Příloha Metodiky č. 5

**ZPRÁVA O ZAVEDENÍ A FUNGOVÁNÍ PALIATIVNÍHO PROGRAMU A JEHO VLIVU NA KVALITU A NÁKLADOVOST PALIATIVNÍ PÉČE**

**č. …./20xx**

**Název dotačního programu: Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče**

***Identifikace Příjemce***

|  |  |
| --- | --- |
| **Název Příjemce** |  |
| **Sídlo** |  |
| **IČ** |  |
| **Rozhodnutí číslo** |  |
| **Název pilotního provozu** |  |
| **Kontaktní osoba** |  |
| **Email** |  |
| **Telefon** |  |
| **Sledované období od-do** |  |
| **Typ zprávy** | *Průběžná (první, druhá, třetí)/závěrečná* |

**I. Popis realizace**

**1. Personální zajištění**

**1.1. Popis realizace služeb a činností jednotlivých pracovníků pilotního provozu**

*Popište zajištění jednotlivých služeb a činností (uvedených v Metodice zejména v kapitole 5.1 a 5.2)   
a stručný komentář u jednotlivých odborností v případě, že požadujete proplacení osobních výdajů.*

**Činnosti základního odborného KTPP**

|  |
| --- |
| **Služby zdravotní (lékařů a všeobecných sester)** |
|  |
| **Služby sociálního pracovníka** |
|  |
| **Služby psychologické/psychoterapeutické** |
|  |

**Činnosti administrativního týmu**

|  |
| --- |
| **Činnosti pracovníka pro sběr dat** |
|  |
| **Činnosti projektového a finančního manažera** |
|  |

**Činnosti širšího odborného KTPP**

|  |
| --- |
| **Služby xxxx – uveďte profesi dle rozpočtu projektu** |
|  |
| **Služby xxxx – uveďte profesi dle rozpočtu projektu** |
|  |
| **Služby xxxx – uveďte profesi dle rozpočtu projektu** |
|  |

**1.2 Nepřímé činnosti týmu**

*Stručně popište aktivity týmu a nepřímé činnosti konziliárního týmu paliativní péče (viz Metodika kapitola 5.1), pokud nejsou uvedeny již jinde v této Zprávě. Popište: řízení, pravidelné setkávání týmu, hodnocení stavu klientů, dostupnost týmu, pracovní dny, denní služby, partnerství, komunikaci   
s hospici, s obvodními lékaři, apod.*

|  |
| --- |
|  |

**1.3 Další poznámky k personálnímu zajištění**

*Podobnosti k jednotlivým pracovníkům uveďte do Soupisky, zde uveďte případně další důležité informace (zejména ohledně delší absence, či k pracovníkům, k nimž se v daném měsíci v Soupisce neváží osobní náklady apod.) Každého případného pracovníka uveďte do samostatné tabulky.*

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení, pracovní pozice** |
|  |

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení, pracovní pozice** |
|  |

**2. Prostorové a materiálně – technické vybavení pilotního provozu**

*Stručně popište jaké má pilotní provoz materiální a technické zázemí (viz Metodika kapitola 5.3) – pokud se odlišuje od předchozí zprávy.*

|  |
| --- |
| Popište prostorové vybavení (kancelář pro tým/konzultační místnost) a činnosti v jednotlivých místnostech vykonávané. |
|  |
| Popište technické vybavení (telefon, PC, telefonní linka apod.) |
|  |

**3. Vzdělávání a setkávání**

*Stručně popište aktivity vzdělávání a setkávání (viz Metodika kapitola 5.4), pokud nejsou uvedeny již jinde v této Zprávě. Aktivity případně doložte (např. zprávy ze stáží, z konferencí...).*

|  |
| --- |
|  |

**4. Sběr dat a evaluace**

|  |
| --- |
| **Kvalita paliativní péče** |
| *Uveďte informace především k průběhu dotazníkového šetření pacientů (co se týče kvality života  a spokojenosti).* |

|  |
| --- |
| **Nákladovost paliativní péče** |
| *Uveďte informace o vliv paliativní konziliární služby na celkovou nákladovost zdravotní péče v závěru života, informace např. k evidenci pacientů a jejich rodinných příslušníků, blízkých a dalších pečujících osob a evidenci činnosti KTPP.* |

|  |
| --- |
| **Přínosy paliativní péče** |
| *Uveďte přínosy fungování paliativního týmu, příklady dobré praxe, co se vám podařilo.* |

|  |
| --- |
| **Ostatní** |
| *Uveďte veškeré další informace k aktivitám uvedených v Metodice kap. 5.5, pokud nejsou jinde v této Zprávě uvedeny: např. informace k informovaným souhlasům, k dotazníkovému šetření personálu nemocnice atd.* |

**II. Informační a komunikační opatření (publicita)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Proběhla publicita za sledované období?** | **Ano/Ne** |
| **Pokud ano, popište a doložte využití nástrojů publicity** | |
| *Zejména se jedná o informace na internetových stránkách, povinný plakát, tisková zpráva a další informace dle Metodiky. Doložte např. printscreen internetové stránky, kopii tiskové zprávy.* | |

**III. Změny projektu**

**1. NEPODSTATNÉ ZMĚNY\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Proběhly ve sledovaném období nepodstatné změny?** | **Ano/Ne** |
| **Pokud ano, uveďte je v bodech. Uveďte u každého bodu příslušné č. změny dle Oznámení o změnách či změnu blíže popište.** | |
|  | |

\* *Změny, které nemusí být schváleny.*

**2. PODSTATNÉ ZMĚNY\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Proběhly ve sledovaném období podstatné změny?** | **Ano/Ne** |
| **Pokud ano, uveďte je v bodech. Uveďte u každého bodu příslušné č. změny dle Oznámení  o změnách.** | |
|  | |

\* *Změny týkající se povinností vyplývajících z Rozhodnutí o poskytnutí dotace a změny, které musí být předem schváleny.*

**IV. Indikátory:**

**1. Indikátory výstupu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **67001 - kapacita podpořených služeb -** Hodnotu indikátoru uveďte dle pokynů v Metodice programu v kapitole týkající se indikátorů. | | |
|  | První den fyzické realizace pilotního provozu, při plném obsazení a vyškolení prostřednictvím edukačního programu; případně den, kdy je proškolen poslední z členů základního odborného KTPP. | Poslední den fyzické realizace pilotního provozu |
| Datum |  |  |
| Celkem |  |  |
| Komentář: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **60000 - celkový počet účastníků** - Jedná se o členy základního odborného paliativního týmu (vedoucí lékař, lékař, všeobecná sestra, psycholog, sociální pracovník)[[1]](#footnote-1), kteří absolvují celý edukační program Paliativní péče v nemocnici. | | |
|  | Celkem od počátku realizace | Za sledované období |
| Celkem |  |  |
| Komentář: | | |

**2. Indikátory výsledku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **67010 - využívání podpořených služeb –** Jedná se o počet pacientů, kteří využijí jakoukoli službu paliativní péče bez ohledu na míru rozsahu poskytované služby. Každá osoba  se započítává pouze jedenkrát. | | |
|  | Celkem od počátku realizace | Za sledované období |
| Celkem |  |  |
| Komentář: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **62600 - účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti -** Jedná se o členy základního odborného paliativního týmu (vedoucí lékař, lékař, všeobecná sestra, psycholog, sociální pracovník)[[2]](#footnote-2), kteří po úspěšném absolvování kurzu Paliativní péče v nemocnici získali certifikát. | | |
|  | Celkem od počátku realizace | Za sledované období |
| Celkem |  |  |
| Komentář: | | |

**3. Indikátor ostatní**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indikátor – počet seminářů pro zaměstnance nemocnice –** uveďte počet seminářů | | |
|  | Celkem od počátku realizace | Za sledované období |
| Celkem |  |  |
| Komentář: Uveďte bližší informace (počet zúčastněných osob, průběh seminářů, doložte kopii prezenční listiny). | | |

**V. Ostatní sdělení**

*Stručně zhodnoťte realizaci projektu v daném období.*

|  |
| --- |
| **Problémy při realizaci – co bylo výzvou?** |
|  |
| **Co byste příště udělali jinak?** |
|  |
| **Ostatní sdělení související s pilotním provozem** |
|  |

**VI. Přílohy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název přílohy** | **Doložena Ano/Ne** |
| Pracovní smlouvy, profesní životopis, náplně práce a kopie osvědčení o nejvyšším dosaženém vzdělání odborných pracovníků (povinná, nedokládejte, pokud již byly doloženy v minulých Zprávách) |  |
| Doklady k realizaci komunikačních opatření – prezenční listiny, fotografická dokumentace apod. |  |
| Vyúčtování výdajů - Soupiska osobních výdajů |  |
| Celkové zhodnocení pilotního provozu – povinná příloha u závěrečné zprávy |  |
| *příp. další přílohy k části I, bodu 4 Sběr dat a evaluace* |  |

**Prohlášení**

1. Všechny informace uvedené v předložené Zprávě a jejích přílohách jsou pravdivé a úplné, jsem si vědom/a možných následků a sankcí, které vyplývají z uvedení nepravdivých nebo neúplných údajů.

2. Veškeré služby jsou realizovány v souladu se zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách,   
ve znění pozdějších předpisů/zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

3. V případě realizace výběrového řízení byla dodržena pravidla pro zadávání veřejných zakázek dle zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek, ve znění pozdějších předpisů.

4. Služba je realizována v souladu s politikami EU v oblasti udržitelného rozvoje, nediskriminace   
a rovnosti mužů a žen.

5. Na aktivity těchto služeb nečerpám a nenárokuji prostředky z jiného finančního nástroje EU ani   
z jiných národních veřejných zdrojů.

6. K dnešnímu dni nemám žádné závazky vůči orgánům státní správy, samosprávy a zdravotním pojišťovnám po lhůtě splatnosti (zejména daňové nedoplatky a penále, nedoplatky na pojistném   
a na penále na veřejné zdravotní pojištění, na pojistném a na penále na sociální zabezpečení   
a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, odvody za porušení rozpočtové kázně, atd.), či další nevypořádané finanční závazky z projektů financovaných ze strukturálních fondů nebo Fondu soudržnosti vůči orgánům, které prostředky z těchto fondů poskytují (Za splněné podmínky bezdlužnosti se považuje, pokud bylo poplatníkovi (plátci) daně povoleno posečkání daně nebo placení daně ve splátkách dle § 60 zákona č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků, nebo placení pojistného a penále ve splátkách dle § 20a zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociálním zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti).

7. Nejsem v likvidaci, úpadku, v hrozícím úpadku, ani není proti mně vedeno insolvenční řízení   
ve smyslu zákona č. 182/2006 Sb., o úpadku a způsobech jeho řešení (insolvenční zákon), ve znění pozdějších předpisů.

8. Požadavky na informační a komunikační opatření (publicitu) byly dodrženy v souladu s Rozhodnutím o poskytnutí dotace.

9. Všechny transakce jsou věrně zobrazeny v účetnictví.

10. Jsem si vědom/a skutečnosti, že v případě nesplnění podmínek Rozhodnutí o poskytnutí dotace nebo v případě nesprávně nárokovaných finančních prostředků je možné, že mi finanční plnění nebude poskytnuto nebo bude upraveno, popřípadě budu požádán/a o navrácení neoprávněně vynaložených prostředků.

11. Prohlašuji, že na zajištění zdravotní/sociální služby nenárokuji a nebudu nárokovat odpočet DPH.

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení oprávněné osoby** |  |
| **Funkce v organizaci** |  |
| **Místo a datum** |  |
| **Podpis a razítko** |  |

**Příloha Celkové zhodnocení pilotního provozu**

*Tato část se týká pouze závěrečné zprávy*

|  |
| --- |
| **Celkové zhodnocení pilotního provozu z pohledu kvality paliativní péče** |
|  |

|  |
| --- |
| **Celkové zhodnocení pilotního provozu z pohledu nákladovosti paliativní péče** |
|  |

|  |
| --- |
| **Celkové zhodnocení pilotního provozu z pohledu přínosů paliativní péče** |
|  |

|  |
| --- |
| **Celkové zhodnocení pilotního provozu z pohledu problémů při realizaci** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení oprávněné osoby** |  |
| **Funkce v organizaci** |  |
| **Místo a datum** |  |
| **Podpis a razítko** |  |

1. Odbornosti viz Metodika kapitola 5.2. [↑](#footnote-ref-1)
2. dtto [↑](#footnote-ref-2)