskodawca zobowiązany będzie do przedstawienia rzetelnych danych, uzasadniających wybór określonej grupy docelowej oraz jej ilościowego doboru. Równocześnie weryfikowany będzie sposób rekrutacji, w tym: - plan i harmonogram jej przeprowadzenia; - katalog niedyskryminacyjnych kryteriów wyboru; - zapobieganie ewentualnym problemom związanym z rekrutacją grupy docelowej.	Maksymalna liczba punktów: 5.
Część IV Potencjał i doświadczenie projektodawcy i partnerów – maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 20.			
10.	Zaangażowanie potencjału oraz doświadczenie projektodawcy i partnerów (jeśli projekt jest realizowany w partnerstwie) w kontekście osiągnięcia celów projektu.	W ramach kryterium przeprowadzona zostanie ocena: – zasobów finansowych, jakie wniesie do projektu projektodawca i partnerzy (o ile dotyczy); – zaangażowania projektodawcy i partnerów (o ile dotyczy) i sposobu jego wykorzystania w ramach projektu (kluczowych osób, które zostaną zaangażowane do realizacji projektu oraz ich planowanej funkcji w projekcie); – potencjału technicznego, w tym sprzętowego i warunków lokalowych projektodawcy i partnerów (o ile dotyczy) i sposobu jego wykorzystania w ramach projektu; – doświadczenia projektodawcy/partnerów w szczególności w kontekście dotychczasowej jego/ich działalności i możliwości weryfikacji jej rezultatów w obszarze, w którym udzielane będzie wsparcie przewidziane w ramach projektu, na rzecz grupy docelowej, do której kierowane będzie wsparcie przewidziane w ramach projektu oraz na określonym terytorium, którego dotyczyć będzie realizacja projektu.	Maksymalna liczba punktów: 20.

Część V Budżet projektu - maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 20.			
11.	Prawidłowość sporządzenia budżetu projektu.	W ramach kryterium weryfikowana będzie: - kwalifikowalność i niezbędność zaplanowanych w projekcie wydatków w kontekście realizowanych zadań, celów projektu oraz ich wskaźników. Budżet projektu powinien zostać sporządzony w oparciu o zapisy zawarte w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w zakresie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 oraz zapisami Regulaminu konkursu; - racjonalność i efektywność kosztowa wydatków, w tym również zgodność ze stawkami jednostkowymi (jeśli dotyczy), wymaganiami dotyczącymi standardu oraz cen rynkowych najczęściej finansowanych w ramach danej grupy projektów, towarów lub usług (jeśli dotyczy), a także uzasadnienie poniesienia wydatków nie ujętych w katalogu wydatków lub których wartość przekracza stawki rynkowe. Budżet projektu powinien zostać sporządzony w oparciu o zapisy zawarte w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w zakresie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 oraz zapisami Regulaminu konkursu; - prawidłowość wypełnienia budżetu projektu, zgodnie z instrukcją wypełniania wniosku o dofinansowanie. W tym zastosowanie odpowiedniego limitu kosztów pośrednich wynikającego z Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w zakresie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020. Ponadto weryfikowane będzie prawidłowe oznaczenie wydatków jako środki trwałe/cross-financing oraz czy nie przekroczono limitu ww. wydatków określonego dla konkursu.	Maksymalna liczba punktów: 20.

4.5.2. Ocena merytoryczna projektu na podstawie kryteriów merytorycznych będzie dokonywana w skali punktowej zgodnie z Kartą oceny merytorycznej (załącznik nr 8.12 do Regulaminu konkursu).

4.5.3. Maksymalna liczba punktów do uzyskania w trakcie oceny merytorycznej wynosi 121 (100 punktów podczas oceny ogólnych kryteriów merytorycznych oraz 21 punktów podczas oceny kryteriów premiujących).

4.6. Szczegółowe kryteria premiujące

4.6.1. Szczegółowe kryteria premiujące dotyczą preferowania pewnych typów projektów, co w praktyce oznacza przyznanie spełniającym je projektom premii punktowej w trakcie

oceny merytorycznej (premia przyznawana będzie wyłącznie tym projektom, które otrzymają co najmniej 70% ogólnej liczby punktów, a także min. 70% punktów możliwych do uzyskania w każdej z części Karty oceny merytorycznej). **Spełnianie kryteriów premiujących nie jest obowiązkowe.** W przypadku konkursu stosowane będzie 5 kryteriów premiujących:

Lp.	Nazwa kryterium	Uzasadnienie	Liczba punktów
1.	Wnioskodawcą lub partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem właściwego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.	Kryterium rekomendowane przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Kryterium zapewni wysoką jakość i skuteczność podejmowanych działań w projekcie. Spełnienie przedmiotowego kryterium będzie weryfikowane na podstawie oświadczenia Wnioskodawcy zawartego w treści wniosku.	4
2.	Wnioskodawca lub partner posiada 3-letnie doświadczenie w obszarze, w którym realizowany jest program polityki zdrowotnej.	Kryterium rekomendowane przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Wnioskodawca powinien posiadać doświadczenie w zakresie ustalania programów leczenia/rehabilitacji u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym. Kryterium zapewni wysoką jakość i skuteczność podejmowanych działań w projekcie. Spełnienie przedmiotowego kryterium będzie weryfikowane na podstawie oświadczenia Wnioskodawcy zawartego w treści wniosku.	5
3.	Projekt przewiduje partnerstwo z co najmniej jedną organizacją pozarządową reprezentującą interesy dzieci z porażeniem mózgowym i ich rodziców i posiadającą co najmniej 2-letnie doświadczenie w ww. zakresie.	Kryterium rekomendowane przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Kryterium ma na celu wspieranie współpracy podmiotów leczniczych z organizacjami pozarządowymi reprezentującymi interesy pacjentów w celu poprawy jakości działań mających na celu propagowanie inicjatyw społecznych na rzecz dzieci z porażeniem mózgowym i ich rodziców.	3
4.	Premiowane będą projekty, które zakładają realizację wsparcia również w godzinach popołudniowych albo wieczornych albo w sobotę.	Kryterium rekomendowane przez Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Kryterium przyczyni się do zmniejszenia barier w dostępie do interwencji zaplanowanych w programie, a także pozwoli na objęcie wsparciem większej liczby osób.	5
5.	Premiowane będą projekty, których realizatorem jest podmiot, który uczestniczył w przygotowaniu programu polityki zdrowotnej, na	Kryterium ma na celu zapewnienie efektywnego wdrażania działań w ramach danego programu polityki zdrowotnej i wysokiej jakości świadczonych usług w projekcie	4

Lp.	Nazwa kryterium	Uzasadnienie	Liczba punktów
	podstawie którego ma być realizowany projekt[13]		

4.6.2. Kryteria premiujące będą weryfikowane w oparciu o cały wniosek o dofinansowanie.

4.6.3. Ocena projektu na podstawie kryteriów premiujących będzie dokonywana w formie „0-1" tzn. „spełnia - nie spełnia". Projekty, które spełnią kryteria premiujące, otrzymają premię punktową w wysokości maksymalnie 21 punktów. Punkty za spełnienie kryterium premiującego można otrzymać wyłącznie, gdy dane kryterium premiujące zostanie spełnione w całości. Częściowe spełnienie kryterium oznacza jego niespełnienie chyba, że IZ WRPO 2014+ w ramach danego kryterium premiującego wskaże system punktacji, uzależniony od stopnia spełniania kryterium premiującego. Projekty, które nie spełnią kryteriów premiujących nie tracą punktów uzyskanych w ramach oceny merytorycznej.

4.7. Ogólne kryteria merytoryczne zero-jedynkowe dotyczące etapu negocjacji

4.7.1. Weryfikacja projektów prowadzona będzie w oparciu o następujące ogólne kryterium merytoryczne zero-jedynkowe odnoszące się do etapu negocjacji (jeśli dotyczy):

Lp.	Nazwa kryterium	Definicja kryterium	Opis znaczenia kryterium
1.	Negocjacje zakończyły się wynikiem pozytywnym (zostały udzielone informacje i wyjaśnienia lub spełnione zostały warunki/wprowadzone korekty określone przez oceniających lub przewodniczącego KOP oraz do projektu nie wprowadzono innych nieuzgodnionych w ramach negocjacji zmian),	Ocena spełnienia kryterium obejmuje weryfikację: 1) Czy do wniosku zostały wprowadzone korekty wskazane przez oceniających w kartach oceny projektu lub przez przewodniczącego KOP lub inne zmiany wynikające z ustaleń dokonanych podczas negocjacji. 2) Czy KOP uzyskał od wnioskodawcy informacje i wyjaśnienia dotyczące określonych zapisów we wniosku, wskazanych przez oceniających w kartach oceny projektu lub przewodniczącego KOP. 3) Czy do wniosku nie zostały wprowadzone inne zmiany niż wynikające z kart oceny projektu lub uwag przewodniczącego KOP lub ustaleń wynikających z procesu negocjacji.	TAK/ NIE Kryterium nie dotyczy projektów nieskierowanych do negocjacji. Niespełnienie kryterium skutkuje odrzuceniem wniosku.

[13] Podmiotem, który uczestniczył w przygotowaniu regionalnego programu zdrowotnego pn: Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego jest Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny nr 4 im. W. Degi w Poznaniu 2.

4.7.2. Ocena wniosku na podstawie ogólnych kryteriów merytorycznych ma postać „0-1” tzn. „spełnia – nie spełnia”. Wnioski niespełniające wymienionego kryterium są odrzucane.

5. Pomoc publiczna/de minimis

5.1. Zasady dotyczące pomocy publicznej lub pomocy de minimis określają przepisy:

- Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu,
- Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis,
- Rozporządzenia Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 19 marca 2015 r. w sprawie udzielania pomocy de minimis w ramach regionalnych programów operacyjnych na lata 2014–2020,
- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r. w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020.

5.2. Zgodność z przepisami dotyczącymi udzielania pomocy publicznej weryfikowana jest na etapie oceny merytorycznej oraz w trakcie realizacji projektu.

5.3. W przypadku projektów dotyczących pomocy publicznej niezbędne jest wykazanie wkładu prywatnego przedsiębiorców. Wkład ten wskazywany jest we wniosku o dofinansowanie projektu oraz podlega rozliczeniu we wnioskach o płatność z realizacji projektu. Podstawę do wyliczenia poziomu wkładu prywatnego stanowią wykazane w budżecie projektu w ramach poszczególnych zadań koszty objęte pomocą publiczną w przeliczeniu na jednego uczestnika projektu. W przypadku gdy projekt jest objęty regułami pomocy publicznej lub pomocy de minimis, w kategorii wydatków w ramach poszczególnych zadań należy zaznaczyć te wydatki, które objęte są regułami pomocy publicznej i pomocy de minimis. Wydatki objęte regułami pomocy publicznej zostaną zliczone w wierszach: Wydatki

objęte pomocą publiczną, Wydatki objęte pomocą publiczną - II, Wydatki objęte pomocą de minimis, Wydatki objęte pomocą de minimis - II. Pozostałe wydatki nie objęte pomocą publiczną zostaną zliczone w wierszu: Wydatki bez pomocy publicznej/de minimis.

5.4. Projektodawca zobowiązany jest do przedstawienia we wniosku o dofinansowanie w ramach pola w pkt. 5.1.3 Metodologia wyliczenia dofinansowania i wkładu prywatnego w ramach wydatków objętych pomocą publiczną i pomocą de minimis, sposobu wyliczenia intensywności pomocy oraz wymaganego wkładu prywatnego w odniesieniu do wszystkich wydatków objętych pomocą publiczną, w zależności od typu pomocy oraz instytucji, na rzecz której pomoc zostanie udzielona.

5.5. W przypadku pomocy udzielanej jako pomoc de minimis należy opisać metodologię wyliczenia wysokości pomocy (z uwzględnieniem wydatków objętych pomocą), zaś w odniesieniu do metodologii wyliczenia wkładu prywatnego wpisać „nie dotyczy".

5.6. W przypadku gdy Projektodawca jest równocześnie podmiotem udzielającym pomocy publicznej, a także odbiorcą pomocy i tym samym wykazuje w jednym wniosku o dofinansowanie projektu dwie różne kwoty pomocy publicznej, powinien dokonać w metodologii wyliczania pomocy publicznej rozbicia kwotowego na część, która stanowi pomoc publiczną dla niego (część zadania merytorycznego i część kosztów pośrednich) oraz na część, która stanowi pomoc publiczną dla pozostałych przedsiębiorstw ujętych w projekcie (bez kosztów pośrednich).

5.7. Wnioskodawca na etapie konstruowania zapisów wniosku o dofinansowanie projektu powinien jednoznacznie określić planowany zakres wykorzystania środków trwałych w projekcie zarówno w okresie trwania projektu, jak również po jego zakończeniu i wskazać wydatki objęte regułami pomocy publicznej/pomocy de minimis.

5.8. Wykorzystanie środków trwałych lub wydatków objętych cross-financingiem zakupionych w ramach projektu w związku z wdrażaniem regionalnego programu zdrowotnego (pn.: Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego) a także realizacja działań z zakresu opieki medycznej do wykonywania działalności komercyjnej jest objęte regułami pomocy publicznej/pomocy de minimis proporcjonalnie do czasu, w jakim sprzęt lub infrastruktura zakupione w ramach projektu będą wykorzystywane do celów komercyjnych w okresie realizacji projektu.

Nie uznaje się za pomoc publiczną incydentalnego wykorzystania sprzętu zakupionego w projekcie dla wykonania usługi na rzecz osoby nieobjętej ubezpieczeniem zdrowotnym w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta.

6. Procedura odwoławcza

6.1. Szczegółowe informacje o wymogach i trybie rozpatrywania protestu znajdują się w Rozdziale 15 ustawy wdrożeniowej.

6.2. Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy wdrożeniowej w ramach WRPO 2014+ przewiduje się środek odwoławczy, jakim jest protest.

6.3. Procedura odwoławcza nie wstrzymuje zawierania umów z Wnioskodawcami, których projekty zostały zakwalifikowane do dofinansowania.

6.4. Protest może dotyczyć każdego etapu oceny projektu zarówno w zakresie merytorycznym, jak i decyzji IZ WRPO 2014+ o wyborze projektu do dofinansowania.

6.5. Protest może wnieść każdy Wnioskodawca, którego projekt otrzymał negatywną ocenę.

6.6. Negatywną oceną jest ocena w zakresie spełniania przez projekt kryteriów wyboru projektów, w ramach której:

1) projekt nie uzyskał wymaganej liczby punktów lub nie spełnił kryteriów wyboru projektów, na skutek czego nie może być wybrany do dofinansowania albo skierowany do kolejnego etapu oceny;
2) projekt uzyskał wymaganą liczbę punktów lub spełnił kryteria wyboru projektów, jednak kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów w konkursie nie wystarcza na wybranie go do dofinansowania.

6.7. W przypadku gdy kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów w konkursie nie wystarcza na wybranie projektu do dofinansowania, okoliczność ta nie może stanowić wyłącznej przesłanki wniesienia protestu.

6.8. Protest jest to pisemne wystąpienie Wnioskodawcy z prośbą o ponowną weryfikację dokonanej oceny projektu w zakresie zgodności oceny z kryteriami wyboru projektów lub naruszeń o charakterze proceduralnym, które wystąpiły w trakcie oceny i miały wpływ na jej

wynik. Protest jest wnoszony w formie pisemnej i nie może zostać złożony jedynie za pośrednictwem faksu.

6.9. Protest powinien zawierać:

1) oznaczenie instytucji właściwej do rozpatrzenia protestu,
2) dane Wnioskodawcy (składającego protest),
3) numer wniosku o dofinansowanie projektu,
4) wskazanie wszystkich kryteriów wyboru projektu, z których oceną Wnioskodawca się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem,
5) wskazanie wszystkich zarzutów o charakterze proceduralnym w zakresie przeprowadzonej oceny, jeżeli zdaniem Wnioskodawcy naruszenia takie miały miejsce, wraz z uzasadnieniem,
6) podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania, z załączeniem oryginału lub kopii dokumentu poświadczającego umocowanie takiej osoby do reprezentowania Wnioskodawcy.

6.10. W przypadku wniesienia protestu niespełniającego wymogów formalnych, o których mowa w pkt. 6.9 lub zawierającego oczywiste omyłki, IZ WRPO 2014+ wzywa Wnioskodawcę do jego uzupełnienia lub poprawienia w nim oczywistych omyłek, w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia protestu bez rozpatrzenia.

6.11. Uzupełnienie protestu może nastąpić wyłącznie w odniesieniu do wymogów formalnych, o których mowa w pkt. 6.9 ppkt. 1-3 i 6.

6.12. Bieg terminu ulega zawieszeniu na czas uzupełnienia lub poprawienia protestu, o którym mowa w pkt. 6.10.

6.13. Protest należy wnieść do Dyrektora Departamentu Polityki Regionalnej (DPR), działającego w imieniu IZ WRPO 2014+. Wnioskodawca składa protest bezpośrednio do Departamentu Polityki Regionalnej w terminie 14 dni kalendarzowych od dnia otrzymania przez Wnioskodawcę informacji o wynikach oceny jego projektu, zgodnie z pouczeniem w niej zawartym.

6.14. W wypadku zmiany danych Wnioskodawcy, zawartych w treści protestu, jest on zobowiązany niezwłocznie powiadomić Dyrektora DPR o zmianie danych. W szczególności Wnioskodawca zobowiązany jest do informowania o zmianie adresu do doręczeń.

6.15. O dochowaniu terminu decyduje:

1) data nadania pisma w polskiej placówce pocztowej w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2017 r., poz. 1481) bezpośrednio na adres: al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, sekretariat Departamentu Polityki Regionalnej,

lub

2) data złożenia protestu w sekretariacie Departamentu Polityki Regionalnej (pok. 345), w godzinach urzędowania.

6.16. IZ WRPO 2014+ odnosi się do informacji (tj.: rozpatruje protest weryfikując prawidłowość oceny projektu w zakresie kryteriów i zarzutów, o których mowa w pkt 6.9 ust. 4 i 5) zawartych w proteście w terminie nie dłuższym niż 21 dni licząc od dnia jego otrzymania. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności gdy w trakcie rozpatrywania protestu konieczne jest skorzystanie z pomocy ekspertów, termin rozpatrzenia protestu może być przedłużony do 45 dni od dnia jego otrzymania, o czym IZ WRPO 2014+ informuje na piśmie Wnioskodawcę.

6.17. Projekt może otrzymać dofinansowanie w wyniku procedury odwoławczej pod warunkiem, że uzyska co najmniej taki odsetek możliwych do uzyskania punktów, jaki przyjęto jako uprawniający do uzyskania dofinansowania w ramach niniejszego konkursu oraz pod warunkiem dostępności środków.

6.18. Protest pozostawia się bez rozpatrzenia, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia, o którym mowa w art. 45 ust. 5 ustawy wdrożeniowej, został wniesiony:

1) po terminie,

2) przez podmiot wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania,

3) bez spełnienia wymogów określonych w art. 54 ust. 2 pkt 4 ustawy wdrożeniowej.

6.19. W przypadku gdy na jakimkolwiek etapie postępowania w zakresie procedury odwoławczej wyczerpana zostanie kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów

w ramach Poddziałania IZ WRPO 2014+ pozostawia protest bez rozpatrzenia, informując o tym na piśmie Wnioskodawcę, pouczając jednocześnie o możliwości wniesienia skargi do sądu administracyjnego na zasadach określonych w art. 61 ustawy wdrożeniowej.

6.20. W przypadku konieczności uzyskania dodatkowych informacji od składającego protest, Komisja Odwoławcza (KO) za pośrednictwem DPR, zwraca się pisemnie (e-mail/faks) do Wnioskodawcy z prośbą o stosowne wyjaśnienia. Składający protest przedstawia wyjaśnienia w terminie wskazanym przez KO w ww. informacji. W przypadku niezłożenia wyjaśnień w tym terminie, protest rozpatrywany jest na podstawie dostępnych informacji.

6.21. Dopuszczalne jest pisemne cofnięcie protestu przez Wnioskodawcę, do czasu wydania rozstrzygnięcia w tej sprawie. Wycofanie protestu następuje przez złożenie pisemnego oświadczenia o wycofaniu protestu. Konsekwencją cofnięcia protestu jest brak możliwości wniesienia skargi do sądu administracyjnego. Niedopuszczalne jest cofnięcie protestu po dacie jego rozstrzygnięcia i poinformowania o tym Wnioskodawcy.

6.22. Zgodnie z art. 61 oraz art. 62 ustawy wdrożeniowej w przypadku nieuwzględnienia protestu, negatywnej ponownej oceny projektu lub pozostawieniu protestu bez rozpatrzenia, w tym w przypadku o którym mowa w art. 66 ust. 2 pkt 1 ustawy wdrożeniowej, Wnioskodawca może w tym zakresie wnieść skargę do sądu administracyjnego, a następnie skargę kasacyjną do Naczelnego Sądu Administracyjnego.

7. Pozostałe informacje

7.1. Informacje wymagane we wniosku o dofinansowanie

7.1.1. W ramach regionalnego programu zdrowotnego pn.: Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego można realizować w szczególności następujące działania:

a) usługi zdrowotne pod warunkiem, że są niezbędne do realizacji celów Regionalnego Programu Zdrowotnego (RPZ) oraz:

- w przypadku gdy projekt przewiduje zarówno usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne do realizacji tego

projektu, jak i usługi zdrowotne ponadstandardowe zgodnie z rozdziałem 5 pkt 9 Wytycznych w obszarze zdrowia;

b) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby oraz jej opiekuna z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania usługi zdrowotnej i z powrotem;

c) w przypadku gdy opiekun osoby biorącej udział w projekcie, poza uczestnikiem projektu, ma dodatkowo pod opieką inną osobę niesamodzielną[14], w ramach projektu możliwe jest zapewnienie opieki nad tą osobą niesamodzielną w czasie korzystania ze wsparcia przez uczestnika projektu;

d) działania informacyjno-edukacyjne dotyczące tematyki RPZ skierowane w szczególności do dzieci oraz osób z ich otoczenia, prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;

e) działania informacyjno-szkoleniowe związane z wdrażaniem RPZ skierowane w szczególności do lekarzy i pielęgniarek POZ, pedagogów, psychologów, rehabilitantów, fizjoterapeutów, prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;

f) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.

7.2 Informacje dodatkowe

7.2.1 Projekt realizowany jest zgodnie z *Wytycznymi w obszarze zdrowia,* Policy Paper w obszarze ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz regionalnym programem zdrowotnym pn.: *Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego.*

7.2.2 Wsparcie udzielane w ramach konkursu powinno przyczyniać się do:

[14] Na potrzeby konkursu przyjęto, że zgodnie z Wytycznymi w obszarze zdrowia osoba zależna/niesamodzielna to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej stosowana jest Skala Barthel, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych. Za osobę niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu.

- poprawy motoryki szczególnie w zakresie chodu u około 75% osób poprzez zwiększenie w okresie 3 lat dostępności do nowoczesnych metod diagnostyki i rehabilitacji u dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym.

7.2.3 IZ WRPO 2014 + zaleca kierowanie w pierwszej kolejności wsparcia na obszary miast średnich w tym w szczególności miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze[15].

7.2.4 W ramach przedmiotowego konkursu wartość wydatków poniesionych na zakup środków trwałych o wartości jednostkowej równej i wyższej niż 3500 PLN netto w ramach kosztów bezpośrednich projektu oraz wydatków w ramach cross-financingu nie może łącznie przekroczyć 10% wydatków projektu.

7.2.5 W przypadku kosztów pośrednich - obowiązek stosowania stawek ryczałtowych, określonych w Rozdziale 8.4 *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności.*

7.2.6 W obszarach wspieranych z EFS w ramach WRPO 2014+ nie będą finansowane kampanie promocyjne - działania upowszechniające będą realizowane wyłącznie jako uzupełnienie działań wdrożeniowych.

7.2.7 W niniejszym konkursie IZ WRPO 2014+ nie zezwala na stosowanie stawek jednostkowych w ramach uproszczonych metod rozliczania wydatków.

7.2.8 Wnioskodawca jest zobowiązany do wybrania w pkt. VIII wniosku o dofinansowanie opcji „Tak" przy wszystkich oświadczeniach, których listę i treść zawiera załącznik nr 8.18 do Regulaminu konkursu.

Wyjątki stanowią:

- oświadczenia dot. wyboru partnera oraz oświadczenie składane w imieniu partnera dotyczące obowiązków partnera w zakresie realizacji projektu i wykluczenia z możliwości ubiegania się o dofinansowanie, w sytuacji, gdy projekt nie jest realizowany w partnerstwie;

- oświadczenie dotyczące wykluczenia z możliwości ubiegania się o dofinansowanie na podstawie odrębnych przepisów, w sytuacji, gdy projekt jest realizowany przez JST;

[15] Listy miast średnich oraz miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze wskazane są w załączniku nr 8. 19 do Regulaminu konkursu i zostały stworzone na podstawie załącznika nr 1 i nr 2 do „*Delimitacji miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze*" opracowanej na potrzeby Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju.

- oświadczenie dotyczące pomocy publicznej w tym pomocy de minimis, w przypadku realizacji projektu nie zawierającego elementów pomocy publicznej/pomocy de minimis;
- oświadczenie dotyczące spółki cywilnej w sytuacji, gdy Wnioskodawcą nie jest spółka cywilna.
- wniosek o zagwarantowanie ochrony oznaczonych informacji i tajemnic, jeśli nie dotyczy Projektodawcy/partnera[16];

Przy przedmiotowych oświadczeniach należy wybrać opcję „Nie dotyczy".

7.2.9 Konkurs może zostać anulowany w następujących przypadkach:

- ogłoszenia aktów prawnych lub wytycznych w istotny sposób sprzecznych z postanowieniami niniejszego Regulaminu,
- stwierdzenia istotnego i niemożliwego do naprawienia naruszenia przepisów prawa lub zasad regulaminu konkursu w toku procedury konkursowej,
- zaistnienia sytuacji nadzwyczajnej, której strony nie mogły przewidzieć w chwili ogłoszenia konkursu, a której wystąpienie czyni niemożliwym lub rażąco utrudnia kontynuowanie procedury konkursowej lub stanowi zagrożenie dla interesu publicznego,
- niezłożenia żadnego wniosku o dofinansowanie projektu,
- złożenia wniosków o dofinansowanie projektów wyłącznie przez podmioty niespełniające warunków uprawniających do udziału w danym konkursie.

7.2.10 **Wyjaśnienia w kwestiach dotyczących konkursu w odpowiedzi na zadawane pytania, publikowane są na stronie internetowej http://wrpo.wielkopolskie.pl/faq (w zakładce: „FAQ - często zadawane pytania"). W przypadku znaczącej liczby pytań, które mogą negatywnie wpłynąć na realizację podstawowych zadań, IOK zastrzega sobie prawo do publikowania odpowiedzi wyłącznie na kluczowe lub powtarzające się najczęściej pytania.**

[16] Opcję „tak" mogą wybrać Wnioskodawcy, którzy ze względu na swój status mogą chronić oznaczone informacje i tajemnice zawarte we wniosku na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Wówczas Wnioskodawca jest zobligowany do zawarcia stosownego uzasadnienia w pkt. 3.5.4 wniosku o dofinasowanie, w sytuacji nie zawarcia takich informacji w pkt. 3.5.4, może on zostać wezwany do ich uzupełnienia.

7.2.11 WNIOSKODAWCO PAMIĘTAJ!

Ważnym elementem jest proces rekrutacji, który musi być zaplanowany tak, aby nikomu nie ograniczał dostępu. Należy mieć na uwadze:

- dostosowanie stron internetowych, na których będą publikowane informacje o projekcie oraz dokumenty rekrutacyjne, do standardów WCAG 2.0 jest niezbędne, aby umożliwić pozyskanie informacji o rekrutacji osobom z różnymi rodzajami niepełnosprawności,
- zapewnienie różnych sposobów informowania o możliwości udziału w projekcie: plakaty, ulotki, informacje w polskim języku migowym (film na www) itp.,
- umieszczenie w materiałach informacyjnych i rekrutacyjnych wyraźnej informacji o możliwości skorzystania z usług dostępowych takich jak tłumacz języka migowego, asystent osoby z niepełnosprawnością, materiały szkoleniowe w formie dostępnej (np. elektronicznej z możliwością powiększenia druku lub odwrócenia kontrastu),
- umieszczenia w materiałach informacyjnych i rekrutacyjnych opisu dostępności biura projektu/miejsc rekrutacji – (szerokość drzwi, możliwość pokonania schodów (winda, itp.), dostępność tłumaczenia na język migowy, możliwość korzystania z pętli indukcyjnej itp.).

Należy pamiętać, że założenia, iż do projektu nie mogą zgłosić się, czy nie zgłaszają się osoby z niepełnosprawnościami lub zgłaszają się wyłącznie takie z określonymi rodzajami niepełnosprawności, jest dyskryminacją.

8 Załączniki

8.1 Regionalny program zdrowotny - Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego

8.2 Wykaz wskaźników produktu i rezultatu bezpośredniego stosowanych w ramach naboru dla Poddziałania 7.2.2.

8.3 Typy projektów możliwe do realizacji w ramach Podziałania 7.2.2.

8.4 Wzór umowy o dofinansowanie projektu w ramach WRPO 2014+.

8.5 Formularz wniosku o dofinansowanie projektu.

8.6 Podręcznik podmiotu zgłaszającego/beneficjenta Lokalnego systemu Informatycznego do obsługi Wielkopolskiego regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 w zakresie obsługi LSI 2014+

8.7 Regulamin Użytkownika LSI 2014+.

8.8 Instrukcja wypełniania wniosku o dofinansowanie projektu w ramach WRPO 2014+

8.9 Karta weryfikacji warunków formalnych wniosku o dofinansowanie projektu konkursowego WRPO 2014+.

8.10 Wzór deklaracji poufności.

8.11a. Wzór oświadczenia pracownika IOK o bezstronności.

b. Wzór oświadczenia eksperta o bezstronności.

8.12 Karta oceny merytorycznej projektu konkursowego WRPO2014+.

8.13 Karta oceny ogólnych kryteriów merytorycznych zero-jedynkowych dotyczących etapu negocjacji.

8.14 Wykaz kategorii wydatków dla Podziałania 7.2.2.

8.15 Wzór oświadczenia współmałżonka Wnioskodawcy.

8.16 Wzór deklaracji wystawcy weksla in blanco.

8.17 Standard minimum realizacji zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach projektów współfinansowanych z EFS.

8.18 Lista oświadczeń Wnioskodawcy i Partnera.

8.19 Listy miast średnich oraz miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze w województwie wielkopolskim.

Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego

Wersja uwzględniająca uwagi zawarte w opinii Prezesa AOTMiT nr 20/2018 z dnia 9 lutego 2018 r.

Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego

sierpień 2021 r.

Okres realizacji programu: 3 lata

1. Autorzy programu:

Autorem regionalnego programu zdrowotnego pt: Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego jest **Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego.**

Program powstał przy merytorycznym udziale i wsparciu niniejszych osób:

- prof.dr hab. Med. Marek Jóźwiak
- lek.med. Joanna Kraśny
- mgr Anna Krzyżańska
- mgr Anna Zwolan
- mgr Zofia Borowska

Spis treści

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO 5

A. Problem zdrowotny 5

B. Epidemiologia 6

C. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu 6

D. Obecne postępowanie 8

E. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 8

II. CELE PROGRAMU 9

A. Cel główny 9

B. Cele szczegółowe 9

C. Oczekiwane efekty 10

D. Mierniki efektywności 10

III. ADRESACI PROGRAMU 14

A. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe 14

B. Tryb zapraszania do programu 14

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU 15

A. Etapy i działania organizacyjne w programie 15

B. Planowane interwencje 18

C. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników 23

D. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu 25

E. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych 27

F. Spójność merytoryczna i organizacyjna 28

G. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu 28

H. Bezpieczeństwo planowanych interwencji 28

I. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu 29

J. Dowody skuteczności planowanych działań 31

V. Koszty 32

A. Koszty jednostkowe 33

C. Źródła finansowania, partnerstwo 39

D. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne 39

VI. Monitorowanie i ewaluacja programu. 39

A. Ocena zgłaszalności do programu oraz jakości świadczeń 39

B. Trwałość efektów zdrowotnych 40

C. Ocena trwałości efektów programu 41

VII. BIBLIOGRAFIA: 42

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

A. Problem zdrowotny

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) to zespół objawów powstałych na skutek niepostępującego uszkodzenia centralnego układu nerwowego, prowadzącego do powstania zmieniających się wraz z wiekiem zaburzeń czynności ruchowych i postawy oraz innych następstw wad mózgu. Zaburzeniom ruchu towarzyszą zaburzenia czucia, poznawcze, porozumiewania się, postrzegania i/lub zachowania, i/lub drgawki/padaczka. Obraz choroby jest bardzo zróżnicowany (1,2,3). Ośrodkowe uszkodzenie mózgu, będące przyczyną MPD, jest możliwe do stwierdzenia w badaniu obrazowym mózgu. Rodzaj MPD zależy od lokalizacji uszkodzenia. Wyróżniamy następujące postaci kliniczne MPD: spastyczne porażenie połowicze (hemiplegia), obustronne porażenie kurczowe (diplegia), porażenie kurczowe czterokończynowe (tetraplegia) postać wiotka MPD, postać pozapiramidowa MPD (atetoza, choreoatetoza), postać móżdżkowa MPD, postaci mieszane. Głównym problemem pacjentów z MPD jest patologia napięcia mięśniowego występująca w różnych formach i nieprawidłowa aktywacja mięśni. Najczęściej obserwuje się spastyczność, tj. obecność nieprawidłowej reakcji mięśnia na rozciąganie bądź inne czynniki nieswoiste, wraz z typowym opóźnieniem rozwoju ruchowego. Skutkuje to zaburzeniem lokomocji u dzieci oraz powstaniem trwałych zmian w układzie mięśniowym oraz kostno-szkieletowym (1). Z uwagi na brak możliwości skutecznego wyleczenia pierwotnej przyczyny uszkodzenia mózgu, działania medyczne powinny być skierowane na zminimalizowanie następstw poprzez poprawę funkcji, stymulowanie aktywności oraz umożliwienie uczestnictwa. Koncepcja ta jest zgodna z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia dla Dzieci i Młodzieży (ICF CY) Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) (4). MPD jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży w Polsce i Europie. Chorzy na MPD stanowią jedną z największych grup objętą opieką medyczną. Dla pacjentów i ich rodziców/opiekunów największym problemem jest zaburzony rozwój funkcji chodu, co doprowadza do ograniczenia możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, uczęszczania do szkoły czy w przyszłości wykonywania wyuczonego zawodu. Wykluczenie dotyka nie tylko samych pacjentów, ale również rodziny lub opiekunów, poprzez np. konieczność rezygnacji z pracy zawodowej. Taka sytuacja doprowadza do obniżenia statusu ekonomicznego rodziny i wtórnie zwiększa stopień wykluczenia ze społeczeństwa. Według statystyk ok. 70 procent dzieci z MPD ma szansę chodzić, w tym ponad 50 procent samodzielnie (5). Z uwagi na pogląd, że poprawa zdolności poruszania się może mieć pozytywny wpływ na rozwój dziecka z MPD należy zwrócić szczególną uwagę na możliwość usprawniania chodu.

B. Epidemiologia

Dane epidemiologiczne uzyskane na podstawie prowadzenia rejestrów pacjentów z MPD w wielu krajach: 2,0-3,5 przypadki na 1000 żywo urodzonych dzieci (6-16). Częstość występowania jest wyższa u noworodków z niską masą urodzeniową i/lub z ciąż mnogich (17,18). W Polsce nie jest prowadzony taki rejestr, ale dane wskazują na podobną częstość występowania, tj. 2-3 przypadki na 1000 żywo urodzonych dzieci (19, 20). Ostatnio podkreśla się silne związki występowania MPD a współistniejących czynników genetycznych. Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych dla województwa wielkopolskiego w 2014 roku w województwie wielkopolskim odnotowano 1,86 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako MPD, wczesne zaburzenia rozwoju i encefalopatie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 53,60 i była to 6 największa wartość wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 60,40 (13. największa wartość wśród województw)
- w grupie wiekowej 18+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 51,98 (2. największa wartość wśród województw) (21)

C. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Poniższa tabela przedstawia liczebność populacji z województwa wielkopolskiego na koniec grudnia 2016 r. w wieku od 5 do 21 lat (22).

Tabela 1. Liczebność populacji z województwa wielkopolskiego na koniec grudnia 2016 r. w wieku od 5 do 21 lat

rok życia	liczebność
5	38 779
6	41 002
7	42 011
8	42 072
9	39 195
10	36 918
11	35 634
12	33 667

13	33 485
14	33 427
15	34 416
16	35 290
17	35 507
18	36 591
19	37 721
20	38 639
21	40 000
Suma	634 354

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Częstość występowania MPD w Polsce to 2-3 przypadki na 1 000 żywo urodzonych dzieci. Program obejmie osoby w wieku od 5 do 21 lat. Według danych GUS na terenie województwa wielkopolskiego na koniec grudnia 2016 r. liczebność grupy osób w wieku 5-21 lat wynosiła 634 354 osób. Zakładając częstość MPD na poziomie 2.5 na 1000 można oszacować, że w Wielkopolsce jest około 1 585 dzieci i młodych dorosłych z tym rozpoznaniem. Jedyną klasyfikacją wskazującą na stan funkcjonalny populacji osób z MPD jest klasyfikacja Gross Motor Function Classyfication System (GMFCS) wprowadzona przez Palisano R. i wsp. (23). W klasyfikacji tej, mającej charakter prognostyczny osoby zakwalifikowane jako grupa I osiągają umiejętność samodzielnego chodzenia bez istotnych ograniczeń w zakresie samodzielności, a grupa V określa chorych całkowicie zależnych od osób trzecich. Pozostałe grupy określają funkcjonalne stopnie pośrednie. Zgodnie z badaniami Himmelmann K. I wsp. (24) rozkład funkcjonalny populacji dzieci z MPD przedstawia się następująco; GMFCS I - 32%; GMFCS II - 29%; GMFCS III - 8%; GMFCS IV - 15% i GMFCS V - 16%. Zgodnie z powyższym szacuje się, że około 70% wielkopolskiej populacji osób z MPD będzie spełniać kryteria wejścia do programu. Pozostałe około 30% stanowią osoby ze stanem funkcjonalnym GMFCS I – (szacuje się że z populacji osób ze stanem funkcjonalnym GMFCS I około 15 % stanowią osoby chodzące samodzielnie bez potrzeb w zakresie poprawy funkcji chodzenia) oraz GMFCS V (niechodzące, całkowita zależność od osób sprawujących opiekę - 16%). Szacunkowe obliczenia wskazują na liczbę około 1110 osób spełniających kryteria kwalifikacji do programu leczenia. Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych dla województwa wielkopolskiego, w Polsce w 2014 roku 28% pacjentów (dzieci) hospitalizowanych z powodu stanów klinicznych takich jak MPD, wczesne zaburzenia rozwoju i encefalopatie, było rehabilitowanych do 90 dni po hospitalizacji. W województwie wielkopolskim odsetek

ten wynosił 14%, z czego 0,2% było rehabilitowanych stacjonarnie, 10,2% w ośrodkach dziennych, 4% ambulatoryjnie.

D. Obecne postępowanie

Dzieci z MPD są usprawniane w ramach świadczeń finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia te obejmują konsultacje lekarskie, fizjoterapię, opiekę logopedyczną i psychologiczną. Obecnie dla osób z MPD dostępne są świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej określone w Załączniku nr 1 do Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013, poz. 1522). Szersza skala zabiegów i diagnostyki rehabilitacyjnej, obejmującej również technologicznie wspomaganą rehabilitację jest dostępna jedynie w ośrodkach niepublicznych, w warunkach komercyjnych. Konieczność ponoszenia kosztów tego leczenia dodatkowo obniża poczucie stabilności i komfortu rodziców osób z MPD. Paradoksem klinicznym jest fakt, że procedury lecznicze takie jak leczenie spazmolityczne przy pomocy toksyny botulinowej, bądź leczenie operacyjne są refundowane w ramach świadczeń NFZ. Natomiast ich konieczna kontynuacja, będąca elementem kompleksowego postępowania leczniczego jest refundowana w minimalnym stopniu i nie obejmuje procedur o znacznej skuteczności klinicznej. Postępowanie kinezyterapeutyczne jest podstawą tzw. wczesnej rehabilitacji leczniczej, lecz stosowanie jej u pacjentów starszych, znacznie obniża jej skuteczność.

E. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Aktualnie dostępne metody rehabilitacji wymagają nierzadko długotrwałych interwencji, często związanych z koniecznością hospitalizacji, co może przyczynić się do dalszego procesu wykluczenia pacjenta i jego opiekunów. Z aktualnych badań wynika, że dotychczas stosowane metody rehabilitacji (w większości finansowane przez NFZ) tylko w 16% wykazują skuteczność, a ponad 25% cechuje się jej brakiem (25). Rozwój technologii połączonych z nowymi metodami terapii skutków funkcjonalnych nadmiernej aktywności mięśni, opartymi na ocenie funkcjonalnej pacjenta, daje możliwość poprawy jakości usprawniania dzieci z MPD. Badanie laboratoryjne chodu oparte o trójwymiarową, instrumentalną analizę ruchu daje ocenę obiektywną, pozwala rozpoznać nieprawidłowe składowe złożonego problemu jakim jest zaburzenie lokomocji. Dodatkowo, stosowanie farmakologicznych form leczenia spastyczności w postaci iniekcji toksyny botulinowej lub dokanałowego leczenia baklofenem, pozwala na kontrolę napięcia mięśniowego u pacjentów (26) a tym samym poprawia lokomocję. Alternatywą dla starszych dzieci w wieku od 7 do 8 roku życia jest zastosowanie metod operacyjnych, polegających na jednoetapowej, wielopoziomowej korekcji deformacji kończyn. Wydaje się uzasadnione, aby uzupełnić te działania terapeutyczne o nowoczesne metody rehabilitacji oparte na nowych technologiach. Jest to zgodne z obowiązującą koncepcją kompleksowego postępowania leczniczego.

Nowym standardem w rehabilitacji zaburzeń chodu jest zastosowanie zrobotyzowanych systemów, które wykorzystują wirtualną rzeczywistość a także wizualne i proprioceptywne sprzężenia zwrotne (27). Pozwala to na zwiększenie aktywnego uczestnictwa pacjentów. Intensyfikacja terapii pozwala na skrócenie jej czasu trwania, co z kolei wpływa na ograniczenie wykluczenia pacjentów i ich opiekunów z życia rodzinnego, społecznego czy zawodowego. Należy również wspomnieć, że nowoczesne metody rehabilitacji pacjentów to także zwiększenie komfortu pracy dla terapeutów, a zrobotyzowane systemy terapii pozwalają na zmniejszenie liczby personelu. Przedstawiony program leczniczy obejmuje również aspekty edukacyjne adresowane dla rodziców/opiekunów dzieci i młodych dorosłych z MPD oraz zespołu leczących ich terapeutów w miejscu zamieszkania, co pozwoli na skuteczną kontynuację procesu leczniczego. Jednocześnie przedmiotowy program wpisuje się w wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, w ramach którego programy zdrowotne są realizowane w obszarze wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.

II. CELE PROGRAMU

A. Cel główny

Poprawa motoryki szczególnie w zakresie chodu u około 75% osób poprzez zwiększenie w okresie 3 lat dostępności do nowoczesnych metod diagnostyki i rehabilitacji u dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym.

B. Cele szczegółowe

1. Poprawa parametrów czasowo-przestrzennych chodu u co najmniej 75% osób objętych świadczeniami w programie.

2. Poprawa w zakresie parametrów Trójwymiarowej Instrumentalnej Diagnostyki Funkcji Chodu (TIDFCh) obserwowana u nie mniej niż 75% osób objętych świadczeniami w programie

3. Podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności u 70% fizjoterapeutów w zakresie koncepcji biometrycznej oraz wspomaganej technologicznie rehabilitacji chodu u osób z MPD.

4. Podniesienie poziomu wiedzy i świadomości u 70% rodziców/opiekunów z zakresu przystosowania do funkcjonowania w społeczeństwie osób z MPD.

C. Oczekiwane efekty

1. Wzrost liczby przeprowadzonych cykli terapeutycznych tj. dostępności do świadczeń zdrowotnych.

2. Wzrost świadomości i wiedzy fizjoterapeutów w zakresie koncepcji biometrycznej oraz wspomaganej technologicznie rehabilitacji chodu u osób z MPD.

3. Wzrost świadomości rodziców/opiekunów z zakresu przystosowania do funkcjonowania w społeczeństwie osób z MPD.

D. Mierniki efektywności

Pomiar efektywności programu zostanie uzyskany poprzez następujące mierniki:

- procent osób, u których nastąpiła poprawa czasowo-przestrzennych parametrów oceny klinicznej chodu – 75 % weryfikowany na podstawie:

  - liczba osób, u których nastąpiła poprawa czasu wykonywania zadań w teście Time Up&Go

  - liczby osób, u których nastąpiła poprawa czasu wykonywania zadania w 10 metrowym teście chodu;

  - liczba osób, u których nastąpiła poprawa szybkości chodu w 6 minutowym teście chodu;

  - liczba osób, u których nastąpiła poprawa umiejętności chodu w teście FMS/5/50/500

  - liczba osób, u których nastąpiła poprawa w zakresie parametrów Trójwymiarowej Instrumentalnej Diagnostyki Funkcji Chodu (TIDFCh)

  - liczba osób, u których nastąpiła poprawa w Skali Gross Motor Function Measure w części D (stanie), i E (chodzenie, bieganie i skakanie) (GMFM: D,E)

  - liczba osób, u których nastąpiła poprawa w skali Gillette Functional Assesment Questionnaire (Faq-10)

  - liczba osób, u których nastąpiła poprawa w skali Gilette Functional Questionnaire - 22 skills (Faq-22)

  - liczba osób, u których nastąpiła poprawa w skali The Functional Mobility Scale (FMS 5/50/500)

- procent fizjoterapeutów, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie koncepcji biometrycznej oraz wspomaganej technologicznie rehabilitacji chodu u osób z MPD – 70%

- procent rodziców/opiekunów, u których nastąpił wzrost poziomu świadomości z zakresu przystosowania do funkcjonowania w społeczeństwie osób z MPD – 70%

Miernik dotyczący procent osób, u których nastąpiła poprawa parametrów chodu zweryfikowany zostanie na podstawie porównania wyników badań początkowych i końcowych, które jednocześnie wskażą mierniki jakościowe odnoszące się do poszczególnego uczestnika programu takie jak np.: średni czas wykonywania zadania w 10 metrowym teście chodu, średnia poprawa szybkości chodu w 6 minutowym teście chodu itd.

Badania obejmują następujące skale i pomiary:

A. Obligatoryjne:

1. Time Up&Go Test (TUG) *
2. 10 m test chodu (TMWT) **
3. 6 minutowy test chodu (6MWT) **
4. Skala Gross Motor Function Measure w części D (stanie), i E (chodzenie, bieganie i skakanie) (GMFM: D,E) **
5. Gillette Functional Assesment Questionnaire (Faq-10) *
6. Gilette Functional Questionnaire - 22 skills (Faq-22) *
7. The Functional Mobility Scale (FMS 5/50/500) *
8. Trójwymiarowa Instrumentalna Diagnostyka Funkcji Chodu (TIDFCh) *
9. ocena wyników rehabilitacji przy zastosowaniu systemu określania celów leczenia oraz Skali Oceny Osiągania Celów (SMART/GAS)
10. Kwestionariusze oceny psychologicznej pacjenta i jego predyspozycji do życia społecznego i zawodowego (w zależności od wieku dziecka): Kwestionariusz Belbina - role w zespole (www.belbin.pl/zrob-test-belbina), Kwestionariusz zainteresowań zawodowych, Kwestionariusz Scheina - kompetencje, motywacja, wartość pracy, Kwestionariusz Zainteresować Sprangera (przykładowe wzory ww. kwestionariuszy stanowi załącznik nr 1)

B. Fakultatywne:

1. Kanadyjski Pomiar Wykonania Zajęciowego (COMP) - wykonywanie u wszystkich uczestników programu spełniających warunki wieku: od 5. do 17.r.ż. **

2. Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) – Ocena Dziecięcego Zaangażowania i Zadowolenia - j.w. **

3. Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire for children (CP-QOL-Child) - Kwestionariusz Jakości Życia dla dzieci z MPD - j.w. **

4. Skala Pediatric Evaluation of Disability Inventor (PEDI) w części: Umiejętności funkcjonalne - dziedzina Mobilność - stworzona w celu kompleksowej oceny możliwości funkcjonalnych dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz analizy zmian w ich funkcjonowaniu będących wynikiem postępowania usprawniającego - u osób, u których wykonanie GMFM będzie niemożliwe **

5. Pomiar Niezależności Funkcjonalnej dla Dzieci (WeeFIM) – ocena pacjentów w wieku od 6 miesięcy do 8 lat **

* - zgodnie z Gilette Children's Specialty Heathcare, na podstawie The Identification and Treatment of Gait Problems i Cerebral Palsy – James R. Gage, Michael H. Schwartz, Steven E. Koop, Tom F. Novacheck (58)

** - zgodnie z wytycznymi Cincinnati Children's Hospital Medical Center 2010

Ponadto, pomiar efektywności zostanie uzyskany poprzez wykorzystanie biometrycznych urządzeń diagnostycznych. Polegać on będzie na stałej ocenie instrumentalnych funkcji motorycznych w zakresie wykorzystania biometrycznych urządzeń diagnostycznych oraz urządzeń terapeutycznych w badaniach stanu zdrowia pacjentów z MPD oraz podczas realizowanych procedur rehabilitacyjnych.

Obiektywna diagnostyka, z wykorzystaniem urządzeń pozwalających na wykonanie pomiaru funkcji i czynności układu narządu ruchu, cechuje się bardzo wysoką powtarzalnością (na bazie przeglądu dostępnych badań, powtarzalność oceny z wykorzystaniem systemów dynamometrycznych do trójpłaszczyznowej oceny ruchu waha się od 86 do 98 %, w zależności od badanego stawu i ruchu). W dobie nowoczesnej medycyny bazującej na dowodach naukowych (Evidence-Based Medicine) są to wartości akceptowalne, aby wystarczająco obiektywnie ocenić zmiany zachodzące w funkcjach motorycznych leczonego. Należy podkreślić, że zgodnie z American Academy for Cerebral Palsy and

Developmental Medicine (AACPDM) Trójwymiarowa Instrumentalna Diagnostyka Funkcji Chodu (TIDFCh) jest jedyną, zwalidowaną instrumentalną oceną chodu u osób z MPD (58)

Dane początkowe zawierają mierniki ilościowe, takie jak:

1. liczba osób aplikująca do programu
2. liczba osób, które zakwalifikowano do programu w danym roku, w tym:
    - liczba osób, które zakwalifikowano jeden raz do programu w danym roku
    - liczba osób, które zakwalifikowano dwa razy do programu w danym roku
3. liczba osób, u których dokonano TIDFCh
4. liczba osób, którym udzielono pełnego cyklu terapeutycznego
5. liczba wykonanych cyklów terapeutycznych w danym roku
6. liczba przeszkolonych fizjoterapeutów
7. liczba przeszkolonych rodziców/opiekunów

oraz dane dotyczące osób, które zostały wykluczone z programu, takie jak:

- liczba osób, które zostały wykluczone z powodu przedłożenia beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału dziecka w dalszych działaniach programu
- liczba osób, które zostały wykluczone z programu z powodu wystąpienia aktywnej padaczki lekoopornej
- liczba osób, które zostały wykluczone z programu z powodu wystąpienia poważnych powikłań kostno-stawowych (zwichnięcia stawów, złamania, ciężka osteoporoza)
- liczba osób, które zostały wykluczone z programu z powodu wystąpienia zmian zapalnych skóry i/lub otwartych uszkodzeń skóry w okolicach tułowia i kończyn dolnych uniemożliwiających dalsze prowadzenie terapii

- liczba osób, które zostały wykluczone z programu z powodu nieusprawiedliwionej absencji na 5 sesjach terapeutycznych

III. ADRESACI PROGRAMU

A. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

W ramach programu zaplanowano około 2150 pełnych cyklów terapeutycznych, z czego planuje się, że około 1075 będzie sesjami tzw. pierwszorazowymi, a kolejne 1075 będzie sesjami terapeutycznymi realizowanymi dla danego uczestnika programu po raz kolejny w danym roku kalendarzowym.

Wobec powyższego stworzone zostaną warunki do objęcia programem terapeutycznym co do zasady wszystkich zainteresowanych spełniających kwalifikacje, minimum dwukrotnie w okresie trwania programu terapeutycznego. Liczba ta może ulec zwiększeniu, w przypadku, gdy osoby zakwalifikowane do programu nie będą korzystały z maksymalnego wsparcia oferowanego w ramach programu. Osoba może uczestniczyć w programie maksymalnie 2 razy w roku i maksymalnie 6 razy w ciągu trwania programu.

Przyjmując częstość występowania MPD na poziomie 2,5/1 000 osób w województwie wielkopolskim może być ok. 1585 osób z tym schorzeniem. Zatem liczba osób, która może być objęta programem stanowi mniej więcej 70% powyższej populacji osób z MPD (tj. 1110 osób). Pozostałe 31% stanowią osoby ze stanem funkcjonalnym GMFCS I - chodzący samodzielnie - bez problemów funkcjonalnych, to 15% populacji osób z MPD (patrz rozdział IC) oraz GMFCS V - niechodzący, całkowita zależność od osób sprawujących opiekę - 16%. Budżet pozwala na objęcie interwencją całej grupy docelowej (uzależnione od zainteresowania). Zakłada się jednak, że około 80% z 1110 osób (tj. 888 osób) przystąpi chociaż raz do programu.

B. Tryb zapraszania do programu

Sugerowane sposoby prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych programu:

1. przesłanie informacji o realizacji programu oraz materiałów informacyjnych o programie do następujących organizacji/instytucji: poradni (pediatrycznych, rehabilitacyjnych oraz neurologicznych), szkół, przedszkoli, ośrodków pomocy społecznej, powiatowych centrów pomocy rodzinie, organizacji pozarządowych zajmujących się pacjentami z MPD, Jednostek Samorządu Terytorialnego oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i innych udzielających świadczeń dzieciom z MPD.

2. umieszczenie informacji na stronie internetowej beneficjenta.

Beneficjent może na etapie tworzenia projektu zaproponować inną formę przeprowadzenia działań informacyjno-promocyjnych zgodną z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 oraz Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 (51,52).*

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU

W ramach programu wyłoniony zostanie realizator programu w procedurze konkursowej zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020. Projekt złożony przez beneficjenta będzie realizowany zgodnie z warunkami określonymi w ramach konkursu przez Instytucję Zarządzającą Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014–2020.

Interwencje w ramach programu mają być prowadzone zgodnie z rozdziałem 5.4. Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020. Dodatkowo przykładowy harmonogram zaplanowanych w programie interwencji stanowi załącznik nr 5. Realizator programu na etapie tworzenia projektu może zaproponować własną wersję szczegółowego harmonogramu działań zaplanowanych w programie.

A. Etapy i działania organizacyjne w programie

Beneficjent musi wykonać następujące działania w ramach projektu:

1. przeprowadzić działania informacyjno-promocyjne projektu zgodnie z rozdziałem III B

2. przeprowadzić kwalifikację uczestników do programu zgodnie z kryteriami włączania do programu, wskazanymi w rozdziale IV C

3. wykonać badania początkowe u osób zakwalifikowanych do programu,

4. Ustalić cele leczenia rehabilitacyjnego w zakresie poprawy funkcji chodu w oparciu o doświadczenie w zakresie ustalania programów leczenia u osób z MPD na podstawie TIDFCh

5. wykonać u osób zakwalifikowanych do programu pełny cykl terapeutyczny,

6. wykonać badania końcowe (takie same badania jak w przypadku badań początkowych) u osób zakwalifikowanych do programu[1],

7. przeprowadzić działania informacyjno-edukacyjne skierowane do fizjoterapeutów oraz rodziców/opiekunów

8. przeprowadzić badania satysfakcji uczestników programu przy użyciu kwestionariusza ankietowego (przykładowy wzór stanowi załącznik nr 2),

9. prowadzić stały monitoring świadczeń wykonanych w ramach programu,

10. przeprowadzić ewaluację świadczeń wykonanych w ramach programu.

W ramach badań początkowych i końcowych planuje się wykonanie takich samych testów i pomiarów. Jest to warunek niezbędny, aby porównać stan pacjenta przed i po zakończeniu interwencji. Na tej podstawie będzie możliwa ocena efektywności programu. Ocena pacjentów przed i po terapii z wykorzystaniem innowacyjnych urządzeń będzie wykonywana m.in. poprzez trójwymiarową obserwację parametrów chodu i poszczególnych partii mięśni, za pomocą systemu TIDFCh wyposażonego w czujniki i kamery umożliwiające określenie pozycji czujników z wysoką dokładnością. Ponadto wykorzystane zostaną pomiary izokinetyczne mięśni kończyn dolnych wykonane na stanowisku izokinetycznym. Kolejnym badaniem przeprowadzonym w ramach projektu będzie badanie równowagi oraz chodu (ścieżki rzutu środka ciężkości, obciążenia kończyn dolnych) z wykorzystaniem bieżni diagnostyczno - terapeutycznych. Dodatkowo przeprowadzone zostaną odpowiednie testy w oparciu o skale biometryczne, dopełniające obrazu pacjenta. Ocenie zostaną poddane modele i procedury rehabilitacyjne dla poszczególnych poziomów dysfunkcji. Uzyskane w ten sposób informacje dostarczą pełnej wiedzy o stanie narządów ruchu pacjenta. Na podstawie przeprowadzonej diagnostyki przed i po leczeniu będzie można ocenić skuteczność przyjętej metody i dokonać optymalizacji terapii (intensywności, czasu trwania, siły obciążenia itp.).

W ramach badań początkowych i końcowych beneficjent wykona następujące testy i pomiary:

A. Obligatoryjnie:

[1] W przypadku gdy dziecko uczestniczy kolejny raz w programie nie wykonuje się badań początkowych. Jako wyniki badań początkowych wykorzystuje się wyniki uzyskane podczas badań końcowych ostatniego uczestnictwa w programie. Do porównania z wynikami uzyskanymi po udzieleniu interwencji wykorzystuje się wyniki uzyskane w wyniku badań końcowych ostatniego uczestnictwa w programie.

1. Time Up&Go Test (TUG) - test pozwalający na ocenę stanu funkcjonalnego w zakresie dużej motoryki (funkcja wstawania, pokonania krótkiego dystansu, zawracania oraz przyjmowania pozycji siedzącej

2. 10 m test chodu (TMWT) - test umożliwiający ocenę prędkości chodu na odcinku 10 m

3. 6 minutowy test chodu (6MWT) - test pozwalający na ocenę wydolności pacjenta

4. Skala Gross Motor Function Measure w części D (stanie), i E (chodzenie, bieganie i skakanie) (GMFM: D,E) - skala opracowana w celu oceny funkcjonalnej dzieci z MPD; pomocna przy ustaleniu celów leczenia; umożliwia monitorowanie zmian w rozwoju tzw. dużej motoryki dziecka

5. Gillette Functional Assesment Questionnaire (Faq-10) - kwestionariusz oceny funkcjonalnej chodu wg Gilette

6. Gilette Functional Questionnaire - 22 skills (Faq-22) - kwestionariusz oceny funkcjonalnej wg Gilette

7. Functional Mobility Scale (FMS 5/50/500) - narzędzie, które bada umiejętność chodu na dystansach 5, 50 oraz 500 m

8. Ocena wyników rehabilitacji przy zastosowaniu Skali Oceny Osiągania Celów (GAS)

9. Trójwymiarowa Instrumentalna Diagnostyka Funkcji Chodu wraz z GDI (The Gait Deviation Index) - wymierna, instrumentalna skala oceny funkcji chodu

10. Kwestionariusze oceny psychologicznej pacjenta i jego predyspozycji do życia społecznego i zawodowego (w zależności od wieku dziecka): Kwestionariusz Belbina - role w zespole, Kwestionariusz Zainteresowań Zawodowych, Kwestionariusz Scheina - kompetencje, motywacja, wartość pracy, Kwestionariusz Zainteresowań Sprangera

A. Fakultatywnie:

1. Pomiary biometryczne uzyskane podczas realizacji technologicznie wspomaganej reedukacji chodu - wykonywane każdorazowo podczas wykorzystania urządzeń biometrycznych w zakresie prowadzonej technologicznie wspomaganej rehabilitacji chodu. Zbieranie

i wykorzystanie tych danych będzie uzależnione warunkami kwalifikacji pacjenta do poszczególnych etapów rehabilitacji.

2. Kanadyjski Pomiar Wykonania Zajęciowego (COMP) - wykonywanie u wszystkich uczestników programu spełniających warunki wieku: od 5. do 17.r.ż.

3. Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) – Ocena Dziecięcego Zaangażowania i Zadowolenia - jw.

4. Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire for children (CP-QOL-Child) - Kwestionariusz Jakości Życia dla dzieci z MPD – jw.

5. Skala Pediatric Evaluation of Disability Inventor (PEDI) w części: Umiejętności funkcjonalne - dziedzina Mobilność - stworzona w celu kompleksowej oceny możliwości funkcjonalnych dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz analizy zmian w ich funkcjonowaniu będących wynikiem postępowania usprawniającego - u osób, u których wykonanie GMFM będzie niemożliwe.

6. Pomiar Niezależności Funkcjonalnej dla Dzieci (WeeFIM) – ocena pacjentów w wieku od 6 miesięcy do 8 lat

Na etapie składania projektu beneficjent musi udowodnić, że w terminie na jaki zaplanowany jest projekt będzie w stanie udzielać świadczeń przy użyciu zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu.

B. Planowane interwencje

Pierwszym etapem interwencji jest kwalifikacja uczestników. Beneficjent musi zweryfikować, czy osoba zgłoszona do udziału w programie spełnia kryteria włączenia. Do programu mogą zostać zakwalifikowane tylko te osoby, które spełniają jednocześnie wszystkie kryteria włączenia. Beneficjent ma prawo wykluczenia z udziału w programie uczestnika, u którego wystąpi co najmniej jedno kryterium wyłączenia.

Drugim etapem po zakwalifikowaniu uczestnika do udziału w programie jest wykonanie badań początkowych w okresie do 6 tygodni poprzedzających cykl terapeutyczny. Na podstawie ich wyników i potrzeb danego uczestnika zostanie wyznaczony indywidualny cel terapii zgodny z zasadą SMART. Jego osiągniecie będzie ocenianie przy zastosowaniu Skali Oceny Osiągania Celów (Goal Assessment Scaling, GAS) po zakończeniu cyklu terapeutycznego. Każdy cykl terapeutyczny rozpoczyna się i kończy badaniem klinicznym obejmującym testy funkcjonalne, badania ankietowe oraz analizę biometrycznych danych

wejściowych i wyjściowych uzyskiwanych z urządzeń terapeutycznych[2]. Trójwymiarowa, instrumentalna diagnostyka funkcji chodu jest wykonywana w okresie do 6 tygodni poprzedzających rozpoczęcie cyklu terapeutycznego a następnie w ciągu 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od zakończenia cyklu terapeutycznego, każdorazowo TIDFCh połączone jest z badaniem klinicznym.

Kolejny etap stanowi cykl terapeutyczny przy zastosowaniu zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu, takich jak: zrobotyzowane ortezy, systemy z odciążeniem dynamicznym, egzoszkielety. Przykładami takich urządzeń mogą być: egzoszkielet, bieżnia próżniowa, bieżnia diagnostyczno-terapeutyczna z regulacją obciążenia, zestaw platform balansometrycznych, zestaw urządzeń do treningów ruchowych z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości, szyna do ciągłego ruchu biernego. Rozwiązaniami o zbliżonym przeznaczeniu są: stół pionizacyjny z funkcją kroczenia Erigo oraz zrobotyzowane łóżko szpitalne z funkcją usprawniania kończyn dolnych ANYMOV. Wymienione urządzenia są przykładowymi modelami, służącymi do technologicznie wspomaganej biometrycznej rehabilitacji chodu spełniającymi warunki założone w programie. Wymienione urządzenia muszą być przystosowane do przeprowadzenia rehabilitacji funkcji chodu u dzieci od 5 roku życia. Konieczne jest stosowanie się do specyfikacji danych urządzeń w tym odniesienie się do stanu uczestnika oraz jego możliwości. Osoba zakwalifikowana do programu otrzymuje obligatoryjnie 10 sesji terapeutycznych składających się na cykl terapeutyczny. W ramach programu możliwe jest uczestnictwo tej samej osoby maksymalnie 2 razy w roku, 6 razy w ciągu 3 lat trwania programu. Co do zasady istnieje możliwość korzystania równocześnie ze świadczeń finansowanych w ramach NFZ pod warunkiem gdy nie dochodzi do powielania działań.

Kolejnym etapem w ramach programu zdrowotnego jest hydroterapia (w rozumieniu zajęć w wodzie, w basenie, a nie jako element fizykoterapii). Korzyści płynące z tego rodzaju terapii to przede wszystkim środowisko wodne, które zapewnia łatwiejszą aktywność pacjenta w prawidłowych sekwencjach ruchowych (ciepła woda wpływa korzystnie na rozluźnienie napięcia mięśniowego, mniejsze działanie siły grawitacji) oraz doświadczanie przez dziecko liniowości ciała. Dodatkowo umożliwia osiągnięcie normalizacji napięcia mięśniowego poprzez użycie różnych koncepcji pracy z pacjentem (Halliwick, Watsu). Środowisko wodne zwiększa poczucia niezależności przez dziecko, które w środowisku lądowym jest całkowicie zależne od osób trzecich oraz od siły grawitacji. Przygotowanie do chodu w środowisku wodnym może stanowić pierwszy etap nauki chodzenia (łatwiejsza adaptacja prawidłowej sekwencji ruchów), który następnie może

[2] Badanie końcowe zostanie przeprowadzone bezpośrednio po ukończeniu cyklu terapeutycznego oraz zostanie powtórzone po około 6 tygodniach.

być kontynuowany w warunkach stacjonarnych. Zajęcia w basenie mogą stanowić element uzupełniający ćwiczeń zwiększających zakres ruchu w stawach lub utrzymywać ten efekt.

Dodatkowym wsparciem takim jak: zakwaterowanie na czas trwania cyklu terapeutycznego oraz transport z miejsca noclegu do miejsca realizacji świadczeń - objęci będą uczestnicy programu wraz z rodzicami/opiekunami zamieszkali w odległości większej niż 30 km od miejsca realizacji świadczeń[3].

Przykładowy program jednej sesji terapeutycznej:

Jedna sesja - czas trwania 3 do 6 godz. W ciągu tego czasu następuje:

- rozgrzewka
- ćwiczenia na platformach równoważnych

przerwa – podczas przerwy fakultatywnie przeprowadzane będą zajęcia pedagogiczno-integracyjne

I. sesja terapii chodu (do 45 min. - w zależności od możliwości koncentracji i zaangażowania leczonego) z zastosowaniem:

- bieżni podwieszanej lub
- bieżni próżniowej lub
- egzoszkieletu

przerwa – podczas przerwy fakultatywnie przeprowadzane będą zajęcia pedagogiczno-integracyjne

- ćwiczenia ogólnousprawniające

II. sesja terapii chodu (30 min. - j.w.) z zastosowaniem wyżej wymienionych urządzeń terapeutycznych lub :

- wirtualnej rzeczywistości

Zajęcia w basenie w formie hydroterapii (rozumianej nie jako element fizykoterapii) – maksymalnie 4 sesji po 60 minut/osobę.

W zależności od indywidualnych możliwości uczestnika programu, podczas lub po zakończonej sesji terapeutycznej, leczony ma mieć zapewnioną możliwość uczestniczenia w zajęciach pedagogicznych (w zależności od wieku dziecka) lub zajęciach integracyjnych skierowanych dla młodych dorosłych. Celem

[3] Finansowanie zakwaterowania oraz transportu będzie realizowane do momentu osiągnięcia limitu kwoty, jaki zostanie zadeklarowany w projekcie.

powyższego jest zapewnienie ciągłości zajęć edukacyjnych (zajęcia szkolne, przedszkolne) i zapewnienie zakwalifikowanym uczestnikom ciągłości nauki (w przypadku dzieci starszych i młodzieży) lub odpoczynku (dzieci w wieku przedszkolnym). Dodatkowo opiekunowie osób zakwalifikowanych do programu mają możliwość korzystania z sesji szkoleniowych na temat przystosowania do funkcjonowania w społeczeństwie osób z MPD.

Ostatni etap po zakończeniu pełnego cyklu terapeutycznego to wykonanie badania końcowego, podczas którego należy użyć tych samych badań i pomiarów, jak podczas badania początkowego. Pozwoli to porównać stan zdrowia uczestnika przed rozpoczęciem interwencji i po jej udzieleniu[4].

Badania końcowe:

- badania kliniczne wraz z czaso-przestrzenną oceną funkcji chodu (skale i pomiary) - przeprowadzone bezpośrednio po ukończeniu cyklu terapeutycznego:
- badania kliniczne wraz z czaso-przestrzenną oceną funkcji chodu (skale i pomiary) – przeprowadzone około 6 tygodni po zakończeniu cyklu
- Trójwymiarowej Instrumentalnej Diagnostyki Funkcji Chodu (TIDFCh) - przeprowadzone w ciągu 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od zakończeniu każdego cyklu terapeutycznego

Działania informacyjno-szkoleniowe i informacyjno-edukacyjne

Beneficjent przeprowadzi sesje szkoleniowe dla rodziców/opiekunów osób z MPD z udziałem psychologa, o tematyce: przyszłość funkcjonalna osoby z MPD. Zajęcia będą prowadzone w formie wykładu ogólnego oraz jako sesje indywidualne.

Adresatami szkolenia będą tzw. „główni opiekunowie” - rodzice wszystkich objętych programem terapeutycznym dzieci (około 888 osób)

Szkolenie będzie obejmować wykłady (4x1 godzina) o tematyce:

1. Adaptacja społeczna osoby z MPD

2. Określenie możliwości realizacji celów rehabilitacji osoby niepełnosprawnej w aspekcie udziału w życiu społecznym (rodzina, środowisko) oraz zawodowym (szkoła, praca)

[4] W przypadku gdy dziecko uczestniczy kolejny raz w programie nie wykonuje się badań początkowych. Jako wyniki badań początkowych wykorzystuje się wyniki uzyskane podczas badań końcowych ostatniego uczestnictwa w programie. Do porównania z wynikami uzyskanymi po udzieleniu interwencji wykorzystuje się wyniki uzyskane w wyniku badań końcowych ostatniego uczestnictwa w programie.

3. Wypracowanie „wzorców osobowych” zachowań osób niepełnosprawnych w zakresie samodzielności i aktywności życiowej (praca zawodowa i aktywność sportowa)

4. Przedstawienie zasad Aktywnej Rehabilitacji i struktur pomocy osobom niepełnosprawnym.

Po zakończonej sesji wykładowej będzie możliwość zaplanowania indywidualnej sesji konsultacyjnej dla opiekunów uczestników programu w zależności od zainteresowania.

Szkolenie realizowane będzie przez psychologa we współpracy z fizjoterapeutą i lekarzem specjalistą ortopedii i traumatologii narządu ruchu i/lub rehabilitacji medycznej, bądź lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z ww. specjalizacji.

Beneficjent przeprowadzi również sesje edukacyjne dla fizjoterapeutów, zakończone otrzymaniem certyfikatu szkolenia w zakresie koncepcji biometrycznej, wspomaganej technologicznie rehabilitacji chodu u osób z MPD. Szkolenie obejmie tematy:

1. Koncepcja i zasady biometrycznej wspomaganej technologicznie rehabilitacji chodu u osób z MPD
2. Interpretacja obrazu radiologicznego stawów biodrowych u osób z MPD
3. Strategia postępowania rehabilitacyjnego u osób z MPD leczonych spazmolitycznie
4. Strategia postępowania rehabilitacyjnego u osób z MPD leczonych operacyjnie

Adresatami szkolenia są magistrowie/licencjaci fizjoterapii sprawujący opiekę rehabilitacyjną nad uczestnikami programu w ich miejscu zamieszkania. Warunkiem uczestnictwa jest zgłoszenie pisemnej oferty uczestnictwa w szkoleniu zgłoszonej drogą listowną lub elektroniczną. O zakwalifikowaniu na szkolenie będzie decydować kolejność zgłoszeń.

Szkolenie 2-dniowe obejmować będzie realizację wykładów w ilości 8 x 45 minut oraz ćwiczenia praktyczne w ilości 6 x 45 minut .

Szkolenie realizowane będzie przez lekarza specjalistę ortopedii i traumatologii narządu ruchu i/lub rehabilitacji medycznej, bądź lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z ww. specjalizacji oraz fizjoterapeutę.

C. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Kryteria włączenia do programu:

1. podpisanie druku świadomej zgody przez rodzica/opiekuna osoby aplikującej do programu na udział w programie (przykładowy wzór stanowi załącznik nr 3),

2. wiek między 5 a 21 rokiem życia określony będzie w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie na podstawie daty urodzenia,

3. rozpoznane MPD,

4. poziom funkcjonalny I - IV wg Klasyfikacji GMFCS (Gross Motor Function Classification System),

5. umiejętność samodzielnego chodzenia z wykorzystaniem wspomagania w postaci zaopatrzenia ortopedycznego (kule, trójnogi, balkonik, łuski) lub asysty drugiej osoby,

6. możliwość przejścia minimum 4 metrów samodzielnie, z wykorzystaniem wyżej wymienionego zaopatrzenia ortopedycznego lub w asekuracji osoby towarzyszącej,

7. możliwość komunikowania się pozwalająca na rozumienie poleceń terapeuty oraz sygnalizowanie bólu, dyskomfortu i potrzeb fizjologicznych,

8. brak aktywnej padaczki lekoopornej,

9. brak nierówności kończyn dolnych lub nierówność kończyn dolnych niewpływająca na funkcję lokomocji,

10. brak utrwalonych przykurczów i/lub deformacji kostno-stawowych,

11. brak objawowej ciężkiej osteoporozy (wcześniejsze złamania) w wywiadzie,

12. brak niestabilności stawów biodrowych lub innych deformacji istotnie wpływających na lokomocję (zwichnięcia stawów, złamania) oraz uniemożliwiających trening z użyciem zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu,

13. brak zmian zapalnych skóry i/lub otwartych uszkodzeń skóry w okolicach tułowia i kończyn dolnych uniemożliwiających trening z użyciem zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu,

14. brak przeciwwskazań do treningu na bieżni (np.: choroby układu krążenia, oddechowego o znacznym nasileniu).

Do programu będą mogły zostać włączone tylko osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia.

Kryteria wyłączenia z programu:

1. przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału dziecka w dalszych działaniach programu

2. wystąpienie aktywnej padaczki lekoopornej

3. niestabilność kostno-stawowa lub inne poważne problemy ortopedyczne powstałe podczas trwania programu

4. zmiany zapalne skóry i/lub otwarte uszkodzenia skóry w okolicach tułowia i kończyn dolnych uniemożliwiające trening z użyciem zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu

5. nieusprawiedliwiona absencja na 5 sesjach terapeutycznych (nieobecność usprawiedliwiona w przypadku, kiedy będzie ona wynikała: ze stanu zdrowia uczestnika (innego niż zawarte w kryteriach wykluczenia) tymczasowo uniemożliwiającego przeprowadzenie sesji terapeutycznej popartego dokumentacją medyczną, ze zdarzenia losowego o szczególnym znaczeniu (do oceny przez beneficjenta)

6. brak wskazań funkcjonalnych do prowadzenia terapii

7. dwukrotne uczestnictwo w danym roku w przedmiotowym programie.

Beneficjent wykluczy z udziału w programie uczestnika, u którego podczas wykonywania interwencji wystąpi co najmniej jedno kryterium wyłączenia. W przypadku wykluczenia uczestnika z programu, beneficjentowi przysługuje płatność za faktycznie wykonane uczestnikowi świadczenia.

O zakwalifikowaniu do programu będą decydować następujące czynniki:

1. spełnienie kryteriów włączenia

2. kolejność zgłoszeń

Przy rekrutacjach w ramach kolejnych cykli terapeutycznych pierwszeństwo udziału w programie będą mieć osoby, które nie korzystały jeszcze z wsparcia w ramach programu.

W przypadku zapełnienia listy rekrutacyjnej istnieje możliwość zakwalifikowania się do programu w przypadku zwolnienia się miejsca (będą o tym informacje w trakcie trwania programu).

Beneficjent zaplanuje na etapie składania projektu w jakich odstępach czasu będzie prowadził kwalifikację do programu. Kwalifikacja do programu nie może odbywać się rzadziej niż raz na pół roku.

Zgłoszenia do projektu mogą być przyjmowane: pocztą elektroniczną, listownie, telefonicznie oraz osobiście. Na etapie składania projektu beneficjent zaplanuje sposób przyjmowania zgłoszeń. Musi on być zgodny z zasadą równości szans i niedyskryminacji. Beneficjent ma obowiązek prowadzenia rejestru zgłoszeń do programu zgodnie z zapisami rozdziału VI A.

Dopuszczalne jest uczestnictwo w programie więcej niż raz. Jedna osoba może uczestniczyć w programie maksymalnie 2 razy w roku, 6 razy w ciągu 3 lat trwania programu. Beneficjent ma obowiązek monitorować liczbę osób zakwalifikowanych do programu w danym roku zgodnie z miernikami efektywności wskazanymi w rozdziale II D, w tym liczbę osób ponownie zakwalifikowanych w danym roku.

D. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

1. Świadczenia w ramach programu są udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.

2. Udział w programie jest dobrowolny.

3. Rodzic/opiekun uczestnika musi przedłożyć beneficjentowi wypełniony druku świadomej zgody na udział w programie przed rozpoczęciem działań w ramach programu (przykładowy wzór zgody stanowi załącznik nr 3).

4. O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń.

5. Do programu będą włączone tylko osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia.

6. Świadczenia programu będą przerywane, a uczestnik zakończy udział w programie w przypadku kiedy zaistnieje którekolwiek z kryteriów wyłączenia.

7. Świadczenia w ramach programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.

8. Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu nie będzie wpływało negatywnie na inne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych udzielane przez tego beneficjenta.

9. Uczestnicy programu będą poinformowani o źródłach finansowania programu.

10. Dopuszczalne jest uczestnictwo w programie więcej niż jeden raz. Jedna osoba może uczestniczyć w programie maksymalnie 2 razy w ciągu roku, 6 razy w ciągu 3 lat trwania programu.

11. W przypadku osób uczestniczących kolejny raz w programie nie wykonuje się badań początkowych. Jako wyniki badań początkowych wykorzystuje się wyniki uzyskane podczas badań końcowych ostatniego uczestnictwa w programie. Do porównania z wynikami uzyskanymi po udzieleniu interwencji wykorzystuje się wyniki uzyskane podczas badań końcowych ostatniego uczestnictwa w programie.

12. Do wykonania cyklu terapeutycznego wykorzystane zostaną: zrobotyzowane ortezy, systemy z odciążeniem dynamicznym, egzoszkielety, bieżnia diagnostyczno-terapeutyczna z regulacją obciążenia, zestaw platform balansometrycznych, zestaw urządzeń do treningów ruchowych z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości, szyny do ciągłego ruchu biernego. Rozwiązaniami o zbliżonym przeznaczeniu mogą być: stół pionizacyjny z funkcją kroczenia Erigo oraz zrobotyzowane łóżko szpitalne z funkcją usprawniania kończyn dolnych ANYMOV. Wymienione urządzenia muszą obejmować możliwość przeprowadzenia rehabilitacji funkcji chodu u dzieci od 5 roku życia.

13. Realizator powinien zapewnić:

    - kadra lekarska: lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu z minimum 2-letnim doświadczeniem w rehabilitacji dziecięcej lub ortopedii dziecięcej (odpowiednio)

    - kadra fizjoterapeutyczna: fizjoterapeuta (stopień licencjacki lub magisterski) z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami pediatrycznymi

- personel pracowni laboratorium chodu: fizyk medyczny lub bioinżynier, fizjoterapeuta (stopień licencjacki lub magisterski), lekarz specjalista rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu z minimum 2-letnim doświadczeniem w rehabilitacji dziecięcej lub ortopedii dziecięcej (odpowiednio)

- kadra psychologiczno-pedagogiczna: psycholog, pedagog

- kadra pracowników administracyjno-technicznych

- kadra pielęgniarska

- pracownicy pomocniczy

14. Zapewnienie wykonania Trójwymiarowej Instrumentalnej Diagnostyki Funkcji Chodu (TIDFCh

15. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

16. Organizator powinien zapewnić bazę hotelową oraz transport (z bazy hotelowej do miejsca realizacji świadczeń) dla osoby biorącej udział w programie i dla jego opiekuna zamieszkałych w odległości większej niż 30 km od miejsca realizacji świadczeń.

E. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Interwencje przewidziane programem w tym: instrumentalna diagnoza funkcji chodu i rehabilitacja z zastosowaniem nowych technologii takich jak zrobotyzowane ortezy do rehabilitacji chodu, zrobotyzowane systemy rehabilitacji w wirtualnej rzeczywistości, egzoszkielety nie są finansowane z NFZ. Do podobnych świadczeń dostępnych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w omawianym zakresie można zaliczyć: badanie lekarskie; indywidualną rehabilitację ruchową; terapię grupową; terapię zajęciową. Diagnostyka i terapia chodu z zastosowaniem nowych technologii będzie wartościowym uzupełnieniem świadczeń w ramach NFZ o funkcjonalną rehabilitację czynności lokomocji spełniającym wymóg wieloprofilowości oddziaływań terapeutycznych.

F. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Niniejszy program dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia określonych w art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na terenie województwa wielkopolskiego. NFZ finansuje jedynie cześć świadczeń, niestanowiących głównej interwencji programu. Ponadto program oferuje również wsparcie w zakresie podniesienia poziomu wiedzy fizjoterapeutów oraz świadomości rodziców/opiekunów dzieci z MPD, co tworzy spójny i kompleksowy program zdrowotny.

G. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

1. zaistnieje któregokolwiek z kryteriów wyłączenia, o których mowa w rozdziale IV C

2. zostaną mu udzielone wszystkie świadczenia przewidziane w programie

Dopuszczalne jest uczestnictwo w programie więcej niż jeden raz. Jedna osoba może uczestniczyć w programie maksymalnie 2 razy w roku, 6 razy w ciągu 3 lat trwania programu

Ponadto uczestnicy będą mogli skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego lub prywatnego w przypadku potrzeby/chęci skorzystania z diagnostyki i/lub terapii.

Przeprowadzone szkolenie fizjoterapeutów oraz program edukacyjny dla rodziców/opiekunów osób z MPD pozwoli na kontynuację właściwej dalszej rehabilitacji w warunkach miejsca zamieszkania.

H. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Świadczenia w ramach programu udzielane na terenie wskazanym w projekcie przez beneficjenta powinny być realizowane w pomieszczeniach spełniających wszelkie wymagania określone w obowiązującym prawie. Świadczeń będzie udzielał personel z odpowiednimi kwalifikacjami. Dokumentacja zgromadzona podczas trwania programu musi być chroniona na zasadach ochrony dokumentacji medycznej zgodnych z obowiązującym prawem. Dane osobowe pacjentów biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim a ich administratorem będzie beneficjent.

Terapia chodu z zastosowaniem robotów jest bezpieczna dla pacjentów, nie występują czynniki szkodliwe, a w literaturze przedmiotu nie opisano istotnych działań niepożądanych. Bezpieczeństwo stosowania robotów w terapii zaburzeń chodu u dzieci oceniana było dotychczas w jednej pracy. Stwierdzono wysoki profil bezpieczeństwa. Obserwowano jedynie zaczerwienienie skóry na skutek kontaktów z elementami urządzenia, ból stawów i mięśni wynikający ze zmęczenia (28).

Interwencje stosowane w ramach trwania programu nie stanowią żadnego zagrożenia dla zdrowia pacjentów, nie wiążą się też ze stresem ani bólem. Wymagane jest by sprzęt stosowany w programie posiadał wszystkie niezbędne certyfikaty.

Przed rozpoczęciem udzielania świadczeń przeprowadzana będzie kwalifikacja, pozwalająca stwierdzić ewentualne przeciwskazania do uczestniczenia w programie.

I. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Beneficjent ma obowiązek zapewnić następujące warunki:

1. świadczenia w ramach programu będą udzielane w miejscu i pomieszczeniach dostosowanych do obowiązujących przepisów prawa oraz spełniające normy dla osób z grupy docelowej

2. sprzęt wykorzystany do przeprowadzenia interwencji określonej w programie (tj. zrobotyzowane ortezy, systemy z odciążeniem dynamicznym, egzoszkielety, bieżnia diagnostyczno-terapeutyczna z regulacją obciążenia, zestaw platform balansometrycznych, zestaw urządzeń do treningów ruchowych z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości, szyny do ciągłego ruchu biernego, stół pionizacyjny z funkcją kroczenia Erigo oraz zrobotyzowane łóżko szpitalne z funkcją usprawniania kończyn dolnych ANYMOV) spełnia wszelkie kryteria, dopuszczające go do udzielania grupie docelowej świadczeń medycznych

3. zapewnienie przeprowadzenia Trójwymiarowej Instrumentalnej Diagnostyki Funkcji Chodu (TIDFCh) – na jednym z zestawów diagnostycznych posiadających rekomendacje, np. Vicon, BTS, Noraxon

4. personel uczestniczący w programie jest odpowiednio przeszkolony, posiada odpowiednie wykształcenie w zależności od wykonywanych czynności oraz jeśli wymagają tego przepisy prawa posiada czynne prawo wykonywania zawodu (patrz adnotacja poniżej)

5. organizator powinien zapewnić bazę hotelową oraz transport (z bazy hotelowej do miejsca realizacji świadczeń) dla osoby biorącej udział w programie i dla jego opiekuna zamieszkałych w odległości większej niż 30 km od miejsca realizacji świadczeń

Minimalne wymagania dotyczące kompetencji kadry wykonujących działania w ramach programu przedstawiają się następująco:

1. kwalifikacja uczestników do programu na podstawie kryteriów włączania wykonywana musi być przez lekarza specjalistę jednej z dziedzin: ortopedia i traumatologia narządu ruchu, rehabilitacja medyczna lub przez lekarza w trakcie specjalizacji z wymienionych dziedzin medycyny z minimum 2-letnim doświadczeniem w ortopedii dziecięcej lub rehabilitacji dziecięcej (odpowiednio) ;

2. wykonanie badań początkowych realizowane musi być przez lekarza specjalistę jednej z dziedzin: rehabilitacja medyczna, ortopedia i traumatologia narządu ruchu lub przez lekarza w trakcie specjalizacji z wymienionych dziedzin medycyny z minimum 2-letnim doświadczeniem w ortopedii dziecięcej lub rehabilitacji dziecięcej (odpowiednio) . Dopuszczalne jest prowadzenie badań początkowych przez przeszkolonego fizjoterapeutę z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami pediatrycznymi jedynie pod nadzorem lekarza spełniającego w/w warunki.

3. przeprowadzenie u osób zakwalifikowanych do programu pełnego cyklu terapeutycznego wykonywane musi być przez fizjoterapeutę pod nadzorem lekarza specjalisty jednej z dziedzin: rehabilitacja medyczna, ortopedia i traumatologia narządu ruchu lub przez lekarza w trakcie specjalizacji z wymienionych dziedzin medycyny z minimum 2-letnim doświadczeniem w ortopedii dziecięcej lub rehabilitacji dziecięcej (odpowiednio).

4. wykonanie badań końcowych realizowane musi być przez lekarza specjalistę jednej z dziedzin: rehabilitacja medyczna, ortopedia i traumatologia narządu ruchu lub przez lekarza w trakcie specjalizacji z wymienionych dziedzin medycyny z minimum 2-letnim doświadczeniem w ortopedii dziecięcej lub rehabilitacji dziecięcej (odpowiednio). Dopuszczalne jest prowadzenie badań końcowych przez przeszkolonego fizjoterapeutę z minimum 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami pediatrycznymi jedynie pod nadzorem lekarza spełniającego w/w warunki.

Kompetencje kadry wykonującej inne działania (np. pracownicy laboratorium chodu, nauczyciele, terapeuci zajęciowi, psycholog) w ramach programu zależą od decyzji beneficjenta przy uwzględnieniu przepisów obowiązującego prawa. Na etapie składania projektu beneficjent musi udowodnić, że w terminie na jaki zaplanowany jest przedłożony projekt będzie w stanie udzielać świadczeń przy użyciu zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu.

Program będzie realizowany na obszarze województwa wielkopolskiego. Planuje się wybór w drodze konkursu jednego realizatora, który wskaże miejsce/miejsca realizacji działań zaplanowanych w programie.

J. Dowody skuteczności planowanych działań

Diagnostyka laboratoryjna chodu diametralnie zmieniła terapię zaburzeń chodu u osób z MPD. Pozwoliła na dokładną analizę, nierzadko bardzo złożonych problemów funkcjonalnych pacjentów. Jej zastosowanie wywarło ogromny wpływ na planowanie terapii zachowawczej i zabiegowej (włączając w to leczenie preparatami spazmolitycznymi, zastosowaniem odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego) zmieniając dotychczasową praktykę kliniczną. Obecnie pełno profilowe badanie chodu oceniające kinematykę i kinetykę jest nieodzownym standardem (29, 30, 31, 32) u pacjentów z MPD.

Wiele prac wykazało użyteczność zrobotyzowanych systemów rehabilitacji u pacjentów z nabytymi uszkodzeniami mózgu, urazami rdzenia kręgowego i innymi chorobami neurologicznymi (np. choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, MPD). W 1994 roku Hesse i wsp. zademonstrowali skuteczność terapii z zastosowanie odciążenia i bieżni u niechodzących pacjentów z hemiplegią (33). W kolejnych latach wykazano skuteczność rehabilitacji z zastosowaniem robotów w ww. chorobach i zespołach (34-38). Rehabilitacja technologicznie wspomagana wpływa na poprawę bezpieczeństwa pacjenta, jego zaangażowanie, powtarzalność ruchu, dokładne odwzorowanie kinematyki chodu, możliwość obsługi przez jednego terapeutę. Istnieją dowody, że terapia ta wpływa na organizację kory mózgowej, naukę i/lub rozwój motoryki (39). Skuteczność ww. terapii w grupie dorosłych pacjentów z udarem mózgu została już potwierdzona (40). Kilka grup badaczy wykazało pozytywny wpływ terapii z zastosowaniem robotów w populacji dziecięcej na stanie i chodzenie, który utrzymywał się po sześciu miesiącach od leczenia [(41, 42, 43). Trening z wykorzystaniem zrobotyzowanej ortezy z dodatkową motywacją ze strony terapeuty może znacząco wpłynąć na zwiększenie aktywności mięśniowej, oraz może indukować fizjologiczne wzorce aktywności mięśniowej, co pozwala twierdzić, że stymuluje mechanizmy naprawcze a nie kompensacyjne (44). Dodatkowo uważa się, że połączenie biernego rozciągania z aktywnym ruchem przy zastosowaniu robota, wykazywało poprawę w zakresie właściwości biomechanicznych stawów, kontroli motorycznej i funkcjonalnej zdolności do utrzymania równowagi i mobilności u dzieci z MPD.

Wirtualna rzeczywistość jest najbardziej innowacyjna technologią i będzie odgrywać główna rolę w rehabilitacji w nadchodzących latach, zwłaszcza w połączeniu z robotami (45-48). Wykazano ostatnio, że systemy oparte na wirtualnej rzeczywistości są skuteczne w rehabilitacji pourazowej, po udarze mózgu czy po urazach OUN (49-51). Wykazano także użyteczność systemów opartych na wirtualnej rzeczywistości w diagnostyce i terapii zaburzeń chodu u dzieci z MPDZ (52,53).

W celu polepszenia efektów terapii zalecane jest używanie środowiska wirtualnej rzeczywistości, których celem jest zwiększenie zaangażowania uczestników w terapię. W przeglądach Lefmann 2017, Ravi 2016,

wykazano, że stosowanie gier w wirtualnej rzeczywistości np. piłka nożna lub zachęty ze strony terapeuty, zwiększały aktywne zaangażowanie dzieci w terapię i jej ukończenie. Oprócz rozwijania umiejętności motorycznych, wirtualna rzeczywistość pomaga w poprawie umiejętności wizualnych i słuchowych. Na podstawie przeglądu Ravi 2016 (54) nie można opracować wniosków dotyczących przewagi treningu wirtualnej rzeczywistości nad tradycyjnym podejściem terapeutycznym, jednak autorzy rekomendują stosowanie wirtualnej rzeczywistości jako dodatek do standardowych dostępnych terapii.

W celu uzyskania lepszej współpracy i motywacji pacjenta podczas sesji terapeutycznych, zalecane jest, aby terapeuta prowadził dodatkowe ćwiczenia. Wskazane jest wykorzystywanie biofeedback'u, umożliwiającego ocenę stopnia zaangażowania pacjenta w proces terapii np. przez graficzny zapis cyklu chodu na monitorze komputera oraz wzrost motywacji pacjenta poprzez dostarczenie sygnałów zwrotnych – wizualnych oraz proprioceptywnych. Dodatkowo treningi wzbogacane mogą być aplikacjami z wykorzystaniem trójwymiarowych technik i projektorów 3D, umożliwiających głęboką percepcję, pozwalającą przenieść się w środowisko sztucznie generowane przez komputer.

Zajęcia hydroterapii przeprowadzane w basenie stanowią dodatkową możliwość rozszerzenia rehabilitacji dla osób z MPD. W terapii z dużym powodzeniem stosuje się metodę Hallwicka, która opiera się na ćwiczeniach rotacyjnych wokół poszczególnych osi ciała. Jest to metoda zarówno nauki pływania, rekreacji, jak i terapii. Taka forma hydroterapii nie wymaga stosowania żadnych dodatkowych przyborów, co znacznie bardziej angażuje mięśnie chorego (55).

Przeprowadzone sesje edukacyjne dla fizjoterapeutów (zakończone otrzymaniem certyfikatu szkolenia w zakresie koncepcji biometrycznej, wspomaganej technologicznie rehabilitacji chodu u osób z MPD) oraz program edukacyjny dla rodziców/opiekunów osób z MPD pozwoli na kontynuację właściwej dalszej rehabilitacji w miejscu zamieszkania uczestnika programu.

V. Koszty

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020 oraz Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 (55,56).

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu, który otrzyma dofinansowanie w ramach konkursu. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki

zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie. Beneficjent na etapie wniosku o dofinansowanie przygotuje szczegółowy budżet projektu.

Całkowity koszt programu: Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego wynosi 20 000 000 zł (w tym dofinansowanie UE+ BP 18 000 000 zł wkład własny 2 000 000 zł). Koszt jednostkowy na pacjenta objętego wyłącznie 1 pełnym cyklem terapeutycznym wynosi 6 635,00 zł a w przypadku zakwalifikowania pacjenta po raz kolejny do programu (bez badań początkowych) koszt jednostkowy będzie wynosił ok. 6 105,00 zł.

A. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe programu można podzielić na następujące elementy:

- Koszty działań medycznych.
- Koszty działań informacyjno-szkoleniowych skierowanych do lekarzy.
- Koszty działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów dzieci.
- Pozostałe koszty.

Jednym z ważniejszych elementów programu jest przeprowadzenie diagnostyki i rehabilitacji zaburzeń funkcji chodu u dzieci i młodych dorosłych z MPD.

Tabela 3. Koszt jednostkowy pełnego cyklu rehabilitacyjnego w podziale na poszczególne elementy:

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy elementu	Uwagi
Koszt kwalifikacji uczestnika do programu	130,00 zł*	* jeden raz w ciągu roku w trakcie trwania programu – przed sesją pierwszorazową

Badanie początkowe	700,00 zł* 300,00 zł**	* pierwszorazowe w skład badania początkowego wchodzi TIDFCh wyceniana na 400 zł ** kolejne w ciągu roku - nie obejmuje kosztów TIDFCh
Opracowanie wyników, postawienie celów terapii zaplanowanego cyklu terapeutycznego	230,00 zł	
10 sesji terapeutycznych	4 195,00 zł	pojedyncza sesja została wyceniona na 419.50 zł (elementy terapii wskazane w pkt. IV B)
Zajęcia terapeutyczne na basenie – 4 sesji 60 minut	380,00 zł	pojedyncza sesja 60 minut została wyceniona na 95,00 zł
Badanie końcowe	300,00 zł* 300,00 zł** 400,00 zł**	* badanie kliniczne końcowe wykonane na koniec cyklu terapeutycznego ** badanie kliniczne końcowe wykonane ok. 6 tygodni po zakończeniu cyklu *** TIDFCh wykonana w ciągu 6 +/- 1 miesięcy
Koszt jednostkowy	6 635,00 zł* 6 105,00 zł**	* sesja pierwszorazowa ** kolejna sesja w ciągu roku

LEGENDA

Kwalifikacja uczestnika do programu; koszt 130 PLN:

1. Osoba wykonująca: lekarz specjalista: rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub osoba specjalizująca się w ww. dziedzinach

2. Zadania:
    1. Ocena wstępna prawidłowości zgłoszenia do programu
    2. Ocena kliniczna: spełnienie kryteriów kwalifikacji, obecność kryteriów wykluczenia, ocena ryzyka wystąpienia problemów podczas realizacji programu terapeutycznego.

Badanie początkowe (pierwszorazowe w ciągu roku); koszt 700 PLN/:

1. Osoby wykonujące: lekarz specjalista: rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub osoba specjalizująca się w ww. dziedzinach; fizjoterapeuta; psycholog; fizyk medyczny
2. Zadania:
    1. wykonanie testów i pomiarów obligatoryjnych;
    2. wykonanie testów i pomiarów fakultatywnych zgodnie z wytycznymi
    3. Wykonanie TIDFCh + GDI połączone z badaniem klinicznym

Badanie początkowe (kolejne w ciągu roku w przypadku uczestnictwa osoby kolejny raz w programie); koszt 300 PLN:

1. Osoby wykonujące: lekarz specjalista: rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub osoba specjalizująca się w ww. dziedzinach; fizjoterapeuta; psycholog
2. Zadania:
    1. wykonanie testów i pomiarów obligatoryjnych;
    2. wykonanie testów i pomiarów fakultatywnych zgodnie z wytycznymi

Opracowanie wyników, postawienie celów terapii zaplanowanego cyklu terapeutycznego; koszt 230 PLN

1. Osoby wykonujące: zespół interdyscyplinarny, tj. lekarz specjalista: rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub osoba specjalizująca się w ww. dziedzinach; fizjoterapeuta; psycholog; fizyk medyczny; pielęgniarka.
2. Zadania:
    1. Indywidualna ocena możliwości lokomocyjnych uczestnika programu
    2. Ocena możliwości przystosowawczych i adaptacyjnych do wymogów programu i określenie intensywności treningu
    3. Określenie celów długoterminowych i krótkoterminowych zgodnych z systemem SMART
    4. Określenie kryteriów Skali Oceny Osiągania Celów (GAS)

Sesje terapeutyczne; koszt 10 x 419,50 PLN

1. Osoby wykonujące: fizjoterapeuta; lekarz specjalista: rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub osoba specjalizująca się w ww. dziedzinach; pielęgniarka, psycholog, opiekun zajęć integracyjnych.
2. Zadania:

1. przeprowadzenie leczenia zgodnie z ustalonymi wytycznymi

Badanie końcowe; koszt 300 PLN + 300 PLN + 400 PLN TIDFCh:

1. Osoby wykonujące: lekarz specjalista: rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub osoba specjalizująca się w ww. dziedzinach; fizjoterapeuta; psycholog; fizyk medyczny
2. Zadania:
    1. wykonanie testów i pomiarów obligatoryjnych - na koniec cyklu terapeutycznego
    2. wykonanie testów i pomiarów fakultatywnych zgodnie z wytycznymi - na koniec cyklu terapeutycznego
    3. wykonanie testów i pomiarów obligatoryjnych – około 6 tygodni po zakończeniu cyklu
    4. wykonanie testów i pomiarów fakultatywnych zgodnie z wytycznymi – około 6 tygodni po zakończeniu cyklu
    5. Wykonanie TIDFCh + GDI połączone z badaniem klinicznym (wykonywane w ciągu 6 miesiący +/- 1 miesiąc od zakończenia cyklu terapeutycznego)

Kolejnym elementem kosztów programu są koszty związane z działaniami informacyjno-szkoleniowymi skierowanymi do fizjoterapeutów oraz działaniami informacyjno-edukacyjnymi skierowanymi do rodziców/opiekunów.

KURSY DLA FIZJOTERAPEUTÓW – 2 X W ROKU

Przewidywana ilość kursów w ciągu 3 lat: 6 kursów (organizowanych około 2 razy w roku)

Harmonogram:
-Dzień 1
4 godz. (45 min.) wykładów
3 godz. (45 min.) ćwiczeń
-Dzień 2
4 godz. (45 min.) wykładów
3 godz. (45 min.) ćwiczeń

Liczba uczestników biorących udział w pojedynczym kursie: około 30 osób

Liczba osób biorących udział we wszystkich szkoleniach realizowanych w czasie trwania programu: około 180 osób

Koszty kursów dla fizjoterapeutów				
l.p.	Kategoria kosztu	Jednostka miary	Cena jednostkowa	Koszty łącznie
1.	Wykłady	godzina	8h x 170zł	1360zł
2.	Ćwiczenia	godzina	6h x 170zł	1020zł
3.	Sala wykładowa	godzina	8h x 100zł	800zł
4.	Sala ćwiczeniowa	godzina	6h x 100zł	600zł
5.	Materiały	osoba	30 x 30zł	900zł

6.	lunch	osoba	(30 x 25zł) x 2 dni	1500zł
Koszty łącznie (dla jednego kursu)				**6 180,00 zł**
Koszty łącznie na 3 lata (dla kursów organizowanych 2 razy w roku)				**37 080,00 zł**

KURSY DLA RODZICÓW / OPIEKUNÓW – 2 X W MIESIĄCU

Przewidywana ilość kursów w ciągu 3 lat: 60 kursów (organizowane mniej więcej 2 razy w miesiącu)

Harmonogram:

4 godz. (45 min.) wykładów

6 godz. (60 min.) indywidualnych konsultacji do dyspozycji uczestników kursu wg potrzeby i zainteresowania.

Liczba uczestników biorących udział w pojedynczym kursie: około 15 osób

Liczba opiekunów/rodziców biorących udział we wszystkich szkoleniach realizowanych w czasie trwania programu: około 888 osób

Koszty kursów dla rodziców / opiekunów				
l.p.	Kategoria kosztu	Jednostka miary	Cena jednostkowa	Koszty łącznie
1.	Wykłady	godzina	4h x 170zł	680zł
2.	Indywidualne konsultacje	godzina	6h x 100zł	600zł
3.	Sala wykładowa	godzina	4h x 100zł	400zł
4.	Materiały	osoba	15 x 30zł	450zł
5.	Catering	osoba	15 x 15zł	225zł
Koszty łącznie (dla jednego kursu)				**2 355 zł**
Koszty łącznie na 3 lata (dla kursów organizowanych 2 razy w miesiącu)				**141 300 zł**

Pozostałe koszty (m.in.: koszty zakupu sprzętu, ewaluacja, monitoring, koszty pośrednie itp.) Koszty pośrednie będą stanowiły odpowiedni % kosztów bezpośrednich założonych w projekcie – zgodnie z *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.* Ponadto beneficjent będzie miał możliwość zakupu środków trwałych związanych z realizacją projektu do 10% wartości projektu.

Podsumowanie składników kosztów jednostkowych

Lp.	Nazwa elementu	Wartość
1	Koszty działań medycznych.	13 695 500 zł
2	Koszty działań informacyjno-szkoleniowych skierowanych do fizjoterapeutów	37 080 zł
3	Koszty działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów dzieci	141 300 zł
4	Pozostałe koszty (m.in.: zakup sprzętu niezbędnego do realizacji działań edukacyjnych, szkoleniowych, przeprowadzenia badań/diagnostyki lub rehabilitacji ewaluacja, monitoring, koszty pośrednie itp.)	3 978 140 zł
5	Koszty zakwaterowania i transportu uczestników programu	2 147 980

Koszt całkowity realizacji cyklu terapeutycznego (wraz z badaniami początkowymi i końcowymi) będzie zależny od wyceny przedstawionej przez beneficjenta realizującego program w procedurze konkursowej, a także od ostatecznej liczebności populacji uczestniczącej. Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie.

C. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie w 85% ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Pozostałe 10% stanowią środki pochodzące z budżetu państwa. Wkład własny Beneficjenta, dla tego typu projektu, musi wynosić co najmniej 5%.

D. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

1. Wysoka skuteczności terapii przy użyciu zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji ruchu, potwierdzona badaniami klinicznymi.

2. Brak finansowania tego typu świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co w znacznym stopniu ogranicza dostępność do terapii dla pacjentów.

3. Korzystny wpływ terapii na ograniczenie niepełnosprawności ruchowej wśród dzieci i młodzieży z MPD.

4. Na terenie województwa wielkopolskiego do tej pory nie był realizowany podobny program zdrowotny.

5. W programie zostały określone szczegółowe kryteria wejścia i wyjścia z programu.

VI. Monitorowanie i ewaluacja programu.

Monitoring i ewaluacja programu będzie prowadzona w trzech podstawowych zakresach:

- ocena zgłaszalności do programu,

- ocena jakości świadczeń w programie

- ocena efektywności programu.

A. Ocena zgłaszalności do programu oraz jakości świadczeń

a. analiza raportów okresowych tworzonych w kwartalnych oraz rocznych interwałach czasowych w celu oceny zgłaszalności do programu,

b. sporządzanie rocznych i końcowych raportów zawierających zestawienia dotyczące stopnia realizacji celów, wykonanych świadczeń, zrealizowanych szkoleń, liczby pacjentów włączonych do programu, itp. zgodnie z określonymi w programie miernikami efektywności,

c. przeprowadzenie wśród pacjentów ankiety satysfakcji,

d. przeprowadzenie wśród fizjoterapeutów oraz rodziców/opiekunów, objętych szkoleniem ankiety satysfakcji,

e. przeprowadzenie wśród fizjoterapeutów oraz rodziców/opiekunów ankiety badającej poziom wiedzy.

Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowania na podstawie wartości mierników efektywności o numerach 1 i 2, wymienionych w rozdziale II D. Jakość świadczeń w programie będzie oceniana na podstawie wypełnionych ankiet (przykładowy wzór załącznik nr 2) przez osobę biorącą udział w programie, jej rodzica lub opiekuna. Przeprowadzanie ankiety satysfakcji i badania poziomu wiedzy będzie się odbywać po cyklu terapeutycznym, a wśród fizjoterapeutów po szkoleniu. Ponadto zgodnie z zapisami wytycznych w obszarze zdrowia IZ RPO zapewnia, że rezultaty i produkty wdrożenia RPZ zostaną poddane ewaluacji. Ewaluacja może zostać przeprowadzona na poziomie regionalnym przez IZ RPO (tj. badanie weryfikujące wpływ udzielanego wsparcia na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych na terenie województwa wielkopolskiego) albo może zostać zrealizowana w ramach ewaluacji realizowanej z poziomu krajowego, jeżeli tematyka RPZ została w niej uwzględniona.

B. Trwałość efektów zdrowotnych

Pomiar efektywności programu zostanie uzyskany poprzez miernik procent osób, u których nastąpiła poprawa czaso-przestrzennych parametrów oceny klinicznej chodu zweryfikowana na podstawie porównania wyników badań początkowych i końcowych. Badania obejmują:

1. Time Up&Go Test (TUG) *
2. 10 m test chodu (TMWT) **
3. 6 minutowy test chodu (6MWT) **
4. Skala Gross Motor Function Measure w części D (stanie), i E (chodzenie, bieganie i skakanie) (GMFM: D,E) **

5. Gillette Functional Assesment Questionnaire (Faq-10) *

6. Gilette Functional Questionnaire - 22 skills (Faq-22) *

7. The Functional Mobility Scale (FMS 5/50/500) *

8. Trójwymiarowa Instrumentalna Diagnostyka Funkcji Chodu (TIDFCh) *

9. ocena wyników rehabilitacji przy zastosowaniu systemu określania celów leczenia oraz Skali Oceny Osiągania Celów (SMART/GAS)

* - zgodnie z Gilette Children's Specialty Heathcare, na podstawie The Identification and Treatment of Gait Problems i Cerebral Palsy – James R. Gage, Michael H. Schwartz, Steven E. Koop, Tom F. Novacheck (58)

** - zgodnie z wytycznymi Cincinnati Children's Hospital Medical Center 2010

C. Ocena trwałości efektów programu

Ocena efektów zostanie wykonana bezpośrednio po zakończeniu cyklu terapeutycznego obejmującego wybraną bądź zadaną liczbę cykli terapeutycznych. Służyć temu mają badania porównawcze wyników uzyskanych podczas zaplanowanych badań klinicznych i funkcjonalnych, a także wyników instrumentalnej oceny lokomocji, w oparciu o GDI, wskazania parametrów czasowo-przestrzennych i pozostałych biometrycznych uzyskiwanych z urządzeń terapeutycznych, uzyskiwanych podczas trwania terapii. Obróbka statystyczna danych dokonana indywidualnie dla każdego pacjenta oraz kohortowo dla całej grupy objętej programem będzie wymiernym wskaźnikiem zastosowaniem terapii. Ryzykiem zastosowanej metodologii oceny jest brak możliwości oceny grupy kontrolnej (wszyscy chorzy objęci programem terapeutycznym) oraz brak możliwości wykluczenia naturalnego rozwoju funkcjonalnego osób z MPD na ostateczny stan funkcjonalny. Zmniejszeniem skutków wymienionych ryzyka będzie przeprowadzenie badań odległych, populacyjnych, które nie są bezpośrednio przedmiotem obecnego programu, ale stworzona baza kliniczna umożliwi jego kontynuowanie.

Uwzględnienie w terapii aspektów poznawczych i projektowanie wirtualnych scenariuszy (z zastosowaniem wirtualnej rzeczywistości) w połączeniu ze zrobotyzowanymi urządzeniami, zapewnia obiecujące wyniki na przyszłość.

VII. BIBLIOGRAFIA:

1. Koman, L.A., B.P. Smith, and J.S. Shilt, Cerebral palsy. Lancet, 2004. 363(9421): p. 1619 - 31.

2. Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe.Dev Med Child Neurol 2002, 44:633 - 640.

3. Rosenbaum, P., et al., A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl, 2007. 109: p. 8 - 14.

4. World Health Organization (2001). International Classificationof Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, Geneva.

5. Beckung E, Hagberg G, Uldall P, Cans C: Probability of walking in children with cerebral palsy in Europe. Pediatrics 2008, 121:e187 - e192.

6. Yeargin - Allsopp Mi wsp. Prevalence of cerebral palsy in 8 - year - old children in three areas of the United States in 2002: a multisite collaboration. Pediatrics 2008; 121: 547 – 54.

7. Stanley FJ, Watson L. Trends in perinatal mortality and cerebral palsy in Western Australia, 1967 to 1985. BMJ 1992; 304: 1658 - 63.

8. Hagberg B i wsp. Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991 – 94. Acta Paediatr 2001; 90: 271 - 77.

9. Pharoah PO I wsp. Epidemiology of cerebral palsy in England and Scotland, 1984 - 9. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1998; 79: F21 – 25.

10. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe. Dev Med Child Neurol 2002, 44:633 - 640.

11. Blair, E. Epidemiology of the cerebral palsies. Orthopedic Clinics of North America 2010; 41 (4), 44 1 - 455.

12. Paneth N. i wsp. The descriptive epidemiology of cerebral palsy. Clinics in Perinatology 2006; 33 (2), 251 – 267.

13. Himmelmann K. i wsp. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. IX. Prevalence and origin in the birth - year period 1995 – 1998. Act a Paediatr. 2005;94:287 – 294.

14. Dolk H i wsp. Trends in the prevalence of cerebral palsy in Northern Ireland, 1981 – 1997. Dev Med Child Neurol. 2006;48:406 - 412.

15. Odding E. i wsp. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. Disab il Rehabil, 2006. 28(4): p.183 - 91.

16. Andersen G. i wsp. Cerebral palsy in Norway: prevalence, subtypes and severity. Eur J Paediatr Neurol. 2008;12:4 - 13.

17. Platt M.J. i wsp. Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (less than1500 g) or born prematurely (less than 32 weeks) in 16 European centres: a database study. Lancet. 2007;369:43 – 50.

18. Topp M. i wsp. Multiple birth and cerebral palsy in Europe: a multicenter study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83:548 – 553.

19. Zgorzalewicz B. i wsp . Aktualny stan badań nad rozpowszechnieniem mózgowego porażenia dziecięcego, Przegl. Pediatr. 1990;20(1): 6.

20. Michałowicz R: Mózgowe porażenie dziecięce. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001; 17 - 26, 7.

21. Mapy potrzeb zdrowotnych dla Województwa Wielkopolskiego, http://www.mpz.mz.gov.pl/wojewodztwo-wielkopolskie/

22. Bank Danych Lokalnych GUS, https://bdl.stat.gov.pl/,

23. . Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B: Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 1997 Apr;39(4):214-23.

24. Himmelmann K, Beckung E, Hagberg G, Uvebrant P Gross and fine motor function and accompanying impairments in cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2006 Jun;48(6):417-23.

25. Novak, I., et al., A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. Dev Med Child Neurol, 2013. 55(10): p. 885 - 910.

26. Molenaers G. i wsp. Botulinum toxin A treatment of the lower extremities in children with cerebral palsy. J Child Orthop. 2013 Nov;7(5):383 - 72.

27. Calabrò R.S. i wsp. Robotic gait rehabilitation and substitution devices in neurological disorders: where are we now? Neurol Sci. 2016 Apr;37(4):503 - 14.

28. Borggraefe I. Safety of robotic - assisted treadmill therapy in children and adolescents with gait impairment: a bi-centre survey. Dev Neurorehabil. 2010;13(2):114-9.

29. Gage JR i wsp. Gait analysis: principles and applications. J Bone Joint Surg Am 1995; 77:1607 – 1623J

30. Molenaers G. i wsp. The use of botulinum toxin A in children with cerebral palsy, with a focus on the lower limb J Child Orthop 2010; 4:183 – 195 .

31. DeLuca PA i wsp. Alterations in surgical decision making in patients with cerebral palsy based on three - dimensional gait analysis. 1997; J Pediatr Orthop 17:608 – 614 .

32. Molenaers G i wsp. The effects of quantitative gait assessment and botulinum toxin A on musculoskeletal surgery in children with cerebral palsy. J Bone Joint Surg Am 2006; 88:161 – 170.

33. Hesse S. i wsp. Restoration of gait in nonambulatory hemiparetic patients by treadmill training with partial body - weight support. Arch Phys Med Rehabil 1994; 75(10):1087 – 1093

34. Morone G. i wsp. Who may have durable benefit from robotic gait training?: a 2 - year follow-up randomized controlled trial in patients with subacute stroke. Stroke 2012; 43(4):1140 – 1142.

35. van Nunen MPi wsp. Recovery of walking ability using a robotic device in subacute stroke patients: a randomized controlled study. Disabil Rehabil Assist Technol 2015; 10(2):141 – 148.

36. Borggraefe I. i wsp. Robotic - assisted treadmill therapy improves walking and standing performance in children and adolescents with cerebral palsy. Eur J Paediatr Neurol 2010; 14(6):496 – 502.

37. Fleerkotte BM i wsp. The effect of impedance - controlled robotic gait training on walking ability and quality in individuals with chronic incomplete spinal cord injury: an explorative study. J Neuroeng Rehabil 2014; 11:26 .

38. Lo AC, Triche EW. Improving gait in multiple sclerosis using robot - assisted, body weight supported treadmill training. Neurorehabil Neural Repair 2008; 22:661 – 6717.

39. Turner DL i wsp. Neurophysiology of robot - mediated training and therapy: a perspective for future use in clinical populations. Front Neurol. 2013 Nov 13 ;4:184.

40. Mehrholz J i wsp. Electromechanical - assisted training for walking after stroke.Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 25;7:CD006185.

41. Schroeder AS i wsp. Patient - specific determinants of responsiveness to robot - enhanced treadmill therapy in children and adolescents with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2014 Dec;56 (12) .

42. Arellano - Martínez IT i wsp. Spatial - temporal analysis and clinical findings of gait: comparison of two modalities of treatment in children with cerebral palsy - spastic hemiplegia. Preliminary report Cir Cir, 2013 Jan - Feb;81(1):14 - 20.

43. Borggraefe I. Sustainability of motor performance after robotic - assisted treadmill therapy in children: an open, non - randomized baseline - treatment study. Eur J Phys Rehabil Med. 2010 Jun;46(2):125 - 31.

44. Aurich Schuler T. i wsp., Leg surface electromyography patterns in children with neuro - orthopedic disorders walking on a treadmill unassisted and assisted by a robot with and without encouragement. Neuroeng Rehabil, 2013 Jul 18, 10:78 .

45. Weiss PL i wsp. Role of virtual reality for cerebral palsy management. J Child Neurol 2014; 29(8):1119 – 1124.

46. Imam B, Jarus T Virtual reality rehabilitation from social cognitive and motor learning theoretical perspectives in stroke population. Rehab Res Pract 2014:594 .

47. Gamito Pi wsp. Cognitive training on stroke patients via virtual reality - based serious games. Disabil Rehabil 2015; 5:1 – 4.

48. Laver KE i wsp. Virtual reality for stroke rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev 2015;12:296.

49. Isaacson BM i wsp. The use of a computer - assisted rehabilitation environment (CAREN) for enhancing wounded warrior rehabilitation regimens. J Spinal Cord Med 2013; 36:296 – 299.

50. Hak L i wsp. Stride frequency and length adjustment in poststroke individuals: influence on the margins of stability. J Rehabil Med 2015; 47:126 – 132.

51. Sessoms PH i wsp. Improvements in gait speed and weight shift of persons with traumatic brain injury and vestibular dysfunction using a virtual reality computer - assisted rehabilitation environment. Mil Med 2015; 180:143 – 149.

52. S loot LH i wsp. Self - paced versus fixed speed walking and the effect of virtual reality in children with cerebral palsy Gait & posture 2015; 42(4), 498 - 504 .

53. van der Krogt i wsp. Overground versus self - paced treadmill walking in a virtual environment in chil dren with cerebral palsy Gait & posture 2014; 40(4), 587 - 593.

54. Ravi DK, Kumar N, Singhi P Effectiveness of virtual reality rehabilitation for children and adolescents with cerebral palsy: an updated evidence-based systematic review; Physiotherapy. 2017 Sep;103(3):245-258. doi: 10.1016/j.physio.2016.08.004. Epub 2016 Sep 27.

55. Nawrotny J. Ćwiczenia w wodzie, Kształcenie umiejętności ruchowych – podstawy teoretyczne i aspekty praktyczne. Śląska Akademia Medyczna, Katowice, 2002.

56. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020 .

57. Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 - 2020.

58. The Identification and Treatment of Gait Problems in Cerebral Palsy – James R. Gage (Editor), Michael H. Schwartz (Editor), Steven E. Koop (Editor), Tom F. Novacheck (Editor) ISBN: 978-1-898-68365-0 Sep 2009.

KWESTIONARIUSZ „MOJA KARIERA” *

na podstawie E. Scheina, (1990)

Instrukcja

Celem tego kwestionariusza jest zachęcenie Cię do refleksji na temat obszarów własnej kompetencji, motywacji do pracy i systemu wartości. Nie ma tu odpowiedzi dobrych i złych. Różne cechy opisane w Kwestionariuszu są równie dobre, a wypełnienie go ma posłużyć do opisania Twoich „kotwic kariery” nie zaś do ich oceniania.

Prosimy o przypisanie najwyższej rangi (najwyższej liczby punktów) tym zdaniom, które najlepiej Cię opisują, a niskiej rangi (najmniejszej liczby punktów) tym zdaniom, które do Ciebie w ogóle nie pasują. Na przykład, jeśli twierdzenie mówi „Marzę o stanowisku prezesa firmy” możesz przypisać mu następujące rangi:

„1” - jeśli to twierdzenie zupełnie nie pasuje do Ciebie
„2” lub „3” - jeśli to twierdzenie pasuje do Ciebie w niektórych sytuacjach
„4” lub „5” - jeśli to twierdzenie w dużej mierze pasuje do Ciebie
„6” - jeśli to twierdzenie całkowicie do Ciebie pasuje
Rangi wpisuj w kolumnie po lewej stronie twierdzeń.

_____ 1. Marzę o tym, żeby osiągnąć taki stopień profesjonalizmu, by ludzie zwracali się do mnie po radę jak do eksperta.

_____ 2. Najbardziej angażuje mnie praca, dzięki której mogę kierować innymi i koordynować ich wysiłki.

_____ 3. Marzę o karierze, która da mi wolność wyboru sposobu i czasu działania.

_____ 4. Bezpieczeństwo i stabilność są dla mnie ważniejsze niż niezależność i autonomia.

_____ 5. Jestem zawsze otwarty na pomysły, które pozwolą mi otworzyć własną firmę

_____ 6. Odniosę w życiu sukces tylko wówczas, gdy będę miał poczucie, że mam swój udział w budowaniu społecznego dobra.

* Opracowano na podstawie: Schein E. H. (1990). *Career Anchors. Discovering your Real Values.* San Francisko: Jossey-Bass/Pfeifer Printing, tłumaczenie za zgodą autora A. Paszkowska-Rogacz

_____ 7. Marzę o takiej karierze, dzięki której będę rozwiązywać trudne problemy lub stawać wobec prawdziwych wyzwań.

_____ 8. Raczej porzucę firmę niż pozwolę, żeby moja praca w niej stwarzała problemy osobiste i rodzinne.

_____ 9. Będę czuł, że odniosłem sukces tylko wtedy, gdy uda mi się doprowadzić moje umiejętności techniczne i umiejętności zarządzania do szczytowego poziomu.

_____ 10. Marzę o tym, żeby zarządzać wielką organizacją i podejmować decyzje mające wpływ na sytuację wielu ludzi.

_____ 11. Najbardziej angażuję się w pracę, kiedy mam całkowitą swobodę decydowania o zadaniu, harmonogramie i procedurach.

_____ 12. Z pewnością odejdę z firmy, która nie będzie dbała o moje bezpieczeństwo.

_____ 13. Nawet bardzo wysokie stanowisko menedżerskie w cudzej firmie nie jest dla mnie ważne w porównaniu z możliwością prowadzenia własnego biznesu.

_____ 14. Najbardziej odpowiada mi kariera, dzięki której będę mógł używać swoich zdolności w służbie innym ludziom.

_____ 15. Będę czuł, że moja kariera wiąże się z sukcesem tylko wtedy, gdy stanę twarzą w twarz z trudnymi wyzwaniami.

_____ 16. Marzę o takiej pracy, która pozwoli mi zaspokajać jednocześnie potrzeby natury osobistej, rodzinnej i zawodowej.

_____ 17. Bycie szefem i jednocześnie dobrym fachowcem w danej dziedzinie jest dla mnie bardziej atrakcyjne niż praca dyrektora wysokiego szczebla.

_____ 18. Praca w firmie przyniesie mi satysfakcję tylko wtedy, gdy zajmę stanowisko dyrektora wysokiego szczebla.

_____ 19. Praca w firmie przyniesie mi satysfakcję, gdy osiągnę wysoką autonomię i swobodę działania

_____ 20. Poszukuję takiej pracy, która da mi poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji.

_____ 21. Zaangażuję się w taką drogę zawodowa, która będzie całkowicie rezultatem mojego własnego wysiłku i moich własnych pomysłów.

_____ 22. Zamiast osiągać wysoką pozycję menedżerską wolę spożytkować moje umiejętności dla budowania lepszego świata.

_____ 23. Angażuję się w taką pracę, w której zadania na pierwszy rzut oka wydają się nie do rozwiązania.

_____ 24. Sukces w życiu oznacza dla mnie utrzymanie równowagi między wymaganiami życia osobistego, rodzinnego i zawodowego.

_____ 25. Raczej odszedłbym z firmy, niż zaakceptował rotacyjny system obejmowania stanowisk, który powoduje utratę pozycji eksperta w danej dziedzinie.

_____ 26. Stanowisko dyrektora wysokiego szczebla jest dla mnie bardziej atrakcyjne niż menedżera – fachowca

_____ 27. Własny sposób wykonywania pracy, wolny od reguł i barier znaczy dla mnie więcej niż poczucie bezpieczeństwa.

_____ 28. Najbardziej zaangażuję się w pracę, kiedy będę miał poczucie bezpieczeństwa zatrudnienia i stałe zarobki.

_____ 29. Odniosę sukces zawodowy tylko wtedy, kiedy uda mi się stworzyć lub zbudować coś co będzie oparte na moim własnym pomyśle.

_____ 30. Marzę o karierze, która wniesie realny wkład w rozwój społeczeństwa.

_____ 31. Poszukuję takiej pracy, która będzie stanowiła wyzwanie dla mojej zdolności rozwiązywania problemów oraz pozwalała na zdrową rywalizację.

_____ 32. Utrzymanie równowagi między życiem osobistym i zawodowym jest dla mnie ważniejsze niż wysoka pozycja menedżerska.

_____ 33. Najchętniej poświęcam się pracy, która angażuje moje szczególne umiejętności i talenty.

_____ 34. Zmienię pracę, jeśli nie da mi ona szansy na otrzymanie stanowiska dyrektora wysokiego szczebla

_____ 35. Odejdę z firmy, która będzie ograniczać moją wolność i autonomię

_____ 36. Marzę o karierze, która da mi poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji.

_____ 37. Marzę o stworzeniu własnej firmy.

_____ 38. Jestem gotów na odejście z firmy, która nie doceni mojej umiejętności pomagania innym.

_____ 39. Rozwiązywanie problemów pozornie nierozwiązywalnych jest dla mnie w pracy ważniejsze niż osiąganie wysokiej pozycji menedżerskiej.

_____ 40. Zawsze będę poszukiwać takich możliwości pracy, które ograniczają do minimum konflikty „praca-dom”.

Teraz przejrzyj jeszcze raz swoje odpowiedzi i zwróć uwagę na te, które reagowałeś najwyżej. Wybierz z nich TRZY, które najdokładniej Cię opisują i do przyznanych im rang dodaj jeszcze po cztery (4) punkty.

Tablica wyników

Przenieś wyniki wpisane w kolumnach do tablicy - klucza. Dodaj punkty wpisane w każdej kolumnie w celu obliczenia liczby punktów przypisanych poszczególnym kotwicom kariery. Nie zapomnij o dodaniu po cztery punkty do rang najdokładniej Cię opisujących. Wynik każdej kolumny podziel następnie przez pięć. Otrzymasz w ten sposób średni wynik dla każdej skali, oznaczający wagę jaką ma dla Ciebie dana wartość - kotwica kariery.

	P	**Prz**	**A/N**	**B/S**	**K/P**	**U/P**	**W**	**SŻ**
	1 ___	2 ___	3 ___	4 ___	5 ___	6 ___	7 ___	8 ___
	9	10 ___	11	12 ___	13	14 ___	15 ___	16 ___
	17	18 ___	19	20 ___	21	22 ___	23	24 ___
	25	26 ___	27	28 ___	29	30 ___	31	32 ___
	33	34 ___	35	36 ___	37	38 ___	39	40 ___
Suma		___	___	___	___	___	___	___
	÷5	÷5	÷5	÷5	÷5	÷5	÷5	÷5
Średnia	___	___	___	___	___	___	___	___

P - Profesjonalizm

Prz - Przywództwo

A/N - Autonomia i niezależność

B/S - Bezpieczeństwo i stabilizacja

K/P - Kreatywność i przedsiębiorczość

U/P - Usługi i poświęcenie dla innych

W - Wyzwanie

SŻ - Styl życia

Interpretacja

Edgar.H. Schein (1990) na podstawie badań doszedł do wniosku, że istnieje ścisły związek między wyznawanym systemem wartości i potrzebami a obranym rodzajem kariery. Schein wyodrębnił osiem grup takich wartości i nazwał je „kotwicami" kariery:

1. ***Profesjonalizm.*** Towarzyszy mu dążenie do „bycia fachowcem" w konkretnej dziedzinie, potwierdzenia własnego mistrzostwa, awansu poziomego. Tacy ludzie najczęściej nie są zainteresowani stanowiskami kierowniczymi.
2. ***Przywództwo.*** Celem zawodowym staje się wówczas zdobycie nowych doświadczeń w zakresie zarządzania, podejmowanie decyzji, zwiększenie zakresu władzy, dążenie do sukcesu finansowego.
3. ***Autonomia i niezależność.*** Związana jest z dążeniem do poszerzenia marginesu własnej swobody, uwolnienia się z krępujących więzów i ograniczeń (związanych np. z biurokracją i autokratyzmem przełożonych). Osoby silnie nastawione na niezależność nie poszukują stanowisk kierowniczych, ale nie chcą być jedynie wykonawcami poleceń zwierzchników. Ich celem jest „bycie sobie sterem i żeglarzem", praca na stanowisku samodzielnych specjalistów i związana z nimi odpowiedzialność.
4. ***Bezpieczeństwo i stabilizacja.*** Głównym motorem działania jest w tym przypadku emocjonalny związek z firmą, poczucie lojalności. Pracownicy o stosunkowo silnej potrzebie bezpieczeństwa mogą aspirować do stanowisk kierowniczych, ale najczęściej w ramach tej samej jednostki. Zwykle bronią się przed zmianami swojego środowiska, np. nie interesuje ich na ogół kariera międzynarodowa.
5. ***Kreatywność i przedsiębiorczość.*** Przejawia się w tym, że osoby twórcze chętnie posiadają wiedzę o sobie, organizacji i różnych jej podsystemach, dostrzegają problemy i rozwiązują je, dążą do wprowadzenia zmian, innowacji itd. Są zwykle mobilne i pozytywnie nastawione do rotacji jako drogi podwyższania kwalifikacji oraz do awansu poziomego. Większość z nich satysfakcjonuje stanowisko doradcy szefa. Jedną z odmian kreatywności jest także przedsiębiorczość.
6. ***Usługi i poświęcenie dla innych.*** Głównym celem w życiu staje się realizacja wartości humanistycznych, rozwiązywanie problemów politycznych, pomaganie innym, leczenie, nauczanie. Osoby wyznające te wartości chętnie angażują się w akcje społeczne, podejmują pracę jako wolontariusze.
7. ***Wyzwanie.*** Podłożem działanie jest tu często chęć przeciwstawiania się trudnościom i możliwość podejmowania ryzyka. Osoby lubiące wyzwania chętnie podejmują pracę w środowisku stwarzającym okazję do walki i rywalizacji. Pola wyzwań mogą być bardzo różne np. takie jak ratowanie firmy od bankructwa, ale również handel i sport.
8. ***Styl życia.*** Osoby prezentujące tę wartość starają się o zachowanie proporcji i harmonii między różnymi aspektami życia - a przede wszystkim pracą i życiem osobistym. Są gotowe zrezygnować z wyższych dochodów na rzecz spędzania większej ilości czasu z bliskimi. Sukces to dla nich coś więcej niż sukces zawodowy.

KWESTIONARIUSZ ZAINTERESOWAŃ ZAWODOWYCH[5]

Odpowiedz szczerze na pytania, zakreślając po każdym z nich odpowiednio TAK lub NIE

1. Czy chciałbyś mieć taką pracę, w której kierujesz, kontrolujesz i planujesz działanie innych pracowników?	TAK	NIE
2. Czy bezinteresownie pomagasz innym?	TAK	NIE

[5] Evaluating Your Interests In: Facilitator's Manuał for the Job Finding Club,Employment and Imigration Canada (1993),tłumaczenie za zgodą wydawców Anna Paszkowska-Rogacz

3. Czy lubisz pracować nad jednym zadaniem dopóki go nie skończysz? TAK NIE

4. Czy lubisz mieć wiele spraw „na głowie"? TAK NIE

5. Czy lubisz konstruować i naprawiać różne rzeczy? TAK NIE

6. Czy lubisz brać na siebie odpowiedzialność za zadania i wywiązywać się z nich? TAK NIE

7. Czy lubisz pomagać kolegom w rozwiązywaniu problemów? TAK NIE

8. Czy wolałbyś mieć taką pracę, gdzie zawsze będziesz miał pewność, czego się od Ciebie oczekuje?

9. Czy lubisz książki i programy popularnonaukowej, np. z dziedziny astronomii czy biologii? TAK NIE

10. Czy potrafisz projektować, wymyślać lub tworzyć różne przedmioty? TAK NIE

11. Czy lubisz kierować działaniami innych ludzi? TAK NIE

12. Czy jesteś w stanie pomagać ludziom, którzy są czymś zdenerwowani lub zmartwieni? TAK NIE

13. Czy projekty lub inne prace wykonujesz dokładnie, krok po kroku? TAK NIE

14. Czy lubisz zagłębiać się w problemy, nad którymi pracujesz? TAK NIE

15. Czy masz jakieś własne hobby, które Cię pochłania, jak np. budowanie modeli, uprawa ogródka, odnawianie starych mebli lub wywoływanie zdjęć? TAK NIE

16. Czy chciałbyś mieć taką pracę, gdzie byłbyś odpowiedzialny za podejmowane decyzje? TAK NIE

17. Czy chciałbyś wykonywać pracę polegającą na pytaniu ludzi o ich opinie w sprawach różnych rzeczy lub wydarzeń? TAK NIE

18. Czy chciałbyś opierać się w swojej pracy na wyraźnie określonych zasadach i regułach? TAK NIE

19. Czy rozwiązując problemy chciałbyś zawsze opierać się na niepodważalnych faktach? TAK NIE

20. Czy lubisz grę w szachy i inne gry wymagające logicznego myślenia? TAK NIE

21. Czy pełniłeś kiedykolwiek rolę lidera w jakimś klubie, zespole lub organizacji? TAK NIE

22. Czy chciałbyś opiekować się ludźmi, którzy są chorzy albo mają jakieś problemy życiowe? TAK NIE

23. Czy lubisz pracować nad jednym zadaniem przez dłuższy czas? TAK NIE

24. Czy podobałaby się Ci się praca, w której każdy dzień niósłby nowe i różnorodne zadania? TAK NIE

25. Czy podoba się Ci się praca wymagająca używania narzędzi lub maszyn? TAK NIE

26. Czy jest dla Ciebie ważne, aby mieć większe osiągnięcia niż inni? TAK NIE

27. Czy chciałbyś mieć pracę, która jest związana z poprawą warunków socjalnych? TAK NIE

28. Czy lubisz pracować według otrzymanych wytycznych? TAK NIE

29. Czy chciałbyś wykonywać prace badawcze? TAK NIE

30. Czy chciałbyś pracować z materiałem takim jak drewno, kamień, glina, tkanina TAK NIE

lub metal?

31. Czy byłeś kiedyś odpowiedzialny za taki projekt albo zadanie, które wymagało dopilnowania różnych szczegółów, aby mogło zostać wykonane w całości?	TAK	NIE
32. Czy chciałbyś mieć pracę związaną ze służbą dla określonego środowiska?	TAK	NIE
33. Czy chciałbyś mieć taką pracę, gdzie Twoje czynności są na ogół ściśle kontrolowane?	TAK	NIE
34. Czy jesteś w stanie radzić sobie w sytuacji, gdy nieustannie dzieje się coś nowego i niespodziewanego?	TAK	NIE
35. Czy chciałbyś być przez cały dzień operatorem jakiegoś urządzenia?	TAK	NIE
36. Czy kiedyś byłeś odpowiedzialny za planowanie działań, które miał realizować ktoś inny?	TAK	NIE
37. Czy chciałbyś mieć stanowisko, które wymaga kontaktu z ludźmi cały dzień?	TAK	NIE
38. Czy podejmujesz się nowych zadań dopiero wtedy, gdy skończysz poprzednie?	TAK	NIE
39. Czy lubisz realizować zadania, które pozwalają Ci odkrywać nowe fakty bądź prawidłowości?	TAK	NIE
40. Czy lubisz prace ręczne, takie jak instalacje hydrauliczne, naprawa samochodów, szycie lub tapetowanie?	TAK	NIE
41. Czy wolisz raczej kierować pracą grupy niż być jej członkiem?	TAK	NIE
42. Czy współpraca z ludźmi przychodzi Ci łatwo?	TAK	NIE
43. Czy chciałbyś mieć stanowisko, które wymaga stałego tempa pracy przez cały dzień?	TAK	NIE
44. Czy lubisz wypróbowywać różne, nawet niesprawdzone metody, aby całkowicie wykonać zadanie lub rozwiązać problem?	TAK	NIE
45. Czy cieszy Cię kiedy dzięki książkom lub programom telewizyjnym możesz dowiedzieć się, jak działają różne urządzenia?	TAK	NIE
46. Czy zwykle udaje Ci się nakłonić ludzi, żeby robili to, czego Ty chcesz?	TAK	NIE
47. Czy lubisz doglądać pracy innych ludzi?	TAK	NIE
48. Czy umiesz przyjmować polecenia?	TAK	NIE
49. Czy lubisz takie działania, których wynik daje się obiektywnie zmierzyć?	TAK	NIE
50. Czy raczej wolałbyś pracę nie wymagającą kontaktu z ludźmi?	TAK	NIE

Arkusz odpowiedzi

Otocz kółkiem te numery pytań, na które odpowiedziałeś TAK. Pomiń pytania, na które odpowiedziałeś NIE. Zsumuj liczbę kółek w szeregach. Zapisz sumy ze znakiem równości.

1	6	11	16	21	26	31	36	41	46 =	KIEROWNICZE
2	7	12	17	22	27	32	37	42	47 =	SPOŁECZNE
4	9	14	19	24	29	34	39	44	49 =	METODYCZNE

5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 = PRZEDMIOTOWE

Zaznacz jeden lub dwa najwyższe wyniki, które oznaczają typ preferowanej przez Ciebie aktywności. Najniższy wynik oznacza aktywność, którą interesujesz się najmniej. Zastanów się, z jakimi zawodami wiążą się określone zainteresowania.
Pamiętaj również o tym, że trafna decyzja zawodowa musi być oparta nie tylko na zainteresowaniach, ale na takich czynnikach jak zdolności, umiejętności, system wartości, warunki pracy, dostępność stanowisk, wymagania dotyczące wykształcenia itd.

Typy zainteresowań są podane poniżej. Pamiętaj, że większość zawodów wymaga kombinacji różnych zainteresowań. Np. dentysta pracuje z „techniką" (zainteresowania przedmiotowe), ale także z ludźmi (społeczne).

KIEROWNICZE

Osoby takie lubią podejmować się obowiązków i mieć kontrolę nad rzeczami. Lubią być odpowiedzialne za zadania wymagające planowania, podejmowania decyzji i koordynowania pracy innych. Potrafią dawać instrukcje i wskazówki. Lubią organizować swoja własną działalność. Spostrzegają siebie samych jako osoby o dużej niezależności i samokontroli.

SPOŁECZNE

Osoby uspołecznione lubią mieć do czynienia z ludźmi zarówno w sytuacjach zawodowych jak i udzielając im pomocy. Chętnie opiekują się innymi i pomagają w rozpoznawaniu potrzeb i rozwiązywaniu problemów. Osoby uspołecznione lubią pracować i współpracować z innymi. Preferują takie działania, które wymagają kontaktów interpersonalnych.

METODYCZNE

Osoby metodyczne lubią działać według jasnych zasad i sprawdzonych metod realizacji zadań. Preferują pracę pod kierunkiem i kontrolują innych, według otrzymanych instrukcji. Pracują nad jednym zadaniem dopóki go nie skończą. Pracują rutynowo i wolą sytuacje pozbawione niespodzianek.

INNOWACYJNE

Nowatorzy lubią zgłębiać problemy i eksperymentować w trakcie pracy nad rozwiązywaniem kolejnych zadań. Interesuje ich inicjowanie i wymyślanie nowych i różnorodnych rozwiązań. Lubią przedmioty „ścisłe". Przyjmują wyzwania, jakie stawiają im nowe i niespodziewane sytuacje. Łatwo przystosowują się do zmiennych warunków działania.

PRZEDMIOTOWE

Osoby o takich zainteresowaniach chętnie pracują przy pomocy narzędzi, maszyn, urządzeń technicznych. Lubią naprawiać i/lub wytwarzać przedmioty z różnych materiałów, wykorzystując w tej pracy opracowane i sprawdzone technologie. Interesują ich zasady działania i budowa różnych urządzeń.

KWESTIONARIUSZ ZAINTERESOWAŃ wg G. SPRANGERA

Czy lubisz? – postaw plus jeśli lubisz, a minus jeśli nie lubisz.

1. Czytać książki z zakresu literatury pięknej?

2. Rozwiązywać zadania matematyczne?
3. Czytać książki o życiu roślin i zwierząt?
4. Zapoznawać się z różnymi zarządzeniami i ustawami?
5. Naprawiać zepsute dzwonki, kontakty elektryczne, narzędzia, różne sprzęty domowe?
6. Oglądać różne towary i dowiadywać się o ich cenach i sposobach użytkowania?
7. Zajmować się różnymi pracami gospodarczymi w domu?
8. Brać udział w wycieczkach krajoznawczych?
9. Oglądać obrazy, pomniki, zabytkowe budynki?
10. Układać sobie plan zajęć na cały tydzień?
11. Wydawać polecenia i kierować innymi?
12. Zajmować się i opiekować młodszymi dziećmi?
13. Opowiadać zdarzenia ze swego życia przyjaciołom i kolegom?
14. Przeprowadzać eksperymenty w laboratorium?
15. Pielęgnować rośliny i obserwować ich rozwój?
16. Czytać w czasopismach dział porad prawnych?
17. Składać i rozkładać różne mechanizmy, np. motocykl, rower, aparat radiowy?
18. Wymieniać albumy, książki lub inne przedmioty?
19. Sprzątać mieszkanie i dbać o jego wygląd?
20. Uprawiać jakąś dziedzinę sportu?
21. Rysować, malować lub rzeźbić, haftować?
22. Porządkować różne dokumenty i materiały?
23. Rozdzielać i koordynować pracę koleżanek i kolegów?
24. Pomagać innym w nauce?
25. Pisać wiersze, nowele lub listy i wyrażać swe poglądy i uczucia?
26. Udowadniać twierdzenia matematyczne?
27. Hodować ptaki lub zwierzęta?
28. Dowiadywać się o przebiegu rozpraw sądowych?
29. Sporządzać modele samolotów, okrętów itp.?
30. Pracować w spółdzielni szkolnej?
31. Wykonywać różne przedmioty domowego użytku z drzewa, blachy i innych materiałów?
32. Uczestniczyć w różnych obozach i rajdach turystycznych?
33. Lepić z gliny lub innego materiału?
34. Prowadzić czysto i starannie zeszyty, notatki z wykładów itp.?
35. Organizować różne zabawy, imprezy i wycieczki?
36. Opiekować się osobą chorą?
37. Prowadzić rozmowy i dyskusje na temat różnych zagadnień?
38. Obserwować przebieg eksperymentów chemicznych?
39. Brać udział w pracy na działce, w ogrodzie, w polu?
40. Opracowywać różne regulaminy i przepisy?
41. Czytać książki o najnowszych zdobyczach techniki?
42. Robić zakupy?
43. Zajmować się na wycieczkach sprawami gospodarczymi?
44. Przypatrywać się zawodom sportowym?
45. Słuchać muzyki w radio lub na koncercie?
46. Układać lub porządkować różne przedmioty oraz narzędzia pracy?
47. Planować jakąś akcję i kontrolować jej przebieg i wykonanie?

48. Udzielać pomocy osobom starszym i inwalidom np. w tramwaju lub na ulicy?
49. Pisać wypracowania z literatury?
50. Czytać książki o budowie wszechświata?
51. Obserwować pod mikroskopem wygląd różnych organizmów?
52. Czytać książki o różnych ustrojach społecznych?
53. Przypatrywać się działaniu różnych maszyn, urządzeń i mechanizmów?
54. Wyszukiwać najlepsze źródła zakupów?
55. Przygotowywać i organizować wspólne posiłki?
56. Słuchać sprawozdań z meczów i rozgrywek sportowych?
57. Występować w przedstawieniach i imprezach artystycznych?
58. Przed rozpoczęciem pracy przygotowywać sobie różne potrzebne materiały i przybory?
59. Przewodniczyć na zebraniach lub konferencjach?
60. Zająć się koleżanką (kolegą), którą spotkała jakaś przykrość?
61. Analizować budowę utworu literackiego?
62. Wykonywać skomplikowane obliczenia matematyczne?
63. Poznawać różne rodzaje gospodarki narodowej?
64. Zapoznawać się z rozwojem gospodarki narodowej?
65. Rysować plany maszyn, przyrządów lub budynków?
66. Liczyć i segregować pieniądze?
67. Zajmować się pracą w kuchni i sprawami wyżywienia?
68. Rozmawiać na temat rekordów sportowych i wyników meczów?
69. śpiewać lub grać na jakimś instrumencie?
70. Układać i porządkować książki w bibliotece?
71. Załatwiać różne sprawy w instytucjach i urzędach?
72. Zakładać opatrunki lub dezynfekować rany?
73. Zapoznawać się z przebiegiem różnych wydarzeń historycznych?
74. Analizować i rozwiązywać zadania z fizyki?
75. Poznawać budowę różnych żywych organizmów?
76. Uzasadniać w dyskusji słuszność swojego stanowiska?
77. Oglądać wystawy techniczne?
78. Sporządzać różne zestawienia finansowe?
79. Zaopatrywać dom w zapasy np. na okres zimowy?
80. Konserwować i naprawiać sprzęt sportowo - turystyczny?
81. Deklamować utwory literackie?
82. Robić zestawienia i porównania znane z różnych zagadnień! I problemów?
83. Zgłaszać wnioski i propozycje na różnych konferencjach i naradach?
84. Czytać i opowiadać historyjki młodszym dzieciom?
85. Poznawać przeżycia innych ludzi i motywy ich postępowania?
86. Słuchać audycji radiowych o badaniach z zakresu atomistyki?
87. Wolny czas spędzać w lesie, ogrodzie, na polu?
88. Czytać książki o różnych teoriach i problemach ekonomicznych?
89. Wykonywać wykresy, rysunki techniczne, schematy przy użyciu przyborów kreślarskich?
90. Interesować się prac± różnych placówek handlowych?
91. Zajmować się urządzaniem swojego mieszkania lub miejsca pracy?
92. Trenować w celu uzyskania lepszych wyników w sporcie?
93. Tańczyć na scenie?

94. Systematycznie przygotowywać się do egzaminów?
95. Brać czynny udział w przygotowaniu uroczystości, np. imprez i akademii?
96. Chodzić na spacer z małymi dziećmi?

Kwestionariusz składa się z 96 pytań. Pytania zawierają 12 kategorii zainteresowań
1. **Humanistyczne**: l, 13, 25, 37, 49, 61, 73, 85.
2. **Nauki ścisłe**: 2, 14, 26, 38, 50, 62, 74, 86.
3. **Przyrodnicze**: 3, 15, 27, 39, 51, 62, 74, 87.
4. **Ekonomiczno**: - prawnicze: 4, 16, 28, 40, 52, 64, 76, 88.
5. **Techniczne**: 5, 17, 29, 41, 53, 65, 77, 89.
6. **Handlowe**: 6. 18, 30, 42, 54, 66, 78, 90.
7. **Gospodarcze**: 7, 19, 31, 43, 55, 67, 79, 91.
8. **Sportowo-turystyczne**: 8, 20, 32, 44, 56, 68, 80, 92.
9. **Artystyczne**: 9, 21, 33, 45, 57, 69, 81, 93.
10. **Systematyzowanie**: 10, 22, 34, 46, 58, 70, 82, 94.
11. **Kierowniczo - organizacyjne**: 11, 23, 35, 47, 59, 71, 83, 95.
12. **Opiekuńczo-wychowawcze**: 12, 24, 48, 60, 72, 84, 96.

Zdecydowane jednokierunkowe zainteresowania to takie, które mają 7-8 plusów, ambiwalentne 4-6, i niski poziom zainteresowań w danej kategorii - to 1-3 plusy.

Uzyskane wyniki we wszystkich kategoriach mogą posłużyć do interpretacji łącznych i wzmocnionych kategorii zainteresowań w następującym układzie kategorii:
I. ***Humanistyczne - Opiekuńczo-wychowawcze - artystyczne***
II. ***Nauki ścisłe - techniczne - systematyzowanie***
III. ***Przyrodnicze - gospodarcze - handlowe***
IV. ***Kierowniczo - organizacyjne - systematyzowanie***
V. ***Sportowo-turystyczne - ekonomiczno-prawnicze - gospodarcze***

Gdy jest przewaga plusów (ponad 60+), może to świadczyć o szerokim zainteresowaniu badanego, o pozytywnej postawie do wielu wartości; życzliwość, akceptacja, optymizm, otwartość, wysokie poczucie sensu życia, zaangażowanie w realizację wybranych wartości, ukierunkowane zainteresowania.

Gdy jest przewaga minusów (ponad 60-), wskazuje to na tendencje do izolacji, dystans do otaczającej rzeczywistości, obniżony nastrój psychiczny, emocjonalny, stany subdepresyjne i depresyjne, zawężony zakres zainteresowań, obniżone poczucie sensu życia; rezerwa w kontaktach z innymi i wobec wartości w otaczającym świecie, pesymizm, zniechęcenie, nadmierna koncentracja na sobie.

Załącznik 2

ANKIETA

do projektu „Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego"

realizowanego w ramach priorytetu 7. Włączenie społeczne, Działanie 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020

Szanowni Państwo,

Zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety gdyż zależy nam na poznaniu Państwa opinii na temat programu zdrowotnego. Zebrane informacje pomogą nam jeszcze lepiej zorganizować zaplanowane działania oraz poprawić jakość świadczonych przez nas usług.

Odpowiedzi proszę wskazywać poprzez zaznaczenie znakiem „x" odpowiedniego pola. Osoby uczestniczące w szkoleniach/sesjach szkoleniowych wypełniają pkt 1, 7, 8.

Ankieta jest anonimowa i nie wymaga podpisu.

Płeć dziecka:

Kobieta: ☐ Mężczyzna: ☐

Wiek dziecka:

5-10 r.ż. ☐ 11-15 r.ż. ☐ 16-20 r.ż. ☐ 21-24 r.ż. ☐

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- ☐ Poznań lub okolice (do 30 km od Poznania)
- ☐ Kalisz lub okolice (do 30 km od Kalisza)
- ☐ Inne miasto 20-100 tys. mieszkańców
- ☐ Wieś lub inne miasto poniżej 20 tys. mieszkańców

1. Który raz w obecnym roku kalendarzowym dziecko, które znajduje się pod Pani/Pana opieką uczestniczyło w Regionalnym Programie Zdrowotnym pn.: Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego" ?(zakreśl odpowiednią cyfrę).

1 2 3 4

2. W jaki sposób dowiedział/a się Pan/i o realizacji programu zdrowotnego?

plakat: ☐ lekarz rodzinny/specjalista: ☐ internet: ☐ rodzina/znajomi ☐ media ☐

3. Jak oceniają Państwo personel pracujący przy realizacji Programu?

Bardzo dobrze ☐ raczej dobrze ☐ ani dobrze ani źle ☐ raczej źle ☐ bardzo źle ☐

4. Jak oceniają Państwo informowanie o swoim stanie zdrowia i planowanym dalszym leczeniu?

Bardzo dobrze ☐ raczej dobrze ☐ ani dobrze ani źle ☐ raczej źle ☐ bardzo źle ☐

5. Jak oceniają Państwo fachowość udzielania świadczeń?

Bardzo dobrze ☐ raczej dobrze ☐ ani dobrze ani źle ☐ raczej źle ☐ bardzo źle ☐

6. Jak oceniają Państwo wyposażenie w sprzęt medyczny?

Bardzo dobrze ☐ raczej dobrze ☐ ani dobrze ani źle ☐ raczej źle ☐ bardzo źle ☐

7. Czy jest Pan/i zadowolony z wiedzy przekazanej na szkoleniu?

zadowolony: ☐ raczej zadowolony: ☐ ani zadowolony ani niezadowolony: ☐
raczej niezadowolony: ☐ niezadowolony: ☐

8. Czy zwiększyła się Pana/i wiedza dotycząca przystosowania do funkcjonowania w społeczeństwie osób z MPD?

tak: ☐ nie: ☐ nie dotyczy: ☐

9. Czy uważa Pan/i że stan zdrowia dziecka uczestniczącego w programie zauważalnie poprawił się po świadczeniach udzielonych w ramach Programu?

tak: ☐ raczej tak: ☐ raczej nie: ☐ nie: ☐ nie wiem: ☐

10. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

tak: ☐ raczej tak: ☐ raczej nie: ☐ nie: ☐ nie wiem: ☐

11. Jakie elementy pracy państwo oceniają najlepiej a jakie najgorzej? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

Najlepiej oceniam:

☐ kompetencje personelu

- [ ] uprzejmość personelu
- [ ] sprzęt, aparatura medyczna
- [ ] godziny zajęć
- [ ] umiejętność przekazania informacji/komunikatywność

Najgorzej oceniam:

- [ ] kompetencje personelu
- [ ] uprzejmość personelu
- [ ] sprzęt, aparatura medyczna
- [ ] godziny zajęć
- [ ] umiejętność przekazania informacji/komunikatywność

data ……..

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Załącznik nr 3

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział

.....

(Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami)

w Regionalnym Programie Zdrowotnym pn.: „Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa wielkopolskiego" i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.
Jednocześnie oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych. Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....

imię i nazwisko rodzica/opiekuna (ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami) *data i podpis*

ORYGINAŁ/KOPIA

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział

.....

(Imię i nazwisko, drukowanymi literami)

w Regionalnym Programie Zdrowotnym pn.: „Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa wielkopolskiego" i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.
Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....

(imię i nazwisko, drukowanymi literami) *data i podpis*

ORYGINAŁ/KOPIA

Załącznik nr 4

Data: _____

KARTA BADANIA PACJENTA Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM

Nazwisko: _____ Imię: _____

Płeć: ☐M ☐K

Data urodzenia: _____ PESEL: _____

Adres e-mail: _____

Wzrost: _____ (cm) Waga: _____ (kg)

Diagnoza: _____

GMFCS: I II III IV V n/a

Dotychczasowe leczenie:

Choroby współistniejące:

- padaczka	TAK	NIE	jeśli tak, jaka:
- wada wzroku	TAK	NIE	jeśli tak, jaka:
- wada słuchu	TAK	NIE	jeśli tak, jaka:
- inne :			

Wywiad:

SPASTYCZNOŚĆ

	L			P		
	Aschworth	Tardieu		Aschworth	Tardieu	
		V_1	V_2		V_1	V_2
Mięśnie zginacze biodra						
Mieśnie przywodzieciele						
Mięśnie kulszowo-goleniowe						
Miesień prosty						
Mięśnie zginacze podeszwowe						

Legenda
Modified Ashworth Scale

0 Brak zwiększonego napięcia

1 Niewielkie zwiększenie napięcia mięśniowego przejawiające się "przytrzymywaniem" i "zwalnianiem" lub minimalnym oporem wyczuwalnym pod koniec zakresu ruchu biernego wykonywanego blisko położenia skrajnego (zgięcia lub wyprostu)

1+ występuje , gdy "przytrzymanie" lub "zwalnianie" wyczuwa się przez mniej niż połowę zakresu ruchu

2 obecność zwiększonego napięcia przez cały zakres ruchu, ale badaną kończyną można z łatwością poruszać

3 znaczne zwiększenie napięcia utrudnia wykonanie ruchu biernego

4 napięcie powoduje usztywnienie kończyny w zgięciu lub wyproście

Tardieu Scale

0 Brak oporu
1 nieznaczny opór , reakcja nieuchwytna
2 wyraźna reakcja po zwolnieniu nacisku
3 klonus trwający mniej niż 10 sekund
4 klonus trwający dłużej niż 10 sekund
5 staw nieruchomy

Hypertonia Assessment Tool (HAT)

Element HAT	**Wytyczne do oceny 0-negatywny 1-pozytywny**	**Wynik 0-neg 1-poz**	**Typ hipertonii**	**Kończyna np. LKD- lewa kończyna dolna**	
				LKD	PKD
1. Pojawienie się ruchów mimowolnych ocenianej kończyny po stymulacji dotykowej dystalnej części ciała	0 - Brak ruchów mimowolnych 1 - Obserwowane ruchy mimowolne	**0** **1**	DYSTONIA		
2. Pojawienie się ruchów mimowolnych podczas wykonywania zadania	0 - Brak ruchów mimowolnych 1 - Obserwowane ruchy mimowolne	**0** **1**	DYSTONIA		
3. Zależny od prędkości opór na rozciąganie	0 - Brak zwiększonego oporu podczas szybkiego ruchu vs wolnego ruchu 1 – Zwiększony opór podczas ruchu szybkiego	**0** **1**	SPASTYCZNOŚĆ		
4. Obecność spastycznego „catch”	0 – brak spastycznego catch 1 - obecny spastyczny catch	**0** **1**	SPASTYCZNOŚĆ		
5. Stały opór na bierne rozciąganie	0 – stały opór nie obserwowany 1 – stały opór obserwowany	**0** **1**	SZTYWNOŚĆ		

6. Wzrost napięcia wraz z ruchem dystalnych części ciała	0 – brak wzrostu napięcia podczas ruchu celowego 1 – wzrost napięcia podczas ruchu celowego	**0** **1**	DYSTONIA		
7. Utrzymanie pozycji kończyny podczas ruchu biernego	0 – kończyna powraca do pozycji wyjściowej 1 – kończyna pozostaje w pozycji końcowej	**0** **1**	SZTYWNOŚĆ		

Diagnoza HAT

DYSTONIA	**Wynik pozytywny (1) w co najmniej jednym elemencie badanym #1, 2 lub 6**	**TAK**	**NIE**
SPASTYCZNOŚĆ	**Wynik pozytywny (1) w jednym lub obu elementach #3 lub 4**	**TAK**	**NIE**
SZTYWNOŚĆ	**Wynik pozytywny (1) w jednym lub obu elementach # 5 lub 7**	**TAK**	**NIE**
TYP MIESZANY	**Obecność 1 lub więcej podgrup (dystonia, spastyczność, sztywność)**	**TAK**	**NIE**

	Typ zaburzenia mięniowego
Prawa kończyna dolna	
Lewa kończyna dolna	

BADANIE KLINICZNE **(Selektywność : 0/1/2) , (Siła: 0/1/2/3/4/5)**

	RUCHY (bierny zakres ruchu)		SELEKTYWNOŚĆ / SIŁA	
	L	**P**	**L**	**P**
STAW BIODROWY				
Pozycja na plecach				
Zginanie	_____	_____	_____ / _____	_____ / _____
Test Thomasa	_____	_____		
Prostowanie				
kolano 0°			_____ / _____	_____ / _____
kolano 90°			_____ / _____	_____ / _____
Pozycja na plecach				
Odwodzenie				
biodro 0			_____ / _____	_____ / _____
biodro 90	_____	_____		
Pozycja na brzuchu				
Rot wew	_____	_____		
Rot zew	_____	_____		
Kąt antetorsji	_____	_____		
STAW KLANOWY				
Pozycja na plecach				

Prostowanie	_____	_____	_____ / _____	_____ / _____
Zginanie	_____	_____		
	Pozycja na brzuchu		_____ / _____	_____ / _____
Test Ely	_____ / _____	_____ / _____		
Kąt podkolanowy				
Jednostr	_____	_____		
Obustr	_____	_____		
Ust. rzepki	_____	_____		
Kol (kośl/szp)	_____	_____		

GOLEŃ

Pozycja na brzuchu		
Test 2-go palca	_____	_____
Kąt udowo-stopowy	_____	_____

STAW SKOKOWY

Pozycja na plecach				
Zgięcie grzbietowe				
kolano 0	_____	_____	_____ / _____	_____ / _____
kolano 90	_____	_____		
Zgięcie podeszowe	_____	_____	_____ / _____	_____ / _____

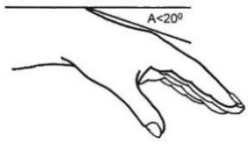
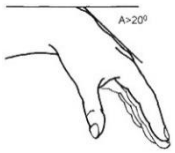
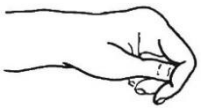
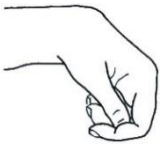
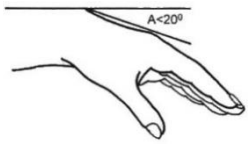
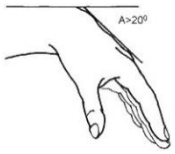
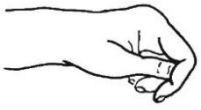
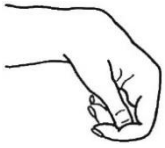
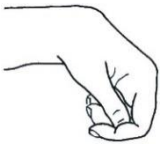
UWAGI:

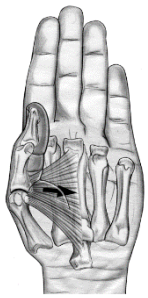
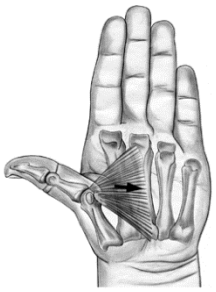
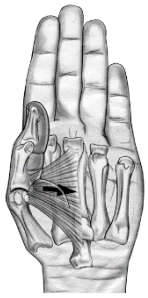
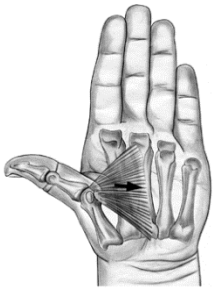
OCENA STAWÓW BIODROWYCH

RTG

Data wykonania:		
	Prawy staw biodrowy	**Lewy staw biodrowy**
Współczynnik migracji		

OCENA RĘKI

	Klasyfikacja Zancolli, ocena selektywności ruchu nadgarstka i palców					
	□ 0	□ 1	2	□ 2a	□ 2b	□ 3
LKG	Norma					
PKG	Norma					

	Klasyfikacja deformacji kciuka House				
	□ 0	□ House I	□ House II	□ House III	□ House IV
LKG	Norma				
PKG	Norma				

MACS Manual Ability Classification System

MACS
I II III IV V

Legenda

I. Dziecko łatwo i skutecznie posługuje się przedmiotami. Najczęściej występują ograniczenia w łatwości wykonywania zadań manualnych, które wymagają szybkości i dokładności. Jednakże jakiekolwiek ograniczenia w zdolnościach manualnych nie wpływają na niezależność w codziennych czynnościach.

II. Dziecko posługuje się większością przedmiotów, ale z nieco ograniczoną jakością i/lub szybkością wykonania. Niektórych czynności dziecko unika lub osiąga je z pewną trudnością. Może posługiwać się alternatywnymi drogami wykonania, ale zdolności manualne zwykle nie ograniczają niezależności w codziennych czynnościach.

III. Dziecko z trudem posługuje się przedmiotami: wymaga pomocy aby podjąć lub zmodyfikować czynność. Czynności wykonywane są wolno, a efekty ograniczone co do jakości

i ilości. Czynności wykonywane są niezależnie jeśli zostały wcześniej wyuczone lub dostosowane.

IV. Dziecko posługuje się w ograniczony sposób przedmiotami łatwymi do używania i w dostosowanych sytuacjach . Wykonuje fragmentarycznie pewne czynności, z wysiłkiem i ograniczonym efektem. Wymagane jest ciągłe wsparcie i obecność i/lub dostosowanie sprzętu, nawet do częściowego wykonania czynności.

V. Dziecko nie posługuje się przedmiotami I ma poważnie ograniczoną zdolność wykonywania nawet prostych czynności. Wymaga ciągłej obecności.

MACS ma na celu opisanie udziału obu rąk w czynnościach, a nie ocenę każdej ręki z osobna.

HEMIPLEGIA
PODZIAŁ CHODU WINTERS

Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV

Legenda
dla pacjentów nie leczonych operacyjnie ani przy pomocy toksyny botulinowej

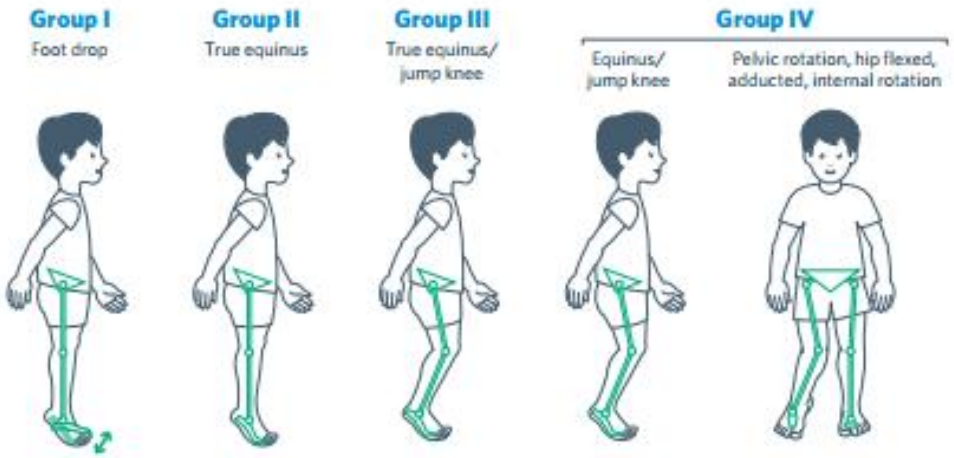


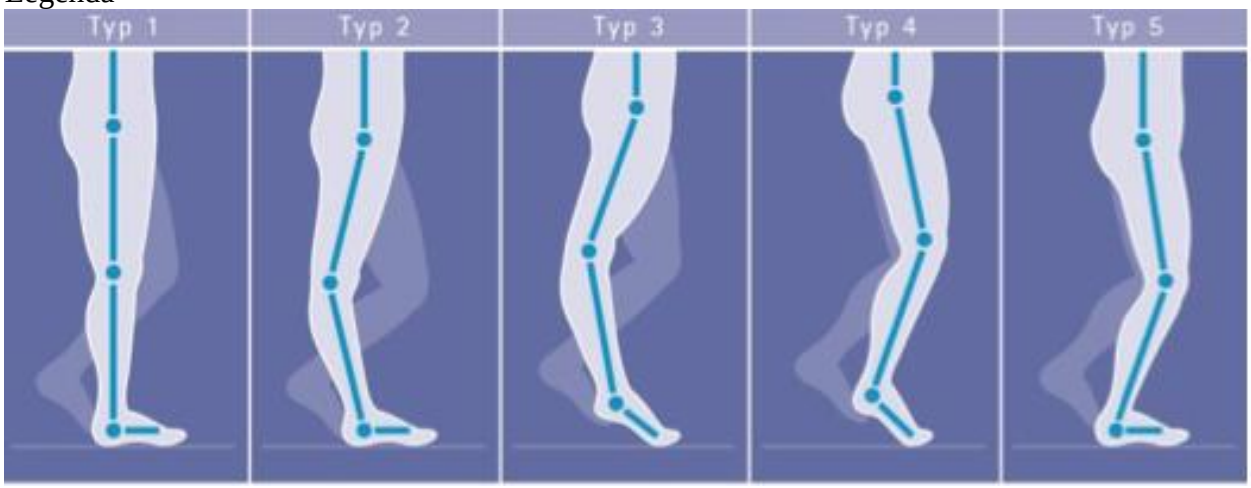
Figure 2: Gait patterns in hemiplegia (Winters, Gage and Hicks, 1987)

DIPLEGIA

PODZIAŁ CHODU WEDŁUG KLASYFIKACJI AMSTERDAMSKIEJ

Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV	Typ V

Legenda



Typ 1- staw kolanowy ustawiony prawidłowo, pełen kontakt stopy z podłożem
Typ 2- staw kolanowy ustawiony w przeproście , pełen kontakt stopy z podłożem
Typ 3- staw kolanowy ustawiony w przeproście, częściowy kontakt stopy z podłożem
Typ 4- staw kolanowy ustawiony w zgięciu, częściowy kontakt stopy z podłożem
Typ 5- staw kolanowy ustawiony w zgięciu, pełen kontakt stopy z podłożem

TESTY FUNKCJONALNE

1. **Time Up&Go Test (TUG)**
2. WYNIK……

Legenda

Wykonanie testu TUG jest następujące: pacjent siedzi na stabilnym krześle. Na komendę „GO" pacjent wstaje i idzie w kierunku wcześniej oznaczonej linii w odległości 3 m od krzesła. Następnie zawraca i idzie w kierunku krzesła, na którym siada. Wartość prawidłowa dla zdrowej osoby dorosłej to 10 sekund lub mniej

3. **10 m test chodu (TMWT)**
   Ocena prędkości chodu na odcinku 10 metrów.

WYNIK……

4. **6 minutowy test chodu (6MWT)**
5. WYNIK……
   ……
6. **Legenda**
   Jest testem samodzielnym, wykonywanym w celu określenia dystansu jaki pacjent może przejść po płaskim, twardym podłożu w określonym czasie (6 minut). Dodatkowo test określa submaksymalny poziom wydolności i tolerancji wysiłku u chorych na choroby układu oddechowego i krążenia oraz zintegrowane reakcje jednostek nerwowo-mięśniowych, metabolizmu mięśni oraz poziomu kontroli ruchowej. Test ten jest jednym ze sposobów obiektywnej oceny funkcjonalnej sprawności pacjenta lub weryfikacji uzyskanych efektów terapeutycznych.
   Procedura : Test ten można wykonywać zarówno na zewnątrz jak i wewnątrz pomieszczeń, wzdłuż powierzchni długich, płaskich i twardych. American Thoracic Society (ATS) zaleca aby ścieżka chodu posiadała 30m długości i oznaczona była (słupkami, paskami) co 3metry jako znaczniki odległości a miejsce zawracania było w kształcie stożka. Miejsce rozpoczęcia należy zaznaczyć kolorową taśmą. Gdy pacjent stosuje kule lub inne urządzenia wspomagające chód, należy wykonywać test przy ich użyciu. Do wykonania testu konieczne jest też posiadanie stopera, ciśnieniomierza lekarskiego, licznika okrążeń, krzesła. Test należy przeprowadzać w miejscu, gdzie możliwe jest szybkie udzielenie pierwszej pomocy. Należy mieć przygotowany tlen, aspirynę i podjęzykową nitroglicerynę. Jeśli pacjent wymaga stałego podawania tlenu, test musi być wykonany z jego aplikacją. Pacjent nie powinien wykonywać intensywnych ćwiczeń fizycznych w okresie 2 godzin poprzedzających badanie. Przed rozpoczęciem testu badany odpoczywa w pozycji siedzącej przez 10 minut.
   Należy poinstruować pacjenta :
   1) jak będzie wyglądał test :
   - zadaniem jest przejść jak najdłuższy dystans w ciągu 6 minut ,
   - że powinien pacjent chodzić własnym tempem,
   - że pacjent nie powinien biec, ani truchtać,
   -jeśli w trakcie badania pacjent poczuje się zmęczony może stanąć i odpocząć,
   2) jakie parametry będą mierzone :
   -puls,
   -ciśnienie,
   -saturacja.

Następnie należy wypełnić formularz testu i poprosić badanego o powstanie i oznaczenie na 10 stopniowej skali Borga stopnia odczuwanej duszności oraz odczuwanego zmęczenia. Po zakończeniu testu poproś o

powtórne wypełnienie skali Borga, zmierz tętno, ciśnienie i saturację oraz zanotuj długość pokonanego dystansu.
Ocena: Odległość (całkowity dystans z zaokrągleniem do metra) jest odnotowywany na karcie pacjenta. Poziom zmęczenia również jest zgłaszany przez pacjenta i odnotowywany przy pomocy kwestionariusza Borga, pozwalającego na subiektywną ocenę stopnia duszności i zmęczenia. Dodatkowo mierzony jest puls, ciśnienie i saturacja.

Interpretacja : Dla pojedynczych pomiarów, w celu odniesienia się i porównania do wartości uzyskanych przy testowaniu osób zdrowych nie jest dostępne.

Dopuszczalność : Jest to korzystne dla pacjentów, którzy mogą chodzić z umiarkowanym lub mniejszym wspomaganiem przez 6 minut. Test ten wykonywany jest przez cały czas w tym samym tempie i pacjenci mogą mieć zatrzymać się na odpoczynek.

Czas potrzebny do wykonania : uzależniony od stanu pacjenta

Czas potrzebny na obliczenie wyniku : minimalny

Wymagany sprzęt : taśma samoprzylepna (wyznaczenie trasy 30 metrowej oraz stożka dla zawracania), taśma kolorowa (wyznaczenie lini startu) stoper, ciśnieniomierz, licznik okrążeń, krzesła, ławka dla oczekujących

4. **Skala Gross Motor Function Measure w części D (stanie), i E (chodzenie, bieganie i skakanie) (GMFM: D,E)- kwestionariusz A**

WYNIK……

5. **Gillette Functional Assesment Questionnaire (Faq-10)**

WYNIK……

6. **Gilette Functional Questionnaire - 22 skills (Faq-22)**
7.

WYNIK……

8. **The Functional Mobility Scale (FMS 5/50/500) -kwestionariusz B**

WYNIK……

9. Wyznaczenie indywidualnego celu terapii przed jej rozpoczęciem zgodnie z zasadą **SMART** przy zastosowaniu **Skali Oceny Osiągania Celów (Goal Assessment Scaling - GAS**)- **kwestionariusz C**

10. **Skala GMFCS- oceniana wcześniej- kwestionariusz D**

LISTA KONTROLNA CZYNNOŚCI OBLIGATORYJNYCH

Time Up&Go Test	
10 m test chodu	
6 minutowy test chodu	
Skala Gross Motor Function Measure w części D (stanie), i E (chodzenie, bieganie i skakanie)	
Gillette Functional Assesment Questionnaire (Faq-10)	
Gilette Functional Questionnaire - 22 skills (Faq-22)	
Functional Mobility Scale (FMS 5/50/500)	
Goal Attainment Scale	
Trójwymiarowa, instrumentalna diagnostyka chodu wraz z GDI (The Gait Deviation Index)	
Kwestionariusze oceny psychologicznej pacjenta i jego predyspozycji do życia społecznego i zawodowego	

Legenda: Czynności wykonane oznaczyć znakiem X. Przy braku możliwości realizacji testu proszę dołączyć informację wyjaśniającą.

LISTA KONTROLNA CZYNNOŚCI FAKULTATYWNYCH

Pomiary biometryczne uzyskane podczas realizacji technologicznie wspomaganej reedukacji chodu	
Kanadyjski Pomiar Wykonania Zajęciowego (COMP)	
Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE)	
Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire for children (CP-QOL-Child)	
Skala Pediatric Evaluation of Disability Inventor (PEDI) w części: Umiejętności funkcjonalne - dziedzina Mobilność	

Legenda:

Czynności wykonane oznaczyć znakiem X. Przy braku możliwości realizacji testu proszę dołączyć informację wyjaśniającą.

Załącznik nr 5

PRZYKŁADOWY HARMONOGRAM DZIAŁAŃ

Lp.	Działania zaplanowane w programie	Czas realizacji
1.	Działania informacyjno-promocyjne	Zintensyfikowane działania na początku realizacji projektu oraz działania przypominające przez cały okres realizacji programu
2.	Kwalifikacja uczestników	Co najmniej raz na pół roku
3.	Badania początkowe oraz ustalenie celów rehabilitacji	• Badanie początkowe przeprowadzone w okresie do 6 tygodni poprzedzających cykl terapeutyczny
4.	Cykle terapeutyczne	Każdy z cykli składa się z 10 sesji terapeutycznych (1 cykl trwa około 10-14 dni)
5.	Badania końcowe	• przeprowadzone bezpośrednio po ukończeniu cyklu terapeutycznego; • przeprowadzone około 6 tygodni po zakończeniu cyklu terapeutycznego • w zakresie Trójwymiarowej Instrumentalnej Diagnostyki Funkcji Chodu przeprowadzone w ciągu 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od zakończeniu każdego cyklu terapeutycznego

6.	Działania informacyjno-edukacyjne	• skierowane do fizjoterapeutów – około 2 razy w roku • skierowane do rodziców/opiekunów – mniej więcej 2 razy w miesiącu
7.	Monitoring i ewaluacja	• Monitoring - przez cały okres realizacji programu (na podstawie kwartalnych, rocznych oraz końcowych raportów) • Ewaluacja - końcowy etap realizacji programu (na podstawie rocznych i końcowych raportów)