

MR/H2014-2020/33(1)/12 /2015



Minister Rozwoju

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

(ZATWIERDZAM)

-/-

**Mateusz
Morawiecki**

Minister Rozwoju

Warszawa, 23 grudnia 2015 r.

Spis treści

Rozdział 1 – Podstawa prawna	4
Rozdział 2 – Słownik pojęć.....	5
Rozdział 3 – Cel i zakres Wytocznych	7
Rozdział 4 – Programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach PO WER.....	9
Rozdział 5 – Programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach RPO .	11
Podrozdział 5.1 – RPZ dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym region	13
Podrozdział 5.2 – Programy ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy	14
Podrozdział 5.3 – Programy z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy	17
Podrozdział 5.4 – Programy z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami	19
Rozdział 6 – Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego w ramach RPO	20
Podrozdział 6.1 – Program profilaktyki raka piersi	20
Podrozdział 6.2 – Program profilaktyki raka szyjki macicy.....	22
Podrozdział 6.3 – Program profilaktyki raka jelita grubego	24
Rozdział 7 – Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi	25
Podrozdział 7.1 – Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach PO WER	26
Podrozdział 7.2 – Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach RPO	28
Załącznik nr 1	31
Zakres programu zdrowotnego i programu polityki zdrowotnej oraz informacja na temat przygotowania programu i procedury wydawania opinii AOTMiT	31
Załącznik nr 2	41
Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi.....	41
Załącznik nr 3	51
Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy	51
Załącznik nr 4	59
Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka jelita grubego.....	59

Wykaz skrótów

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

BHP – Bezpieczeństwo i higiena pracy

EFS – Europejski Fundusz Społeczny

EFSI – Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne

HPV - wirus brodawczaka ludzkiego

IP – Instytucja Pośrednicząca

IZ – Instytucja Zarządzająca

IZ PO WER – Instytucja Zarządzająca Programem Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

IZ RPO – Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym

KE – Komisja Europejska

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

PIP – Państwowa Inspekcja Pracy

PIS – Państwowa Inspekcja Sanitarna

PO – Program Operacyjny

PO WER – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

POZ – Podstawowa opieka zdrowotna

RPO – Regionalny Program Operacyjny

RPZ – Regionalny program zdrowotny

SIMP – System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki

SzOOP – Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych

Rozdział 1 – Podstawa prawna

- 1) Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, zwane dalej „Wytycznymi”, zostały opracowane na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. poz.1146, z późn. zm.).
- 2) Warunki i procedury określone w Wytycznych wynikają w szczególności z:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem EFS”;
 - c) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.);
 - d) ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200, z późn. zm.);
 - e) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.);
 - f) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505, z późn. zm.);
 - g) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1015);
 - h) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126);

- i) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325);
- j) zarządzenia nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, z późn. zm.;
- k) zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, z późn. zm.;
- l) dokumentu Programowanie perspektywy finansowej 2014-2020. Umowa Partnerstwa, zwanego dalej „Umową Partnerstwa”;
- m) dokumentu Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Krajowe ramy strategiczne, zwanego dalej „Policy Paper”.

Rozdział 2 – Słownik pojęć

Użyte w Wytycznych określenia oznaczają:

- a) **Deinstytucjonalizacja opieki medycznej** - proces przejścia od usług świadczonych w formach instytucjonalnych do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, realizowany zgodnie z „*Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*” i wymagający z jednej strony rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, z drugiej - stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej;
- b) **Krajowy program zdrowotny** - program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej realizowany w ramach PO WER lub realizowany z innych środków publicznych mający charakter ogólnokrajowy;
- c) **Osoba niesamodzielna** - osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia niesamodzielności stosowana jest Skala Barthel. Skala Barthel 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 się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych. Za osobę niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu;

- d) **Obszar wiejski** - rozumiany zgodnie z *Wytycznymi Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020*;
- e) **Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** – w ramach priorytetu inwestycyjnego 9iv *Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym*, o którym mowa w rozporządzeniu EFS, w zakresie działań w obszarze zdrowia, za osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym uznaje się grupy docelowe wskazane we właściwym PO lub SzOOP;
- f) **Program polityki zdrowotnej** – program polityki zdrowotnej, o którym mowa w art. 5 pkt 29a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków EFS, wybór realizatora programu polityki zdrowotnej następuje z zastosowaniem przepisów rozdziału 13 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
- g) **Program zdrowotny** – program zdrowotny, o którym mowa w art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku programów zdrowotnych finansowanych ze środków EFS, wybór realizatora programu zdrowotnego następuje z zastosowaniem przepisów rozdziału 13 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
- h) **Regionalny program zdrowotny (RPZ)** - program polityki zdrowotnej realizowany w ramach RPO, mogący dotyczyć następujących przykładowych działań:
- i. wdrożenie programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu;
 - ii. wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy;
 - iii. wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy;
 - iv. wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami;
- i) **Teleopieka medyczna** – usługa opiekuńcza o charakterze medycznym, wykorzystująca nowoczesne technologie. Usługa jest w szczególności kierowana do osób niesamodzielnych i ma na celu zwiększenie ich bezpieczeństwa w okresie przebywania samotnie w domu;

- j) **Usługi świadczone na poziomie lokalnych społeczności** – usługi umożliwiające osobom niezależne życie w środowisku lokalnym. Usługi te zapobiegają odizolowaniu osób od rodziny i środowiska lokalnego, a gdy to nie jest możliwe, gwarantują tym osobom warunki życia jak najbardziej zbliżone do warunków domowych i rodzinnych oraz umożliwiają podtrzymywanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich. Są to usługi świadczone w sposób:
- a) zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby) oraz jak najbardziej zbliżony do warunków odpowiadających życiu w środowisku domowym i rodzinnym;
 - b) umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą;
 - c) zapewniający, że odbiorcy usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem;
 - d) gwarantujący, że wymagania organizacyjne związane ze świadczeniem danej usługi nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami osoby z niej korzystającej.

Rozdział 3 – Cel i zakres Wytycznych

- 1) Wytyczne służą zapewnieniu niezbędnego poziomu koordynacji działań podejmowanych w całym kraju z wykorzystaniem środków EFS w obszarze zdrowia w ramach PO WER i RPO.
- 2) Wytyczne są skierowane do IZ PO WER oraz IZ RPO na lata 2014 – 2020.
- 3) Ilekroć w Wytycznych jest mowa o IZ PO WER lub IZ RPO rozumie się przez to także IP PO WER lub IP RPO, jeżeli odpowiednia IZ – zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 - powierzyła IP zadania związane z realizacją danego PO.
- 4) Wytyczne obowiązują w okresie realizacji PO na lata 2014-2020.
- 5) W przypadku, gdy PO zawiera w poszczególnych obszarach rozstrzygnięcia inne niż zawarte w Wytycznych, przy realizacji wsparcia pierwszeństwo mają przyjęte decyzją KE postanowienia PO, przy czym rozstrzygnięcia te muszą jednoznacznie wynikać z postanowień PO.
- 6) Wytyczne nie mają zastosowania do projektów realizowanych w ramach Osi IV PO WER *Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa*.
- 7) Wytyczne stosuje się do projektów realizowanych ze środków EFS w ramach następujących, przykładowych działań:

- a) projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierające współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami POZ oraz szpitalami, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem;
 - b) wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu;
 - c) wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy;
 - d) wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy;
 - e) rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego;
 - f) wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych lub rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami;
 - g) wsparcie deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami niesamodzielnymi, poprzez rozwój alternatywnych względem opieki instytucjonalnej form opieki nad tymi osobami.
- 8) Typy projektów realizowane w ramach działań, o których mowa w pkt 6 lit. a-e, są realizowane w ramach priorytetu inwestycyjnego 8vi *Aktywne i zdrowe starzenie się*, o którym mowa w rozporządzeniu EFS, a typy projektów realizowane w ramach działań, o których mowa w pkt 6 lit. f i g, są realizowane w ramach priorytetu inwestycyjnego 9iv *Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym*, o ile dany PO, przyjęty decyzją KE nie określa tego inaczej.
- 9) IZ może wydawać wytyczne programowe dotyczące kwestii szczegółowych dla danego PO, które muszą być zgodne z Wytycznymi, zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 10) IZ zapewnia, że właściwa instytucja będąca stroną umowy w ramach PO zobowiąże beneficjenta w umowie o dofinansowanie projektu do stosowania odpowiednich wymogów wynikających z Wytycznych.

- 11) Wszystkie projekty współfinansowane z EFS, w tym także w obszarze zdrowia, muszą być zgodne z politykami horyzontalnymi: zasadą równości szans płci oraz równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. Warunki i procedury wdrażania, a także przykłady zastosowania w ramach różnych form wsparcia ww. polityk horyzontalnych znajdują się w *Wytycznych 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*.
- 12) Zgodnie z Umową Partnerstwa interwencje w obszarze ochrony zdrowia, w tym współfinansowane z EFS, podlegają koordynacji w ramach Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, działającego pod przewodnictwem ministra właściwego do spraw zdrowia.
- 13) IZ zapewnia, że założenia lub kluczowe warunki realizacji zaplanowanej w PO interwencji w obszarze ochrony zdrowia są przekazywane pod obrady Komitetu Sterującego do spraw interwencji EFSI w sektorze zdrowia, zgodnie z trybem określonym w regulaminie tego Komitetu.
- 14) IZ zapewnia, że będą realizowane wyłącznie te projekty, dla których założenia lub kluczowe warunki realizacji zostały pozytywnie rozpatrzone przez Komitet Sterujący do spraw interwencji EFSI w sektorze zdrowia, zgodnie z procedurami przyjętymi w ramach funkcjonowania tego Komitetu.

Rozdział 4 – Programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach PO WER

- 1) W ramach PO WER programy zdrowotne lub programy polityki zdrowotnej są realizowane w formie projektów pilotażowych i testujących w zakresie programów profilaktycznych zawierających m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierających współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami POZ oraz szpitalami, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem.
- 2) Programy zdrowotne lub programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach PO WER służą:
 - a) wprowadzeniu do systemu opieki zdrowotnej rozwiązań skoncentrowanych na zapobieganiu chorobom, które są główną przyczyną dezaktywizacji zawodowej:
 - a) chorobom układu krążenia;
 - b) chorobom nowotworowym;
 - c) chorobom i zaburzeniom psychicznym;
 - d) chorobom układu kostno-stawowego i mięśniowego;

- e) chorobom układu oddechowego;
 - b) wdrożeniu usprawnień organizacji procesu opieki nad pacjentami, u których w ramach badań profilaktycznych wykryto dane schorzenie.
- 3) IZ PO WER zapewnia, że program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej realizowany w jednej z grup chorób wymienionych w pkt 2 lit. a nie powiela działań realizowanych w RPO w ramach RPZ.
- 4) Programy zdrowotne lub programy polityki zdrowotnej są realizowane z uwzględnieniem placówek POZ, jako docelowych koordynatorów opieki nad pacjentem.
- 5) Realizacja programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej może opierać się na dwóch etapach:
- a) opracowania szczegółowych założeń programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej;
 - b) pilotażowego wdrożenia zaplanowanych działań.
- 6) Programy zdrowotne lub programy polityki zdrowotnej wykraczają poza istniejące schematy i dotychczas wypracowane rozwiązania lub dotyczą obszarów nieobjętych dotychczas programami z zakresu profilaktyki zdrowotnej.
- 7) W ramach projektów pilotażowych i testujących w zakresie programów profilaktycznych realizowanych w ramach PO WER mogą być realizowane w szczególności następujące działania:
- a) opracowanie programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej;
 - b) badania naukowe;
 - c) działania służące nawiązywaniu i utrzymaniu współpracy pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami POZ oraz szpitalami;
 - d) usługi zdrowotne niezbędne do realizacji celów programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej;
 - e) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem;
 - f) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia;
 - g) działania informacyjno-edukacyjne dotyczące tematyki programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej, w tym edukacja prozdrowotna, skierowane do odbiorców tychże programów, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
 - h) działania szkoleniowo-edukacyjne związane z wdrażanym programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej skierowane do osób współpracujących z placówką POZ lub pracujących na rzecz placówki POZ, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;

- i) weryfikacja lub porównanie rezultatów zastosowanych rozwiązań na próbie gwarantującej uzyskanie wiarygodnych wyników.
- 8) IZ PO WER może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów na warunkach określonych w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*.
- 9) IZ PO WER zapewnia, że rezultaty i produkty wdrożenia programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej realizowanych w ramach PO WER zostaną poddane ewaluacji.

Rozdział 5 – Programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach RPO

- 1) Działania w obszarze zdrowia realizowane w ramach priorytetu inwestycyjnego 8*vi Aktywne i zdrowe starzenie się* oraz priorytetu inwestycyjnego 9*iv Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym* są realizowane w formule RPZ za wyjątkiem działań służących deinstytucjonalizacji opieki medycznej, rozwojowi populacyjnych programów profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego oraz programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy dostosowanych do potrzeb konkretnych pracodawców i ich pracowników.
- 2) RPZ dotyczą następujących obszarów:
 - a) chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu;
 - b) eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy¹;
 - c) rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy;
 - d) wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.
- 3) RPZ są w szczególności realizowane w obrębie następujących grup chorób:
 - a) choroby układu krążenia;
 - b) choroby nowotworowe;
 - c) choroby i zaburzenia psychiczne;
 - d) choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego;
 - e) choroby układu oddechowego.

¹ Z wyłączeniem programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy dostosowanych do potrzeb konkretnych pracodawców i ich pracowników.

- 4) IZ RPO zapewnia, że jeżeli RPZ jest realizowany w jednej z grup chorób wymienionych w pkt 3 wówczas nie powieła działań realizowanych w PO WER w ramach programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej.
- 5) RPZ mogą być realizowane dla innych niż wymienione w pkt 3 grup chorób pod warunkiem, że są odpowiedzią na istotny problem zdrowotny danego regionu oraz poziom środków alokowanych na takie RPZ nie stanowi więcej niż 15% kwoty alokowanej na priorytet inwestycyjny 8vi *Aktywne i zdrowe starzenie się* w ramach danego RPO.
- 6) Opracowanie RPZ nie może zostać sfinansowane ze środków EFS w ramach priorytetu inwestycyjnego 8vi *Aktywne i zdrowe starzenie się* lub priorytetu inwestycyjnego 9iv *Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym*, dostępnych w danym RPO i stanowi wydatek niekwalifikowalny.
- 7) Środki EFS przeznaczane na RPZ w ramach priorytetu inwestycyjnego 8vi *Aktywne i zdrowe starzenie się* lub priorytetu inwestycyjnego 9iv *Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym* dostępne w RPO mogą służyć wyłącznie wdrożeniu RPZ.
- 8) IZ RPO zapewni, że RPZ, przed rozpoczęciem realizacji, uzyska opinię AOTMiT i będzie zgodny z zakresem określonym w załączniku nr 1 do Wytycznych.
- 9) Do realizacji w ramach RPO mogą zostać zakwalifikowane jedynie te RPZ, które uzyskały pozytywną opinię AOTMiT lub spełniły wszystkie warunki wskazane w warunkowej opinii AOTMiT.
- 10) Wdrożenie RPZ jest realizowane w ramach projektów wybranych do dofinansowania w trybach przewidzianych w art. 38 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 11) IZ RPO w celu zagwarantowania zgodności realizacji projektów wyłonionych w trybie konkursowym z RPZ, zapewnia, że:
 - a) treść opracowanego RPZ stanowi element regulaminu konkursu i odwołanie do danego RPZ jest odpowiednio wskazane w kryteriach wyboru projektów;
 - b) członkowie Komisji Oceniającej Projekty uczestniczący w ocenie wniosków o dofinansowanie projektu oceniają zgodność działań podejmowanych w projekcie z właściwym RPZ, stanowiącym element regulaminu konkursu.

- 12) IZ RPO zapewnia, że rezultaty i produkty wdrożenia RPZ zostaną poddane ewaluacji. Ewaluacja może zostać przeprowadzona na poziomie regionalnym przez IZ RPO albo może zostać zrealizowana w ramach ewaluacji realizowanej z poziomu krajowego, jeżeli tematyka RPZ została w niej uwzględniona.

Podrozdział 5.1 – RPZ dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu

- 1) IZ RPO zapewnia, że realizacja RPZ dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu musi być poprzedzona analizą epidemiologiczną danego terytorium i grup docelowych, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego programu elementów: skali zapadalności, czynników wykluczających z rynku pracy, wieku, płci oraz profilu zawodowego osób planowanych do objęcia RPZ. W szczególności RPZ powinny być ukierunkowane na grupy docelowe najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub rokujących na powrót na rynek pracy w wyniku udzielanych w RPZ świadczeń zdrowotnych.
- 2) IZ RPO zapewnia, że RPZ dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu nie powielają działań realizowanych w funkcjonujących krajowych programach zdrowotnych lub realizowanych w ramach PO WER.
- 3) Za istotny problem zdrowotny regionu uznaje się ten problem, który w porównaniu z innymi regionami kraju sytuuje go w szczególnie trudnej sytuacji pod względem zapadalności i umieralności (wskaźnik wyższy niż średnia dla kraju) lub problem zdrowotny powodowany przez czynniki chorobotwórcze zidentyfikowany i wskazany przez samorząd województwa jako istotny na podstawie wiarygodnych danych.
- 4) W sytuacji, gdy co najmniej 50% regionów zgłosi zapotrzebowanie na realizację RPZ obejmującego tę samą jednostkę chorobową lub grupę chorób, opracowanie programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej może zostać zrealizowane w ramach działań przewidzianych w PO WER, o ile pozwala na to zakres wsparcia w PO WER. Weryfikacja i ewentualna decyzja co do możliwości opracowania w ramach PO WER programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej zgłaszanych przez IZ RPO odbywa się w ramach prac Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.
- 5) IZ RPO zapewnia, że działania objęte finansowaniem w ramach projektów nie zastępują świadczeń opieki zdrowotnej, których finansowanie jest zagwarantowane ze środków publicznych.
- 6) W ramach RPZ dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu realizowanych w ramach RPO mogą być realizowane w szczególności następujące działania:

- a) usługi zdrowotne niezbędne do realizacji celów RPZ. IZ RPO w wytycznych programowych, regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie usług zdrowotnych pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów RPZ i jednocześnie nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, to jest jeżeli wykraczają one poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie trwania RPZ lub danego projektu służącego realizacji RPZ;
 - b) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem;
 - c) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia;
 - d) działania informacyjno-edukacyjne, dotyczące tematyki RPZ, w tym edukacja prozdrowotna, skierowane do odbiorców RPZ, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
 - e) działania informacyjno-szkoleniowe, związane z wdrażaniem RPZ, skierowane do lekarzy i pielęgniarek POZ prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
 - f) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.
- 7) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów na warunkach określonych w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*.

Podrozdział 5.2 – Programy ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy

- 1) Programy ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy dostosowane do potrzeb konkretnych pracodawców i ich pracowników, w tym przewidujące działania służące przekwalifikowaniu osób narażonych na zdrowotne czynniki ryzyka w miejscu pracy, nie są realizowane w formie RPZ i nie podlegają wymogom określonym dla RPZ w Wytycznych. W przypadku wystąpienia pomocy publicznej, mają zastosowanie odpowiednie przepisy *rozporządzenia 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* (Dz. U. poz. 1073).

- 2) W formie RPZ są realizowane programy ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, które mają wyłącznie charakter medyczny i uniwersalny, czyli pozwalają wdrożyć przewidziane w nich rozwiązania w miejscach pracy narażonych na podobne zdrowotne czynniki ryzyka.
- 3) Celem RPZ ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy jest wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez wdrożenie programów naprawczych przyczyniających się do minimalizacji w miejscu pracy tych czynników, które są identyfikowane jako negatywnie wpływające na zdrowie osób pracujących.
- 4) IZ RPO może zdecydować że RPZ, o których mowa w pkt 2, mogą być realizowane łącznie lub mogą zostać uzupełnione działaniami o charakterze doradczym i szkoleniowym, skierowanymi do pracowników, pozwalającymi na przekwalifikowanie i rozpoczęcie pracy poza stanowiskiem narażonym na występowanie czynników negatywnie wpływających na zdrowie. W przypadku wystąpienia w tym zakresie pomocy publicznej, mają zastosowanie odpowiednie przepisy *rozporządzenia 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) IZ RPO zapewnia, że działania w ramach programów, o których mowa w pkt 1, oraz działania realizowane w ramach RPZ, o których mowa w pkt 2, nie zastępują obowiązkowych działań z zakresu medycyny pracy, do których realizacji jest zobowiązany pracodawca na podstawie przepisów rozdziału VI ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184).
- 6) IZ RPO zapewnia, że projekty są wdrażane w oparciu o pogłębioną analizę występowania niekorzystnych czynników zdrowotnych w środowisku pracy oraz koncentrują się na wsparciu pracodawców w opracowaniu i wdrożeniu rozwiązań organizacyjnych przyczyniających się do eliminacji zidentyfikowanych zagrożeń dla zdrowia.
- 7) IZ RPO określa ogólne warunki dla RPZ, o których mowa w pkt 2, mając na uwadze następujące czynniki:
 - a) RPZ są w szczególności realizowane w obrębie następujących grup chorób:
 - a) choroby układu krążenia;
 - b) choroby nowotworowe;
 - c) choroby i zaburzenia psychiczne;
 - d) choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego;
 - e) choroby układu oddechowego;

- b) cele RPZ powinny dotyczyć w szczególności:
 - a) wdrożenia zmian organizacyjnych mających na celu eliminację zidentyfikowanych czynników ryzyka;
 - b) usprawnienia procedur wczesnej identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy;
 - c) podniesienia świadomości zdrowotnej pracodawców i kadry zarządzającej oraz osób pracujących i wypracowania odpowiednich zachowań prozdrowotnych;
 - d) podniesienia wiedzy lekarzy sprawujących opiekę profilaktyczną, psychologów, pracowników PIS, PIP, BHP w zakresie wczesnego diagnozowania i profilaktyki oraz minimalizacji zagrożeń;
- c) działania w ramach RPZ mogą obejmować w szczególności:
 - a) analizę występowania niekorzystnych czynników zdrowotnych w środowisku pracy;
 - b) wdrożenie kompleksowych działań przyczyniających się do eliminacji występujących zagrożeń dla zdrowia w środowisku pracy;
 - c) działania edukacyjne adresowane do:
 - lekarzy medycyny pracy i POZ, psychologów, pracowników PIS, PIP i BHP;
 - pracodawców;
 - osób pracujących narażonych na czynniki ryzyka w miejscu pracy;
 - osób uczących się zawodu.
- 8) IZ RPO zapewni, że proces realizacji RPZ, o którym mowa w pkt 2, tam gdzie jest to możliwe, będzie uwzględniał rozwiązania programów opracowanych w latach 2007-2013 w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, dostępnych na stronie <http://www.programyzdrowotne.pl>, tj.:
 - a) „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób narządu słuchu pochodzenia zawodowego”;
 - b) „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób zawodowych skóry”;
 - c) „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący alergii zawodowej”;
 - d) „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób zakaźnych u personelu medycznego”;
 - e) „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący boreliozy pochodzenia zawodowego”;
 - f) Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem pracy”;
 - g) „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu krążenia”;
 - h) „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy”;

- i) „Program ukierunkowany na powroty do pracy dla osób z zaburzeniami głosu o podłożu zawodowym”;
 - j) „Kompleksowy program ukierunkowany na powroty do pracy pacjentów z pylicą płuc”;
 - k) „Kompleksowy program ukierunkowany na powroty do pracy pacjentów z chorobami alergicznymi”.
- 9) W ramach projektów służących wdrożeniu RPZ, o których mowa w pkt 2, realizowanych w ramach RPO mogą być realizowane w szczególności następujące działania:
- a) usługi zdrowotne niezbędne do realizacji RPZ, w tym rozszerzenie katalogu badań profilaktycznych, wykraczających poza obowiązkowe badania okresowe z zakresu medycyny pracy. IZ RPO w wytycznych programowych, regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie usług zdrowotnych pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów RPZ i jednocześnie nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, to jest jeżeli wykraczają one poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie trwania RPZ lub danego projektu służącego realizacji RPZ;
 - b) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania lub z miejsca pracy do miejsca wykonywania badania i z powrotem;
 - c) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia;
 - d) działania informacyjno-edukacyjne, dotyczące tematyki RPZ, w tym edukacja prozdrowotna, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
 - e) działania informacyjno-szkoleniowe związane z wdrażaniem RPZ skierowane w szczególności do lekarzy medycyny pracy, lekarzy orzeczników i POZ, psychologów, pracowników PIS, PIP i BHP, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
 - f) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.
- 10) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów na warunkach określonych w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*.

Podrozdział 5.3 – Programy z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy

- 1) IZ RPO zapewni, że RPZ z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy realizowane w ramach RPO będą ukierunkowane na grupy docelowe najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych.
- 2) IZ RPO zapewni, że działania podejmowane w ramach RPZ z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy są realizowane w szczególności w obrębie następujących grup chorób:
 - a) choroby układu krążenia;
 - b) choroby nowotworowe;
 - c) choroby i zaburzenia psychiczne;
 - d) choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego;
 - e) choroby układu oddechowego.
- 3) IZ RPO zapewni, że świadczenia rehabilitacyjne udzielane w ramach projektów finansowanych ze środków EFS są realizowane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności zarządzenia Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.
- 4) W ramach projektów służących realizacji RPZ z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy realizowanych w ramach RPO mogą być realizowane w szczególności następujące działania:
 - a) usługi zdrowotne niezbędne do realizacji RPZ. IZ RPO w wytycznych programowych, regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie usług zdrowotnych pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów RPZ i jednocześnie nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, to jest jeżeli wykraczają one poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie trwania RPZ lub danego projektu służącego realizacji RPZ;
 - b) turnusy rehabilitacyjne dla uczestników projektu;
 - c) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem;
 - d) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia;

- e) działania informacyjno-edukacyjne, dotyczące tematyki RPZ, w tym edukacja prozdrowotna, skierowane do osób objętych wsparciem oraz osób z ich otoczenia, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
 - f) działania informacyjno-szkoleniowe związane z wdrażaniem RPZ skierowane w szczególności do podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne, kadr POZ oraz lekarzy orzeczników, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
 - g) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.
- 5) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów na warunkach określonych w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*.

Podrozdział 5.4 – Programy z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami

- 1) IZ RPO określa ogólne warunki dla RPZ z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami, mając na uwadze, że zakres programu powinien koncentrować się na:
- a) wczesnym wykrywaniu wad rozwojowych;
 - b) leczeniu i rehabilitacji wad rozwojowych;
 - c) edukacji skierowanej do dzieci, ich opiekunów oraz kadry medycznej, w tym w szczególności POZ.
- 2) IZ RPO zapewnia, że działania objęte finansowaniem w ramach projektów nie zastępują świadczeń opieki zdrowotnej, których finansowanie jest zagwarantowane ze środków publicznych.
- 3) W ramach projektów z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami realizowanych w ramach RPO mogą być realizowane w szczególności następujące działania:

- a) usługi zdrowotne niezbędne do realizacji celów RPZ. IZ RPO w wytycznych programowych, regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie usług zdrowotnych pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów RPZ i jednocześnie nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, to jest jeżeli wykraczają one poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie trwania RPZ lub danego projektu służącego realizacji RPZ;
 - 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, 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 wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
 - e) działania informacyjno-szkoleniowe związane z wdrażaniem RPZ skierowane w szczególności do lekarzy i pielęgniarek POZ, lekarzy orzeczników, położnych, pielęgniarek środowiskowych, pielęgniarek i higienistek szkolnych, pedagogów, psychologów, rehabilitantów, fizjoterapeutów, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
 - f) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.
- 4) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów na warunkach określonych w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*.

Rozdział 6 – Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego w ramach RPO

Podrozdział 6.1 – Program profilaktyki raka piersi

- 1) IZ RPO określa zakres działań możliwych do finansowania ze środków EFS w oparciu o regionalną analizę potrzeb w zakresie działań profilaktycznych i z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych w regionie.

- 2) IZ RPO określa zakres działań możliwych do realizacji w projekcie, uwzględniając Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi, zawarte w załączniku nr 2 do Wytucznych.*
- 3) IZ RPO zapewnia, że działania realizowane w ramach projektu będą służyły zwiększeniu zgłaszalności do udziału w świadczeniach zdrowotnych realizowanych w ramach *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi* wykonywanych wyłącznie przez podmioty, które posiadają kontrakt z NFZ w ramach tego programu.
- 4) IZ RPO określa ogólne warunki realizacji projektów w szczególności uwzględniając następujące czynniki:
 - a) projekty koncentrują się na dotarciu do kobiet, które na podstawie SIMP nigdy nie wykonywały badań profilaktycznych w kierunku wykrycia raka piersi, a które kwalifikują się do udziału w programie. Grupa ta musi stanowić co najmniej 20% uczestników projektu;
 - b) projekty koncentrują działania na osobach zamieszkałych w miejscowościach poniżej 20 000 mieszkańców, w tym w szczególności na obszarach wiejskich;
 - c) projekty koncentrują działania w powiatach lub gminach o szczególnie niskim poziomie zgłaszalności na badania mammograficzne, tj. o poziomie zgłaszalności poniżej 30%;
 - d) realizacja projektu odbywa się w partnerstwie z co najmniej jedną placówką POZ;
 - e) premiovane są projekty przewidujące partnerstwo pomiędzy podmiotem wykonującym działalność leczniczą oraz co najmniej jedną organizacją pozarządową, której działalność statutowa jest związana z upowszechnianiem edukacji prozdrowotnej lub promocją udziału w badaniach diagnostycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi;
 - f) preferowane są projekty, które przewidują działania służące realizacji badań mammograficznych podczas okresowych badań lekarskich pracowników;
 - g) projekty przewidują możliwość wykorzystania mammbusów pozwalających na dotarcie do populacji kobiet z małych miejscowości oraz z terenów wiejskich.
- 5) W ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka piersi mogą być realizowane w szczególności następujące działania:
 - a) działania informacyjno-edukacyjne oraz dotyczące edukacji prozdrowotnej o charakterze lokalnym polegające na zachęcaniu kobiet do badań profilaktycznych. Tego typu działania nie mogą stanowić jedynego działania w ramach projektu. Prowadzenie działań z zakresu edukacji prozdrowotnej możliwe jest wyłącznie przez osoby z wykształceniem lekarskim, pielęgniarskim lub położniczym lub przez absolwentów kierunku zdrowie publiczne. Działania edukacyjne z zakresu profilaktyki mogą być również kierowane do lekarzy POZ;

- b) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji badania w ramach programu profilaktyki raka piersi dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem;
 - c) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia.
- 6) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów, w tym mammobusa, na warunkach określonych w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*. IZ RPO w wytycznych programowych, regulaminie konkursu lub SzOOP określa szczegółowe warunki finansowania mammobusa, w tym wymogi dotyczące zapewnienia trwałości rezultatów projektu.
- 7) IZ RPO zapewnia, że ze środków dofinansowania nie może zostać sfinansowany koszt badania mammograficznego uczestnika projektu, którego finansowanie jest zagwarantowane ze środków NFZ. Koszt badania mammograficznego uczestnika projektu może jednak zostać wykazany w projekcie jako wkład własny pod warunkiem, że źródłem jego sfinansowania są środki NFZ będące w dyspozycji beneficjenta lub partnera projektu.

Podrozdział 6.2 – Program profilaktyki raka szyjki macicy

- 1) IZ RPO określa zakres działań możliwych do finansowania ze środków EFS w oparciu o regionalną analizę potrzeb w zakresie działań profilaktycznych i z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych w regionie.
- 2) IZ RPO określa zakres działań możliwych do realizacji w projekcie uwzględniając Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach *Programu profilaktyki raka szyjki macicy*, zawarte w załączniku nr 3 do Wytycznych.
- 3) IZ RPO zapewnia, że działania realizowane w ramach projektu będą służyły zwiększeniu zgłaszalności do udziału w świadczeniach zdrowotnych realizowanych w ramach *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* wykonywanych wyłącznie przez podmioty, które posiadają kontrakt z NFZ w ramach tego programu.
- 4) IZ RPO określa ogólne warunki realizacji projektów, w szczególności uwzględniając następujące czynniki:
 - a) projekty koncentrują się na dotarciu do kobiet, które na podstawie SIMP nigdy nie wykonywały badań profilaktycznych w kierunku raka szyjki macicy, a które kwalifikują się do udziału w programie. Grupa ta musi stanowić co najmniej 20% uczestników projektu;

- b) projekty koncentrują działania na osobach zamieszkałych w miejscowościach poniżej 20 000 mieszkańców, w tym w szczególności na obszarach wiejskich;
 - c) projekty koncentrują działania w powiatach lub gminach o szczególnie niskim poziomie zgłaszalności na badania cytologiczne, tj. o poziomie zgłaszalności poniżej 30%;
 - d) projekty powinny przewidywać udział położnych w wykonywaniu badań cytologicznych;
 - e) realizacja projektu odbywa się w partnerstwie z co najmniej jedną placówką POZ;
 - f) premiowane są projekty przewidujące partnerstwo pomiędzy podmiotem wykonującym działalność leczniczą oraz co najmniej jedną organizacją pozarządową, której działalność statutowa jest związana z upowszechnianiem edukacji prozdrowotnej lub promocją udziału w badaniach diagnostycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy;
 - g) preferowane są projekty, które przewidują działania służące realizacji badań cytologicznych podczas okresowych badań lekarskich pracowników;
 - h) projekty przewidują możliwość wykorzystania cytobusów, pozwalających na dotarcie do populacji kobiet z małych miejscowości oraz z terenów wiejskich.
- 5) W ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka szyjki macicy mogą być realizowane w szczególności następujące działania:
- a) usługi zdrowotne. IZ RPO może dopuścić możliwość realizacji usług zdrowotnych pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej i jednocześnie nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych. IZ RPO może dopuścić możliwość finansowania w wytycznych programowych, regulaminie konkursu lub SzOOP usług zdrowotnych z EFS, jeżeli wykraczają one poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie trwania projektu;
 - b) działania informacyjno-edukacyjne oraz dotyczące edukacji prozdrowotnej o charakterze lokalnym, polegające na zachęcaniu kobiet do badań profilaktycznych. Tego typu działania nie mogą stanowić jedynego działania w ramach projektu. Prowadzenie działań z zakresu edukacji prozdrowotnej możliwe jest wyłącznie przez osoby z wykształceniem lekarskim, pielęgniarskim lub położniczym lub przez absolwentów kierunku zdrowie publiczne. Działania edukacyjne z zakresu profilaktyki mogą być również kierowane do lekarzy POZ;

- c) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji badania w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem;
 - d) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia.
- 6) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów, w tym cytobusa, na warunkach określonych w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*. IZ RPO w wytycznych programowych, regulaminie konkursu lub SzOOP określa szczegółowe warunki finansowania cytobusa, w tym wymogi dotyczące zapewnienia trwałości rezultatów projektu.
 - 7) IZ RPO zapewnia, że ze środków dofinansowania nie może zostać sfinansowany koszt badania cytologicznego uczestnika projektu, którego finansowanie jest zagwarantowane ze środków NFZ. Koszt badania cytologicznego uczestnika projektu może jednak zostać wykazany w projekcie jako wkład własny pod warunkiem, że źródłem jego sfinansowania są środki NFZ będące w dyspozycji beneficjenta lub partnera projektu.
 - 8) IZ RPO, o ile pozwala na to RPO, może zdecydować o uzupełnieniu działań o dodatkowe usługi zdrowotne, w tym badania w kierunku HPV, które nie są objęte finansowaniem NFZ. Wprowadzenie przez IZ RPO dodatkowego zakresu usług zdrowotnych, wykraczających poza zakres realizowany w ramach *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy*, oznacza jego modyfikację. Modyfikacja *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* jest uznawana jako tworzenie przez IZ RPO nowego RPZ. W takim przypadku IZ RPO stosuje wymogi dla RPZ określone w rozdziale 5 wytycznych, w szczególności kieruje RPZ do oceny AOTMiT.

Podrozdział 6.3 – Program profilaktyki raka jelita grubego

- 1) IZ RPO określa zakres działań możliwych do finansowania ze środków EFS w oparciu o regionalną analizę potrzeb w zakresie działań profilaktycznych i z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych w regionie.
- 2) IZ RPO określa zakres działań możliwych do realizacji w projekcie, uwzględniając Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach *Programu profilaktyki raka jelita grubego*, zawarte w załączniku nr 4 do Wytycznych.
- 3) IZ RPO określa ogólne warunki realizacji projektów, w szczególności uwzględniając następujące czynniki:

- a) w przypadku realizacji działań w projekcie przez podmioty posiadające umowę z Ministerstwem Zdrowia na realizację badań kolonoskopowych w ramach *Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego* środki EFS służą realizacji dodatkowych badań diagnostycznych i przyczyniają się do zwiększenia liczby badań diagnostycznych przeprowadzanych przez te podmioty;
 - b) preferowane są projekty, które zakładają włączenie badań kolonoskopowych do pakietu badań dodatkowych wykonywanych podczas okresowych badań lekarskich pracowników.
- 4) W ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego mogą być realizowane w szczególności następujące działania:
- a) usługi zdrowotne, w tym:
 - a) badanie kolonoskopowe w maksymalnej kwocie do 420 zł brutto;
 - b) koszt znieczulenia;
 - b) działania informacyjno-edukacyjne oraz dotyczące edukacji prozdrowotnej o charakterze lokalnym polegające na zachęcaniu osób do badań profilaktycznych. Tego typu działania nie mogą stanowić jedynego działania w ramach projektu. Prowadzenie działań z zakresu edukacji prozdrowotnej możliwe będzie wyłącznie przez osoby z wykształceniem lekarskim lub pielęgniarskim lub przez absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
 - c) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej w ramach programu profilaktyki raka jelita grubego dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem;
 - d) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia;
 - e) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów, w tym kolonoskopu, na warunkach określonych w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*. IZ RPO w wytycznych programowych, regulaminie konkursu lub SzOOP określa szczegółowe warunki finansowania kolonoskopu, w tym wymogi dotyczące zapewnienia trwałości rezultatów projektu.

Rozdział 7 – Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi

- 1) IZ PO WER lub IZ RPO określają ogólne warunki dla działań wspierających deinstytucjonalizację opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi, mając na uwadze następujące czynniki:
 - a) realizacja projektów służy rozwojowi zdeinstytucjonalizowanych form opieki medycznej zapobiegających umieszczeniu osób niesamodzielnymi w zakładach stacjonarnych, w szczególności na oddziałach szpitalnych;
 - b) realizacja projektów służy rozwojowi różnorodnych zintegrowanych usług, pozwalających pensjonariuszom opuścić zakłady stacjonarne i żyć w społeczeństwie z zapewnieniem odpowiedniego wsparcia, zapobieganiu objęciu kolejnych osób opieką instytucjonalną, a także podnoszeniu kompetencji i kwalifikacji osób zaangażowanych w opiekę medyczną nad osobami niesamodzielnymi;
 - c) na poziomie PO WER realizacja projektów z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi służy wypracowaniu modeli lub standardowych rozwiązań, których wdrożenie może następnie odbywać się w ramach RPO. Właściwe IZ zapewniają, że działania realizowane na poziomie krajowym albo regionalnym, podejmowane w zakresie deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi nie powielają się. Właściwa IZ wykorzystuje do tego celu mechanizmy koordynacji, które zgodnie z Umową Partnerstwa funkcjonują na potrzeby realizacji wsparcia ze środków EFSI w obszarze zdrowia, w tym udział w pracach i przedstawianie założeń planowanych do realizacji przedsięwzięć Komitetowi Sterującemu do spraw interwencji EFSI w sektorze zdrowia, zgodnie z procedurami przyjętymi w ramach funkcjonowania tego Komitetu.

Podrozdział 7.1 – Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach PO WER

- 1) Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach PO WER dotyczą opracowania i pilotażowego wdrożenia modeli zdeinstytucjonalizowanej opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi, w tym w szczególności standardu dla dziennego domu opieki medycznej oraz środowiskowych form pomocy lub samopomocy i innych alternatywnych form opieki.
- 2) IZ PO WER określa ogólne warunki realizacji przedsięwzięć, o których mowa w pkt 1, mając na uwadze następujące czynniki:
 - a) cele realizowanych przedsięwzięć dotyczą w szczególności:
 - a) wdrożenia nowych form dziennej lub środowiskowej opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi;

- b) umożliwienia podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia przez opiekuna osoby niesamodzielnej;
 - c) poprawy stanu zdrowia osób niesamodzielnych i ich opiekunów;
 - d) zmniejszenia liczby i czasu trwania nieuzasadnionej medycznie hospitalizacji osób starszych;
 - e) zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z których korzystają osoby niesamodzielne, poprzez skrócenie czasu oczekiwania;
 - f) kompleksowego wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych, w tym edukacji i wsparcia psychologicznego;
 - g) zapewnienia trwałości wypracowanych rozwiązań z zakresu zdeinstytucjonalizowanej opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi, w tym wypracowania mechanizmów zapewniających ich funkcjonowanie po zakończeniu finansowania ze środków EFS;
- b) przedsięwzięcia zakładają współpracę służącą realizacji usług medycznych dla osób niesamodzielnych w formie zdeinstytucjonalizowanej, w szczególności następujących rodzajów podmiotów:
- a) szpitali;
 - b) zakładów opiekuńczo-leczniczych;
 - c) podmiotów leczniczych świadczących POZ;
 - d) organizacji pozarządowych statutowo zajmujących się opieką nad osobami niesamodzielnymi;
 - e) podmiotów świadczących usługi na rzecz osób niesamodzielnych;
 - f) jednostek samorządu terytorialnego i ich jednostek organizacyjnych;
 - g) partnerów społecznych w rozumieniu PO WER;
 - h) samorządu zawodowego;
- c) przedsięwzięcia zakładają wypracowanie standardów organizacji pozaszpitalnej opieki medycznej, obejmującej kontynuację leczenia i intensywnej opieki realizowanej w warunkach domowych, w pierwszym okresie po hospitalizacji;
- d) odbiorcami wsparcia są pacjenci wymagający profesjonalnego i skoordynowanego wsparcia zespołu medycznego.
- 3) W ramach projektów z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowanych w ramach PO WER mogą być realizowane w szczególności następujące działania:
- a) analizy i badania, niezbędne do opracowania standardu dla dziennego domu opieki medycznej oraz środowiskowych form pomocy lub samopomocy i innych alternatywnych form opieki;
 - b) zatrudnienie personelu świadczącego usługi zdrowotne lub opiekuńcze;

- c) usługi zdrowotne, rehabilitacyjne i pielęgnacyjne niezbędne do osiągnięcia celów projektu. IZ w wytycznych programowych, regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie wymienionych usług pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów projektu i jednocześnie nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, to jest jeżeli wykraczają one poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie trwania projektu;
 - d) działania informacyjno-edukacyjne prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne, skierowane do osób niesamodzielnych, osób z ich otoczenia, opiekunów, osób świadczących usługi z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym w szczególności do lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, rehabilitantów, psychologów;
 - e) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.
- 4) IZ może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów w sytuacjach, gdy zostanie należycie udowodnione, że będą one wykorzystywane w ramach nowo rozwijanej formy opieki zdeinstytucjonalizowanej. Finansowanie środków trwałych odbywa się na warunkach określonych w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*.
- 5) IZ PO WER zapewnia, że wypracowane w ramach PO WER modele zdeinstytucjonalizowanej opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi zostaną przekazane do zaopiniowania przez Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Pozytywnie zaopiniowane przez Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia modele mogą zostać upowszechnione ze środków RPO.

Podrozdział 7.2 – Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach RPO

- 1) IZ RPO zapewnia, że działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach RPO dotyczą w szczególności:
- a) wsparcia działalności lub tworzenia nowych dziennych domów opieki medycznej, zgodnie ze standardem wypracowanym w ramach PO WER lub innych form opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym osobami starszymi;
 - b) wdrożenia na poziomie lokalnym rozwiązań z zakresu koordynacji realizacji usług medycznych kierowanych do osób niesamodzielnych;

- c) wsparcia działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych;
 - d) długoterminowej medycznej opieki domowej nad osobą niesamodzielną, w tym pielęgniarstwa długoterminowej;
 - e) zapewniania opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi w zastępstwie za opiekunów będących członkami rodzin, w tym opieki domowej lub miejsc opieki w dziennych formach;
 - f) wsparcia psychologicznego lub szkoleń dla opiekunów, w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi;
 - g) przygotowania i tworzenia wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i wspomagającego, połączonego z doradztwem w doborze sprzętu, treningami z zakresu samoobsługi wypożyczonego sprzętu oraz przygotowanie warunków do opieki domowej;
 - h) teleopieki medycznej, wykorzystywanej na potrzeby doradztwa medycznego oraz bezpośredniej pomocy personelu medycznego na wezwanie w szczególnej sytuacji;
 - i) szkoleń oraz prowadzenia doradztwa w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób niesamodzielnymi;
 - j) wsparcia zespołów środowiskowych, w szczególności na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej lub psychiatrycznej.
- 2) IZ RPO określa ogólne warunki realizacji przedsięwzięć, o których mowa w pkt 1, mając na uwadze w szczególności następujące cele:
- a) umożliwienie podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia przez opiekuna osoby niesamodzielną;
 - b) poprawę stanu zdrowia osób niesamodzielnymi i ich opiekunów;
 - c) zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji osób starszych;
 - d) zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z których korzystają osoby niesamodzielnymi, poprzez skrócenie czasu oczekiwania;
 - e) kompleksowe wsparcie opiekunów osób niesamodzielnymi, w tym edukacja i wsparcie psychologiczne;
 - f) wypracowanie trwałych rozwiązań zapewniających wysoką jakość usług medycznych, dostosowaną do indywidualnych potrzeb osób niesamodzielnymi.
- 3) W ramach projektów z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowanych w ramach RPO mogą być realizowane w szczególności następujące działania:
- a) zatrudnienie personelu świadczącego usługi zdrowotne lub opiekuńcze;

- b) usługi zdrowotne, rehabilitacyjne i pielęgnacyjne niezbędne do osiągnięcia celów projektu. IZ w wytycznych programowych, regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie wymienionych usług pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów projektu i jednocześnie nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, to jest jeżeli wykraczają one poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie trwania projektu;
 - c) działania informacyjno-edukacyjne prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne, skierowane do osób niesamodzielnych, osób z ich otoczenia, opiekunów, osób świadczących usługi z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym w szczególności do lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, rehabilitantów, psychologów;
 - d) zapewnienie transportu osoby niesamodzielnej lub personelu sprawującego opiekę, związane bezpośrednio z usługami zdrowotnymi świadczonymi osobie niesamodzielnej w ramach projektu;
 - e) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.
- 4) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów wyłącznie w sytuacjach, gdy zostanie należycie udowodnione, że będą one wykorzystywane w ramach nowo rozwijanej formy opieki zdeinstytucjonalizowanej. Finansowanie środków trwałych odbywa się na warunkach określonych w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*.

Zakres programu zdrowotnego i programu polityki zdrowotnej oraz informacja na temat przygotowania programu i procedury wydawania opinii AOTMiT

1. Zakres programu zdrowotnego i programu polityki zdrowotnej

Ze względu na fakt, że w przypadku programów finansowanych ze środków EFS, zarówno programy zdrowotne, jak i programy polityki zdrowotnej wymagają opinii AOTMiT, ich zakres powinien uwzględniać zasady określone i oceniane przez AOTMiT.

Projekt programu powinien zawierać m.in. następujące elementy:

1) Strona tytułowa

- nazwa programu;
- okres realizacji programu;
- podstawa prawna realizacji programu;
- autorzy programu;
- logotyp jednostki opracowującej program;
- data opracowania programu.

2) Opis problemu zdrowotnego

- problem zdrowotny - skierowany na jeden lub kilka wybranych problemów zdrowotnych, dokładnie określonych, możliwych do zmierzenia, którym można zapobiegać lub ograniczać ich ryzyko u członków wybranej grupy docelowej; należy wykazać, że wybrany problem zdrowotny jest w populacji docelowej rzeczywiście obecny i na tyle rozpowszechniony, że projektowane działania są uzasadnione;
- epidemiologia - zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych;
- populacja zamieszkała na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego kwalifikująca się do włączenia do programu – należy uwzględnić szczególną charakterystykę, potrzeby i preferencje grupy docelowej pod kątem m.in. płci, wieku. Proponowane świadczenia powinny być łatwo dostępne (oferowane we właściwym miejscu, porze dnia etc.). Należy też rozważyć kwestię ewentualnych zmian behawioralnych koniecznych do osiągnięcia pożądaných efektów. Nie do pominięcia są też kwestie pozytywnego bądź negatywnego nastawienia społeczeństwa do proponowanych działań, co może wpłynąć na liczbę osób, które z programu skorzystają;

- dotychczasowe działania mające na celu rozwiązanie problemu zdrowotnego - obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem trudności w dostępie do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jeżeli dotyczy);
- uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.

3) Cele programu

- cel główny;
- cele szczegółowe – muszą być spójne z celem głównym w kontekście problemu/ów, do rozwiązania którego/których przyczyni się program i w bezpośredni sposób wpływać na osiągnięcie celu głównego. Cele szczegółowe stanowią rozbięcie celu głównego na zestaw celów cząstkowych, koniecznych i wystarczających do osiągnięcia celu głównego. Cele szczegółowe powinny opisywać stan docelowy, a nie zadania, jako takie i stanowić odzwierciedlenie pożądanej sytuacji w przyszłości;

Zarówno cel główny jak i cele szczegółowe powinny charakteryzować się cechami zgodnymi z koncepcją **SMART**:

S – *specific* – szczegółowe, konkretne –szczegółowo i jednoznacznie określone, powinny dotyczyć konkretnych problemów;

M – *measurable* – mierzalne – sformułowane w sposób pozwalający na ustalenie wskaźnika/wskaźników ich pomiaru;

A – *acceptable/accurate* – akceptowalne/trafne – określane z uwzględnieniem otoczenia społecznego, w którym realizowany będzie program, a przede wszystkim z uwzględnieniem potrzeb grup docelowych. Muszą bezpośrednio wynikać z opisanej wcześniej sytuacji problemowej oraz starać się obejmować wszystkie przyczyny powstania problemu/ problemów (kompleksowość). Rzetelna analiza jest nie tylko podstawą do określenia celów, ale również wpływa na dobór odpowiednich form wsparcia i metod pracy z odbiorcami projektu. W tym kontekście pominięcie jakiegokolwiek aspektu problemu/problembów zwiększa ryzyko niepowodzenia całego przedsięwzięcia;

R – *realistic* – realistyczne – możliwe do osiągnięcia poprzez realizację programu;

T – *time-bound* – określone w czasie – każdy cel powinien zawierać w swojej konstrukcji termin w jakim ma być osiągnięty (informację o przybliżonym terminie, w którym wszystkie zadania zostaną zrealizowane a zaplanowane cele osiągnięte). Cecha ta jest ściśle związana z jednym z podstawowych parametrów każdego projektu, jakim jest czas (obok zasobów i budżetu). Każde przedsięwzięcie projektowe musi być ściśle określone w czasie. Czas w jakim program ma zostać zrealizowany powinien być odpowiednio dobrany do problemów i potrzeb, na które stanowi odpowiedź;

- oczekiwane efekty – powinny być zbieżne z wymienionymi wyżej celami i odzwierciedlać realne możliwości realizatorów projektu.

4) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu – należy określić w jaki sposób mierzona będzie realizacja celów poprzez ustalenie wskaźników pomiaru celu i przewidywanych wartości ich osiągnięcia. Dla każdego celu należy określić co najmniej jeden podstawowy i mierzalny wskaźnik, który w sposób precyzyjny umożliwi weryfikację stopnia realizacji tego celu (odpowiednio dla celu głównego i celów szczegółowych). Wskaźniki powinny być zgodne ze wskaźnikami określonymi we Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych, stanowiącej załącznik do Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.

5) Adresaci programu (populacja programu)

- oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe;
- tryb zapraszania do programu.

6) Organizacja programu

- części składowe, etapy i działania organizacyjne;
- planowane interwencje, w tym informacja o planowanych konkursach na realizatorów projektów profilaktycznych współfinansowanych ze środków EFS;
- kryteria i sposób kwalifikacji uczestników;
- zasady udzielania świadczeń w ramach programu;
- sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych;
- sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania;
- bezpieczeństwo planowanych interwencji – działania zgodne z aktualną wiedzą medyczną, sprawdzone klinicznie;
- kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu;
- dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt 4 - 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych):
 - opinie ekspertów klinicznych;
 - zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy program;
 - dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej;

- informacje na temat podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w instytucji zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne).

W ramach programu powinny być podejmowane działania o udowodnionej skuteczności w zakresie danego problemu zdrowotnego w warunkach danej społeczności. Należy rozważyć, jak ograniczenie indywidualnych lub środowiskowych czynników ryzyka wpłynie w przyszłości na zmianę stanu zdrowotnego uczestników programu. Zalecane jest znalezienie dowodów potwierdzających skuteczność proponowanych interwencji. Należy przeanalizować proponowane działania ze zwróceniem uwagi na przewidywane punkty krytyczne (tj. elementy niezbędne dla osiągnięcia zamierzonych rezultatów, których pominięcie może wpłynąć negatywnie na skuteczność programu), niezbędną kolejność albo szczególne warunki przeprowadzenia. W szczególności należy rozważyć, czy program wpisuje się logicznie w inne dostępne działania (np. w przypadku badań przesiewowych - czy pacjent, u którego wykryje się chorobę, będzie miał zapewnione leczenie, np. w ramach NFZ).

7) Koszty

- koszty w przeliczeniu na jednego uczestnika programu;
- planowane koszty całkowite (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
- źródła finansowania;
- argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne – należy uwzględniać optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów. W szczególności należy rozważyć możliwości organizacyjne, w tym potencjał przewidywanych wykonawców programu, oczekiwane korzyści i inne efekty (np. zwiększenie zapotrzebowania na określone usługi medyczne), oraz oszacować koszty (pieniężne i niezwiązane bezpośrednio z wydatkami, jak np. potrzeba zwolnienia się uczestnika programu z pracy), co powinno dać podstawę do zorientowania się, czy należy poszukiwać dodatkowych funduszy na sfinansowanie programu w wersji gwarantującej maksymalną efektywność.

8) Monitorowanie i ewaluacja

- ocena zgłaszalności do programu;
- ocena jakości świadczeń w programie – na podstawie ankiet dotyczących zadowolenia świadczeniobiorców lub specjalistycznej oceny eksperckiej;
- ocena efektywności programu – porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym, zgodna z miernikami efektywności opisanymi w pkt 4.

Wszelkie działania podejmowane w projektach wdrażających programy zdrowotne lub programy polityki zdrowotnej odbywają się z pełnym poszanowaniem praw pacjenta oraz aktualnie obowiązujących przepisów, a także z wykorzystaniem aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto wszelkie działania podejmowane w projekcie muszą być zgodne z zasadami określonymi w *Wytycznych 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*.

Wszelkie finansowane ze środków EFS działania o charakterze profilaktycznym powinny być skoncentrowane na grupach największego ryzyka.

2. Opracowanie RPZ

Plan działania w sektorze zdrowia to jeden z głównych instrumentów procesu koordynacji przedsięwzięć planowanych do realizacji w perspektywie finansowej 2014-2020. Dlatego też każdy z planowanych naborów – zarówno projektów konkursowych, jak i pozakonkursowych – wymaga w pierwszej kolejności uzgodnienia na poziomie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia i wpisania do Planu działania w sektorze zdrowia oraz zatwierdzenia przez Komitet Monitorujący dany PO, a także wpisania do Planu działania danego PO. Powyższy mechanizm ma zapewnić koordynację działań nie tylko w ramach regionu, lecz także np. w sąsiadujących ze sobą województwach lub w skali kraju - w celu maksymalizacji efektywności realizowanych inwestycji.

Dopuszcza się objęcie wsparciem ze środków EFS, jako RPZ, wcześniej opracowanych programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej (w tym przyjętych w innej formule niż opisana w niniejszym rozdziale). Warunkiem uzyskania dofinansowania z EFS jest zatwierdzenie przedmiotowego programu w *Planie działania w sektorze zdrowia* i posiadanie pozytywnej lub warunkowej opinii AOTMiT.

a) Założenia RPZ

Faza koncepcyjna RPZ obejmuje m.in. uzgodnienie zakresu i założeń merytorycznych programu z Komitetem Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia i wpisanie go do *Planu działania w sektorze zdrowia*. Założenia programu wraz z opinią Ministerstwa Zdrowia o zgodności założeń programu z Policy Paper są przedkładane pod obrady Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

b) Opracowanie RPZ i uzyskanie opinii AOTMiT

Następnie program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej zostaje opracowany i w celu uzyskania finansowania ze środków europejskich – wymaga uzyskania pozytywnej lub warunkowej oceny AOTMiT, przy czym w przypadku uzyskania oceny warunkowej, uzyskanie dofinansowania jest możliwe dopiero po spełnieniu wszystkich postawionych przez AOTMiT warunków.

Należy mieć na uwadze, że ocenie AOTMiT podlegają programy, a nie pojedyncze projekty ubiegające się o dofinansowanie ze środków EFS. Zgodnie bowiem z przyjętą logiką interwencji w obszarze zdrowia, projekty realizowane w RPO są narzędziem implementacji poszczególnych programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej.

c) Wdrożenie pozytywnie zaopiniowanego RPZ

Wybór projektów służących realizacji programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej następuje zgodnie z trybami przewidzianymi w art. 38 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.

Faza realizacji programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej, wdrażanych w ramach projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej przebiega zgodnie z ogólnymi zasadami określonymi w systemie realizacji właściwego PO.

d) Ocena efektywności RPZ

W końcowej fazie wdrożenia programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej następuje jego ewaluacja obejmująca m.in. ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń w programie, ocenę jego skuteczności (polegającą na porównaniu stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym), a także – w przypadku programów profilaktycznych - analizę wyników weryfikacji/porównania rezultatów zastosowanych w programie rozwiązań. Ewaluacja jest dokonywana na poziomie programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej a nie na poziomie realizacji poszczególnych projektów, służących realizacji ww. programów.

3. Opinia AOTMiT

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakłada na jednostki realizujące i finansujące programy polityki zdrowotnej (ministrów i jednostki samorządu terytorialnego) obowiązek przekazania projektu programu do AOTMiT w celu zaopiniowania, przy czym Agencja jest zobowiązana sporządzić swoją opinię w ciągu 2 miesięcy. Za wydanie opinii AOTMiT nie pobiera opłat.

Mając na uwadze konieczność wypełnienia postanowień Umowy Partnerstwa oraz wynikającego z niej dokumentu Policy Paper, obowiązek zaopiniowania programu przez AOTMiT rozciągnięto również na programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej współfinansowane ze środków EFS.

Proces opiniowania projektów programów zdrowotnych przez AOTMiT przebiega dwuetapowo:

- 1) Etap 1: ocena analityczna polegająca na przygotowaniu i opracowaniu przez zespół analityków danych stanowiących podstawę wydania opinii. Podstawową zasadą oceny technologii medycznych jest zebranie wszystkich dostępnych informacji. Na tej podstawie jest tworzony raport. Projekty programów o zbliżonym problemie zdrowotnym oceniane są grupowo.
- 2) Etap 2: ocena wartościująca jest dokonywana na posiedzeniu Rady Przejrzystości na podstawie zaprezentowanego przez analityków raportu. Rada zapoznaje się także z opiniami wezwanych ekspertów klinicznych, a następnie formułuje swoją opinię. W oparciu o opinię Rady Prezes AOTMiT wydaje opinię AOTMiT i przekazuje ją właściwemu wnioskodawcy.

W trakcie dokonywania przez AOTMiT analitycznej oceny projektu programu brane są pod uwagę aspekty wynikające z art. 31a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a w przypadku projektów opracowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego dodatkowo z art. 48 ust. 4 ww. ustawy:

- 1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
 - priorytetów zdrowotnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych;
 - wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- 2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:
 - przedwczesnego zgonu;
 - niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
 - niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
 - przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby;
 - obniżenia jakości życia;
- 3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
 - ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia;
 - ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia;
 - zapobiegania przedwczesnemu zgonowi;
 - poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
- 4) skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo (efektywność kliniczna);

- 5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
- 6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych (efektywność ekonomiczna);
- 7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (analiza wpływu na budżet płatnika).

Jednocześnie należy podkreślić, że AOTMiT ocenia strukturę projektu programu, tzn. wymaga aby znalazły się w nim wszystkie informacje potrzebne do realizacji, monitorowania i ewaluacji programu. Weryfikuje poprawności całego procesu planowania i przygotowania danego programu, w tym dokonanie analizy sytuacji regionalnej, stanowiącej punkt wyjścia dla określenia celów i opracowania strategii działania, a następnie implementacji strategii oraz pomiaru efektów programu.

Kluczowe elementy programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej:

- 1) Program powinien być skierowany na jeden lub kilka wybranych problemów zdrowotnych, dokładnie określonych, możliwych do zmierzenia (oszacowania), którym można zapobiegać lub które można modyfikować (np. ograniczać ryzyko) w ramach wybranej grupy docelowej. Z założenia tego wynika, że przed wdrożeniem programu należy się upewnić, że wybrany problem zdrowotny jest w populacji docelowej rzeczywiście obecny i na tyle rozpowszechniony, że projektowane działania są uzasadnione. Należy więc oszacować rozpowszechnienie danego problemu zdrowotnego w stosunku do innych (aby jako cel interwencji wybierać problemy najpowszechniejsze).
- 2) Program powinien uwzględniać szczególną charakterystykę, potrzeby i preferencje grupy docelowej. W szczególności proponowane świadczenia powinny być łatwo dostępne (oferowane we właściwym miejscu, porze dnia, dostępne finansowo, jeśli wymagają współpłacenia), tak aby były postrzegane jako przygotowane z myślą o końcowym odbiorcy. Należy też rozważyć kwestię ewentualnych koniecznych zmian behawioralnych koniecznych do osiągnięcia pożądaných efektów. Nie do pominięcia są też kwestie pozytywnego bądź negatywnego nastawienia społeczeństwa do proponowanych działań (jak może to mieć miejsce w przypadku edukacji seksualnej lub kontroli urodzeń), co może wpłynąć na liczbę osób, które z programu skorzystają.

- 3) W ramach programu powinny być podejmowane działania o udowodnionej skuteczności w zakresie danego problemu zdrowotnego w warunkach danej społeczności. Należy rozważyć, jak ograniczenie indywidualnych lub środowiskowych czynników ryzyka wpłynie w przyszłości na zmianę stanu zdrowotnego uczestników programu. Zalecane jest znalezienie dowodów potwierdzających skuteczność proponowanych interwencji. Należy przeanalizować proponowane działania ze zwróceniem uwagi na przewidywane punkty krytyczne (tj. elementy niezbędne dla osiągnięcia zamierzonych rezultatów, których pominięcie może wpłynąć negatywnie na skuteczność programu), niezbędną kolejność albo szczególne warunki przeprowadzenia. W szczególności należy rozważyć, czy program wpisuje się logicznie w inne dostępne działania (np. w przypadku badań przesiewowych, czy obywatel, u którego wykryje się chorobę, będzie miał zapewnione leczenie, np. w ramach NFZ).
- 4) Projekt programu powinien uwzględniać optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów. W szczególności należy rozważyć możliwości organizacyjne, w tym potencjał przewidywanych wykonawców programu, oczekiwane korzyści i inne efekty (np. zwiększenie zapotrzebowania na określone usługi medyczne), oraz oszacować koszty (pieniężne i niezwiązane bezpośrednio z wydatkami, jak np. potrzeba zwolnienia się uczestnika programu z pracy), co powinno dać podstawę do zorientowania się, czy należy poszukiwać dodatkowych funduszy na sfinansowanie programu w wersji gwarantującej maksymalną efektywność.
- 5) Program należy od samego początku planować, organizować i wdrażać w takiej postaci, żeby można było ocenić jego efektywność. Jeśli to możliwe (i adekwatne dla danego problemu zdrowotnego), należy zmierzyć wyjściową chorobowość (liczba chorych/100 tys. populacji) i zachorowalność (liczba nowych przypadków/100 tys. populacji) albo rozprzestrzenienie czynnika ryzyka, który zamierzamy ograniczyć. W trakcie realizacji programu powinno się zbierać obiektywne dane dotyczące udziału w nim członków grup docelowych i osiągniętych efektów zdrowotnych. Jeśli ma to zastosowanie, przydatne jest zidentyfikowanie grupy kontrolnej – osób niepoddawanych/poddanych w mniejszym zakresie działaniom w ramach programu, dla porównania efektów końcowych (przy czym nie chodzi tu o pozbawianie części obywateli świadczeń, ale np. porównanie z danymi historycznymi albo z populacją sąsiedniej gminy, gdzie świadczenie nie jest oferowane).

Ze środków EFS finansowane mogą być wyłącznie programy, które otrzymały pozytywną lub warunkową opinię AOTMiT. W opinii warunkowej AOTMiT wskazuje, które elementy programu wymagają modyfikacji. Po wprowadzeniu stosownych zmian (zgodnie z rekomendacjami AOTMiT) program, który otrzymał ocenę warunkową nie podlega ponownej opinii AOTMiT i może zostać przyjęty do realizacji. W przypadku programów, które uzyskały opinię warunkową, mogą one otrzymać dofinansowanie z EFS wyłącznie po spełnieniu warunków opisanych przez AOTMiT.

Należy podkreślić, że w przypadku programów jednostek samorządu terytorialnego, AOTMiT nie opiniuje uchwały samorządu w sprawie realizacji programu zdrowotnego (chyba, że dokument ten zawiera w sobie projekt programu zdrowotnego). Przedmiotem oceny AOTMiT nie może być także lista programów zdrowotnych planowanych do realizacji przez jednostkę samorządu terytorialnego, ani ogólna strategia działań samorządu w obszarze ochrony zdrowia - tylko konkretny projekt programu, dotyczący dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego i podejmowanych w tym zakresie działań prozdrowotnych.

Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi

Program jest skierowany do kobiet w wieku od 50 do 69 lat i ma na celu zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi.

1. Skrót epidemiologii nowotworu piersi

Rak piersi jest to nowotwór złośliwy powstający z komórek gruczołu piersiowego, który rozwija się miejscowo w piersi oraz daje przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi 22,8% wszystkich zachorowań z powodu nowotworów złośliwych i około 13,4%² zgonów z tego powodu.

W Polsce rak piersi jest jednym z najistotniejszych problemów zdrowotnych o charakterze nowotworowym rozpoznawanym u kobiet. Każdego roku nowotwór ten rozpoznaje się u ponad 14 000 Polek, z czego ponad 5 000 przegrywa walkę z nim. Rak gruczołu piersiowego jest także pierwszą przyczyną zgonów spowodowanych nowotworami w naszym kraju. Codziennie umiera na niego średnio 14 Polek. Obserwacja częstości zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych wykazała, że znaczący wzrost zachorowań występował w przedziale wiekowym od 50 do 69 roku życia.

Czynniki ryzyka wystąpienia raka piersi:

- 1) płeć – rak piersi występuje najczęściej u kobiet;
- 2) wiek – uważa się za najistotniejszy czynnik ryzyka, większość zachorowań dotyczy kobiet po 50 roku życia;
- 3) obciążenia genetyczne – prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi wśród kobiet wzrasta wraz z liczbą krewnych pierwszego stopnia chorych na ten nowotwór;
- 4) mutacje stwierdzone w genach BRCA 1 oraz BRCA 2;
- 5) wczesna pierwsza miesiączka przed 12 rokiem życia;
- 6) późna menopauza po 55 roku życia;
- 7) urodzenie dziecka po 35 roku życia;
- 8) bezdzietność;
- 9) leczenie z powodu innych schorzeń piersi.

² Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r.”, Warszawa 2013 r., str.14.

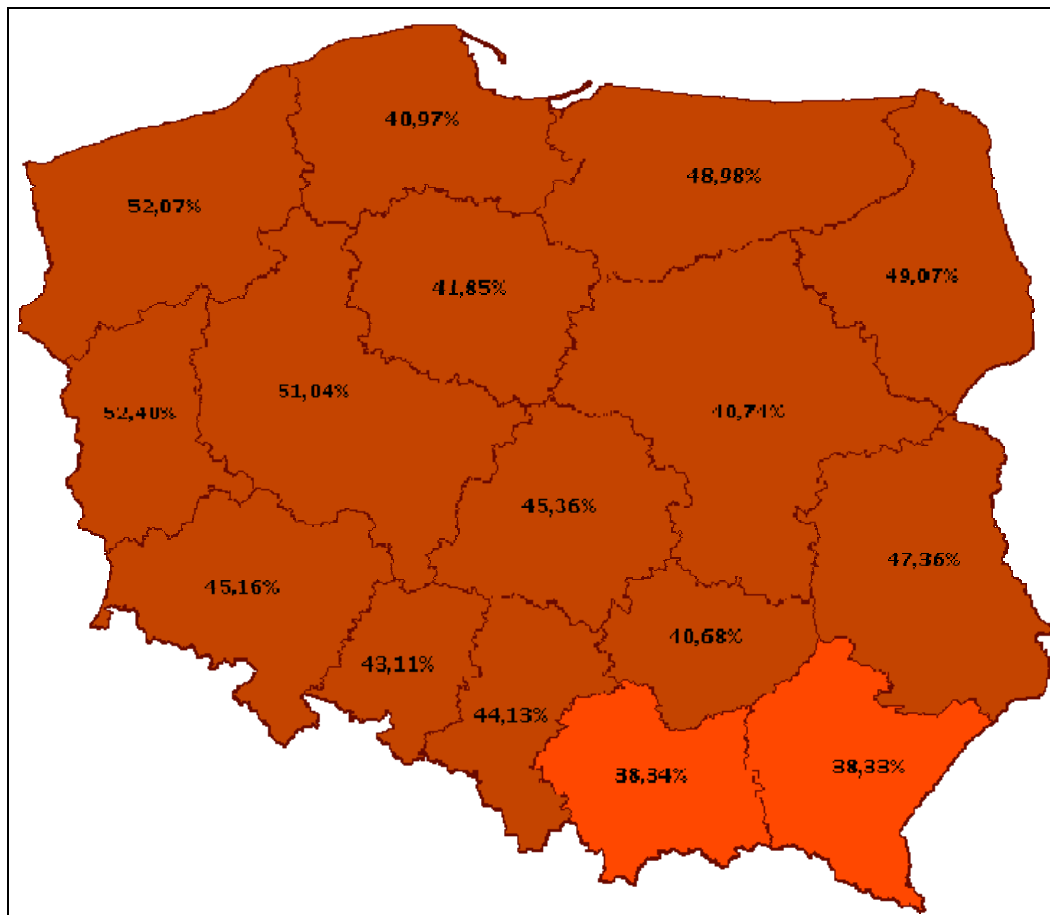
Wykonywanie badań profilaktycznych (przesiewowych) zalecane jest dla kobiet w **wieku 50-69 lat, raz na 2 lata**. Ze względu na budowę gruczołu piersiowego, nieuzasadnione jest wykonywanie badania mammograficznego u młodszych kobiet, jest to związane z rzadszym występowaniem nowotworu piersi w młodszych grupach wiekowych oraz mniejszą czytelnością mammografii w przypadku badania u kobiet poza rekomendowanym interwałem.

2. Dotychczasowe działania krajowe podejmowane w ramach Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi realizowany jest od 2006 r. Program koordynowany jest przez Centralny Ośrodek Koordynujący, którym jest Centrum Onkologii – Instytut M. Curie - Skłodowskiej w Warszawie oraz 16 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących. Celem *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi* jest obniżenie wskaźnika umieralności z powodu raka piersi do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej. Jedną z istotnych kwestii jest podniesienie świadomości zdrowotnej kobiet polegającej na działaniach, które zapobiegają zachorowaniu na raka piersi. Dotychczasowe doświadczenia wynikające z realizacji *Programu*, wskazały, iż istotną przyczyną niskiej wykrywalności raka piersi jest mała liczba kobiet, zgłaszających się na badania mammograficzne. Od 2007 r. NFZ płaci świadczeniodawcom na bieżąco za wszystkie badania mammograficzne. Badania te nie są limitowane. Niemniej jednak zgłaszalność na mammografię pozostaje na niezadowalającym poziomie. Uznaje się, że optymalny poziom zgłaszalności na badania populacyjne to 70%, najlepsze wyniki pod względem efektywności medycznej i ekonomicznej osiąga się przy poziomie 95%. Natomiast minimalna docelowa zgłaszalność nie powinna być mniejsza niż 40 %³.

³ Kozierkiewicz A., Bochenek T., Gilewski D., Topór – Mądry R. (2011), *Biała Księga. Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces*. Warszawa-Kraków: Ośrodek Analiz Uniwersyteckich.

Rysunek 1. Zgłaszalność kobiet na badania mammograficzne w 2013 r.



Źródło: Centralny Ośrodek Koordynujący

3. Warunki przystąpienia świadczeniodawcy do programu⁴

W celu zachowania wysokiej jakości i bezpieczeństwa świadczeń każdy projektodawca przystępujący do programu musi spełniać wymagania określone w odrębnych przepisach, w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi.

Ponadto, każdy świadczeniodawca powinien:

- 1) posiadać dostęp do internetu, co umożliwia prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji projektu;
- 2) wydać wynik świadczeniobiorcy w ciągu 15 dni roboczych od daty wykonania badania, kwalifikowane w ramach projektu będą wyłącznie badania skutecznie dostarczone do świadczeniobiorcy (np. na podstawie pokwitowania odbioru wyniku badań);
- 3) zarejestrować świadczenioborcę w SIMP nie później niż w dniu badania.

⁴ Niezależnie od źródła finansowania (czy EFS czy środki krajowe).

4. Przebieg procesu diagnostycznego

Program profilaktyki raka piersi składa się z 2 etapów: **podstawowego** oraz **pogłębionej diagnostyki**. Tryb realizacji świadczenia w obu etapach jest ambulatoryjny. Badaniem świadczonym w ramach profilaktyki raka piersi jest **mammografia**. Jest ona rentgenowskim badaniem piersi i obecnie najlepszym sposobem wykrywania raka piersi w jego wczesnym stadium rozwoju. Polega na wykonaniu 2 zdjęć każdej piersi. Jej zdolność do uwidoczniania szeregu charakterystycznych zmian pozwala na wczesne rozpoznanie nowotworu piersi oraz innych patologii sutka, zanim staną się one jawne klinicznie. Uzasadnia to stosowanie mammografii, jako badania przesiewowego w grupach szczególnie narażonych na rozwój tego nowotworu. Udowodniono, że regularne wykonywanie procedury obniża umieralność z powodu raka piersi. Mammografię uznaje się za badanie skuteczne, ekonomicznie opłacalne i bezpieczne dla pacjentek. Niektóre kobiety odczuwają ból w czasie badania, ale dla większości jest to jedynie krótko trwające uczucie dyskomfortu. Ucisk stosowany w czasie mammografii nie uszkadza piersi; jest konieczny w celu uzyskania zdjęć wysokiej jakości, a ponadto pozwala na obniżenie dawki promieniowania rentgenowskiego.⁵

4.1. Etap podstawowy

Obejmuje mammografię skryningową obu piersi (każdej piersi w dwóch projekcjach oraz w przypadku wskazań medycznych uzupełniająco w projekcji dodatkowej). Przebieg badania w etapie podstawowym obejmuje następujące sekwencje:

- 1) zarejestrowanie w SIMP udostępnionym przez NFZ, z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia programem kobiety, która zgłosi się do programu (przy rejestracji należy poinformować świadczeniobiorcę, iż wskazane jest, aby przyniósł zdjęcia mammograficzne z poprzednich rund skryningu w celu porównania);
- 2) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety w SIMP udostępnionym przez NFZ;
- 3) wykonanie badania mammograficznego: 2 x 2 zdjęcia mammograficzne wraz z opisem, sporządzenie karty badania mammograficznego w SIMP udostępnionym przez NFZ;
- 4) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania w zależności od wyniku badania. W przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki, kierujący udziela informacji o wszystkich świadczeniodawcach realizujących ten etap programu w województwie oraz przekazuje świadczeniobiorcy oprócz opisu także zdjęcie;

⁵ <http://profilaktykaraka.coi.waw.pl/hydra/showpage.php?pageID=14>.

- 5) w przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki, przekazanie świadczeniobiorcy opisu wyniku badania, wywołanych lub wydrukowanych zdjęć mammograficznych w formacie rzeczywistym oraz w przypadku badania wykonanego na aparacie cyfrowym, również zdjęć zarchiwizowanych na płycie CD;
- 6) tryb wydawania wyników badań:
 - a) prawidłowy wynik badania przy braku czynników ryzyka może być przekazany za pośrednictwem poczty na adres świadczeniobiorcy z zaleceniem ponownego zgłoszenia się na badanie po 24 miesiącach;
 - b) prawidłowy wynik badania przy współistniejących czynnikach ryzyka określonych w programie może być przekazany za pośrednictwem poczty na adres świadczeniobiorcy z zaleceniem zgłoszenia się na kolejne badanie po 12 miesiącach;
 - c) w przypadku nieprawidłowego wyniku badania informuje się świadczeniobiorcę o konieczności dalszej diagnostyki i w porozumieniu z nim przekazuje się całą dokumentację badania (w tym odpowiednie skierowania do dalszej diagnostyki lub leczenia) świadczeniobiorcy lub bezpośrednio do ośrodka pogłębionej diagnostyki wybranego przez świadczeniobiorcę, odnotowując to w dokumentacji medycznej;
 - d) w przypadku nieprawidłowego wyniku badania i braku możliwości skontaktowania się ze świadczeniobiorcą wysyła się kopię dokumentacji świadczeniobiorcy do lekarza POZ, do którego złożył deklarację, z prośbą o dołączenie do karty choroby świadczeniobiorcy i bezpośrednią interwencję w miejscu zamieszkania (informację o przynależności świadczeniobiorcy do lekarza POZ można uzyskać z SIMP udostępnionego przez NFZ lub z oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego dla miejsca zameldowania świadczeniobiorcy).

4.1.1. Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu podstawowego

Badanie wykonuje się, co 24 miesiące u kobiet w wieku od 50 do 69 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 50 do 69 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), u których wystąpił rak piersi wśród członków rodziny (u matki, siostry lub córki) lub występują mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA 2. Z badań w ramach programu wyłączone są kobiety, u których wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w piersi.

4.1.2. Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu oraz wymagania techniczne dla świadczeniodawców uczestniczących w etapie podstawowym

Świadczeniodawca przystępujący do programu musi spełnić bezwzględnie wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz wymagania doprecyzowane przez Prezesa NFZ w załączniku nr 4 do zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Wymogi w zakresie kwalifikacji personelu:

- 1) zaangażowanie, co najmniej dwóch lekarzy - lekarza specjalisty radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiologii lub rentgenodiagnostyki z udokumentowanym doświadczeniem (tj. udokumentowanie dokonywania przez każdego z lekarzy oceny, co najmniej 5000 mammografii skryningowych rocznie);
- 2) zaangażowanie technika elektroradiologii z udokumentowanym szkoleniem w zakresie prowadzenia kontroli jakości oraz z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w wykonywaniu mammografii (tj. wykonywanie, co najmniej 1000 mammografii rocznie).

Wymogi w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną:

- 1) wyposażenie w mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi.

Inne wymagania:

- 1) pozytywny wynik kontroli jakości badań mammograficznych, przeprowadzonej co roku przez wojewódzki ośrodek koordynujący Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi, a w przypadku negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych – dostarczenie do wojewódzkiego ośrodka koordynującego dokumentacji obrazującej usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości;
- 2) pozytywny wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych przez niezależny ośrodek audytorski na podstawie zdjęć mammograficznych przesłanych do wojewódzkiego ośrodka koordynującego: do celu audytu mammografii cyfrowych – MC, świadczeniodawca wysyła zestaw zdjęć zarchiwizowanych na płytach CD; dodatkowo świadczeniodawca wysyła wydrukowane zdjęcia mammograficzne w formacie rzeczywistym;
- 3) w przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki, przekazanie świadczeniobiorcy opisu wyniku badania, wywołanych lub wydrukowanych zdjęć mammograficznych w formacie rzeczywistym oraz w przypadku badania wykonanego na aparacie cyfrowym, również zdjęć zarchiwizowanych na płycie CD;

- 4) w przypadku ograniczonego dostępu do świadczeń w ramach programu na terenie danego województwa, dopuszcza się możliwość realizowania świadczeń przez świadczeniodawców przystępujących do programu po raz pierwszy, niespełniających warunków określonych w pkt 1 i 2, pod warunkiem uzyskania pozytywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych, o których mowa w pkt 1, oraz pozytywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, o których mowa w pkt 2, w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) dopuszcza się możliwość ponownego przystąpienia świadczeniodawcy do programu nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty negatywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych.

Ponadto w procesie wyboru świadczeniodawców mogą być stosowane dodatkowe kryteria określone przez Prezesa NFZ (nie są to kryteria obligatoryjne).

4.2. Etap pogłębionej diagnostyki

Decyzję dotyczącą skierowania kobiety do etapu pogłębionej diagnostyki podejmuje lekarz w zależności od wyniku badania mammograficznego wykonanego w etapie podstawowym.

Etap pogłębionej diagnostyki obejmuje:

- 1) poradę lekarską, stanowiącą cykl zdarzeń, które obejmują: skierowanie na niezbędne badania w ramach realizacji programu, ocenę wyników przeprowadzonych badań i postawienie rozpoznania; wyniki badań dokumentowane są w SIMP udostępnionym przez NFZ;
- 2) wykonanie mammografii uzupełniającej;
- 3) wykonanie USG piersi (decyzję o wykonaniu badania podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę m.in.: wynik mammografii, wynik badania palpacyjnego, strukturę gruczołu sutkowego, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, konieczność zróżnicowania między guzem litym a torbielą sutka);
- 4) wykonanie biopsji cienkoigłowej albo gruboigłowej (w zależności od rodzaju zmian) pod kontrolą technik obrazowych z badaniem mammograficznym albo histopatologicznym pobranego materiału w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu mammograficznym lub USG;
- 5) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania i potwierdzenie jej wystawieniem skierowania na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w odpowiednich dla schorzenia rodzajach świadczeń;
- 6) prowadzenie bazy danych badanych kobiet i ich wyników badań w SIMP udostępnionym przez NFZ;
- 7) zgłaszanie wykrytego nowotworu piersi do regionalnego rejestru nowotworów na karcie zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/N-1a z dopiskiem „S” (skryning).

W trakcie porady na etapie pogłębionej diagnostyki, lekarz w zależności od wskazań medycznych decyduje, które z dostępnych w ramach programu procedur należy wykonać w celu postawienia ostatecznego rozpoznania.

W ramach etapu pogłębionej diagnostyki świadczeniodawca wykonuje wszystkie niezbędne procedury diagnostyczne. Dopiero po ich zakończeniu jest możliwe rozliczenie kompleksowego świadczenia. Kobiety, u których rozpoznano raka piersi lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego zostają skierowane (poza programem) na dalsze badania diagnostyczne lub leczenie do świadczeniodawców posiadających umowy w odpowiednich rodzajach świadczeń z NFZ.

Świadczeniodawca wykonujący biopsję w ramach etapu pogłębionej diagnostyki wypożycza preparat na prośbę świadczeniodawcy prowadzącego dalszą diagnostykę lub leczenie świadczeniobiorcy.

4.2.1. Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu oraz wymagania techniczne dla świadczeniodawców uczestniczących w etapie pogłębionej diagnostyki

Podmiot realizujący świadczenie na etapie pogłębionej diagnostyki zapewnia niezbędne warunki (w zakresie wymogów, co do zaangażowanego personelu i sprzętu medycznego) do prawidłowego wykonania badania, tj.:

Niezbędne wymogi do spełnienia przez świadczeniodawcę, w celu wykonania mammografii uzupełniającej:

Wymogi w zakresie kwalifikacji personelu:

- 1) zaangażowanie lekarza specjalisty radiologii lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiologii lub rentgenodiagnostyki z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych (zaangażowanie, co najmniej dwóch lekarzy - gdy wykonywana jest tylko mammografia uzupełniająca);
- 2) zaangażowanie technika elektroradiologii z udokumentowanym szkoleniem w zakresie prowadzenia kontroli jakości oraz udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w wykonywaniu mammografii (tj. wykonywanie, co najmniej 1000 mammografii rocznie).

Wymogi w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną:

- 1) mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi.

Wymogi do wykonania badania USG piersi:

- 1) personel: lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki lub lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji;
- 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:
 - a) aparat USG z głowicą liniową, szerokopasmową, wieloczęstotliwościową o wysokiej rozdzielności liniowej i skali szarości pracującą w przedziale minimum 2-10 MHz, zalecany komplet głowic o różnych spektrach częstotliwości: 5-13.5 MHz, 13.5-18 MHz: badanie powinno być wykonane przy użyciu częstotliwości 7.5 MHz;
 - b) drukarka USG.

Wymogi do wykonania biopsji cienkoigłowej pod kontrolą technik obrazowych:

- 1) personel: lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki, lub lekarz specjalista onkologii klinicznej lub lekarz specjalista chirurgii onkologicznej, lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji;
- 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do wykonywania biopsji cienkoigłowej (BAC).

Wymogi do wykonania dla biopsji gruboigłowej pod kontrolą technik obrazowych:

- 1) personel: lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki, lub lekarz specjalista onkologii klinicznej, lub lekarz specjalista chirurgii onkologicznej, lub lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji;
- 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do wykonywania biopsji gruboigłowej;
- 3) inne wymagania: dostęp do badań histopatologicznych.

Ponadto świadczeniodawca musi wykonywać wszystkie procedury określone w zakresie etapu pogłębionej diagnostyki.

W procesie wyboru świadczeniodawców stosowane są dodatkowe kryteria określone przez Prezesa NFZ (nie są to kryteria obowiązkowe).

Wymogi dotyczące kwalifikacji personelu:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej;

- 2) odbycie przez techników elektroradiologów szkolenia w zakresie kontroli jakości w mammografii prowadzonego przez Wojewódzki Ośrodek Koordynujący w oparciu o program zatwierdzony przez Centralny Ośrodek Koordynujący lub prowadzonego przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne.

Wymogi dotyczące aparatury i sprzętu:

- 1) posiadanie negatoskopu (spełniającego wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej umożliwiającego odczyt mammografii wykonanych techniką analogową oraz cyfrową (posiadanie stanowiska opisowego dla lekarza spełniającego wymogi określone w ww. rozporządzeniu).

4.3. Badanie w mammobusie

W przypadku udzielania świadczeń w mammobusie, stanowisko postojowe musi być tak zaplanowane, aby podczas udzielania świadczeń zapewnić świadczeniobiorcom odpowiednie zaplecze socjalne (w szczególności szatnię lub przebieralnię oraz dostęp do toalety). Dodatkowym warunkiem jest posiadanie toalety dla osób z niepełnosprawnościami oraz zapewnienie dostępu do świadczenia dla osób z niepełnosprawnościami.

Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy

Program jest skierowany do kobiet w wieku 25 do 59 lat (przy określeniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia). Badania są wykonywane raz na 3 lata, a u kobiet obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV), – co 12 miesięcy.

1.1. Skrót epidemiologii nowotworu szyjki macicy

Rak szyjki macicy jest szóstym⁶, co do częstości, nowotworem u kobiet w Polsce – stanowi 4,1% nowotworów u kobiet. Populacyjne badania przesiewowe (skryning) oparte na teście cytologicznym, mają na celu wykrywanie raka we wczesnym stadium, gdy leczenie jest skuteczniejsze, wskaźniki przeżycia wyższe, a częstość poważnych następstw choroby (w tym zgonu) mniejsza. Skryning cytologiczny oparty na teście cytologicznym, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest zalecanym i skutecznym testem stosowanym w programach przesiewowych.

Główne czynniki ryzyka raka szyjki macicy:

- 1) infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) o wysokim potencjale rakotwórczym przenoszone drogą płciową i wywołujące przewlekłe zakażenie;
- 2) wiek (zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem, szczyt zachorowań przypada pomiędzy 45 a 55 rokiem życia);
- 3) wczesne rozpoczęcie życia seksualnego;
- 4) duża liczba partnerów seksualnych;
- 5) duża liczba porodów;
- 6) palenie papierosów;
- 7) współistnienie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową;
- 8) osłabienie odporności (np. infekcja HIV czy leki zmniejszające odporność);
- 9) niski status społeczny i ekonomiczny;
- 10) obecność nowotworu szyjki macicy w rodzinie.

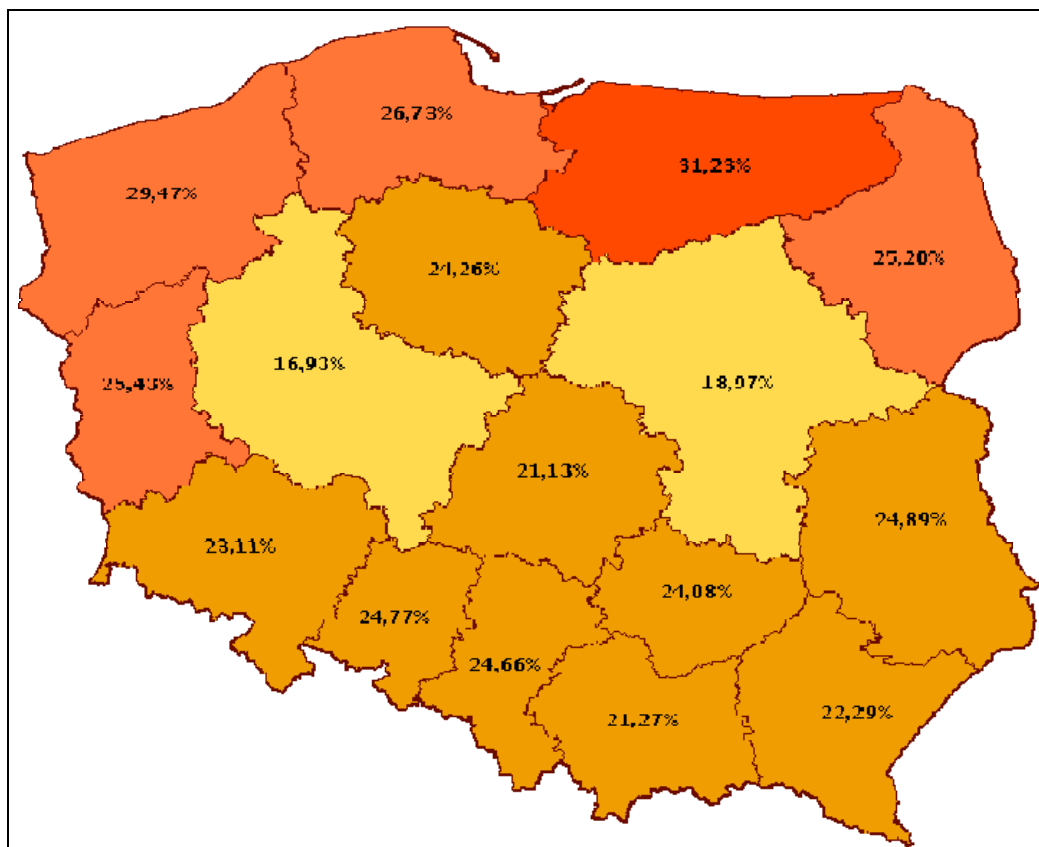
⁶ Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r.”, Warszawa 2013 r., str.15.

1.2. Dotychczasowe działania krajowe podejmowane w ramach Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Program jest realizowany w oparciu o ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Realizacja *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* przebiega w oparciu o wzajemną współpracę pomiędzy NFZ zapewniającym dostęp do świadczeń cytologicznych i finansującym je, świadczeniodawcami realizującymi program oraz Ministerstwem Zdrowia finansującym część administracyjno-logistyczną. Ministerstwo Zdrowia refunduje koszty osobowe i zadaniowe stworzonej dla potrzeb programu sieci 16 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących i Centralnego Ośrodka Koordynującego, które monitorują i nadzorują realizację programu, a także realizację wysyłki imiennych zaproszeń do kobiet, prowadzenie akcji medialnych oraz informacyjno-edukacyjnych na rzecz popularyzacji profilaktyki ww. nowotworu oraz kontrole jakości wykonywanych badań cytologicznych. Funkcję Centralnego Ośrodka Koordynującego pełni Centrum Onkologii – Instytut M. Curie - Skłodowskiej w Warszawie. Podobnie jak w przypadku badania mammograficznego, badanie cytologiczne nie jest limitowane przez NFZ.

Celem programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu krajów przodujących, w tym zakresie w Unii Europejskiej, w szczególności poprzez wykrywanie stanów przedrakowych oraz poprzez unikanie czynników ryzyka lub zwiększenie indywidualnej odporności na te czynniki, tj. edukację i kształtowanie zachowań prozdrowotnych. Dotychczasowe doświadczenia z realizacji *Populacyjnego programu profilaktyki wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* wskazały, że niska wykrywalność raka szyjki macicy spowodowana jest małą liczbą kobiet zgłaszających się na badania cytologiczne.

Rysunek 2. Objęcie populacji badaniami cytologicznymi w Polsce w 2013 r.



Źródło: Centralny Ośrodek Koordynujący

1.3. Warunki przystąpienia świadczeniodawcy do programu

- 1) posiadanie dostępu do internetu umożliwiającego prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji projektu w ramach programu;
- 2) zarejestrowanie świadczeniobiorcy w SIMP nie później niż w dniu badania.

1.3.1. Przebieg procesu diagnostycznego

Program profilaktyki raka szyjki macicy składa się z 3 etapów: **podstawowego**, **diagnostycznego** oraz **pogłębionej diagnostyki**. Tryb realizacji świadczenia w trzech etapach jest ambulatoryjny.

1.3.1.1. Etap podstawowy

Polega na pobraniu przez lekarza lub położną rozmazu cytologicznego z szyjki macicy.

Etap podstawowy obejmuje:

- 1) zarejestrowanie kobiety w programie SIMP;
- 2) wypełnienie ankiety,
- 3) pobranie materiału cytologicznego do badania przy użyciu jednorazowego wziernika i szczoteczki umożliwiającej pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy;
- 4) edukację w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy;
- 5) wysłanie pobranego materiału wraz z wypełnioną ankietą do pracowni diagnostycznej;

- 6) wręczenie przez lekarza pacjentce wyniku badania i decyzji, co do dalszego postępowania;
- 7) zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po trzech latach w przypadku prawidłowego wyniku i braku czynników ryzyka;
- 8) zalecenie wcześniejszego badania cytologicznego (po 12 miesiącach) w ramach programu w uzasadnionych przypadkach, tj. kobietom zakażonym wirusem HIV, przyjmującym leki immunosupresyjne, zakażonym HPV - typem wysokiego ryzyka (16, 18);
- 9) zalecenie wykonania kontrolnego badania cytologicznego w terminie do kilku miesięcy, gdy u pacjentki nie stwierdzono obecności komórek ze strefy przekształceń czy z endocervix lub gdy wymaz jest nie do oceny z powodu nadmiaru leukocytów (stan zapalny – kontrola po leczeniu), czy też erytrocytów, bądź komórek atroficznych (kontrola po tzw. hormonalnym teście Meigsa). Badanie kontrolne należy wykonać poza programem u świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ w odpowiednim rodzaju świadczeń;
- 10) skierowanie do odpowiedniej placówki z listy NFZ realizującej świadczenia zdrowotne w ramach etapu pogłębionej diagnostyki, jeżeli konieczna jest kolposkopowa weryfikacja wstępnego rozpoznania.

1.3.1.2. Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu podstawowego

Badania wykonuje się, co 36 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określeniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), co 12 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat kwalifikujących się do badania w wyniku obciążenia czynnikami ryzyka (na podstawie decyzji osoby uprawnionej do dokonania wymazu cytologicznego). Wyłączone z badań w ramach programu są kobiety, u których rozpoznano raka szyjki macicy oraz kobiety po zakończeniu kontroli onkologicznej. Po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzje podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem.

1.3.1.3. Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu jak i wymagania techniczne dla świadczeniodawców - etap podstawowy

Świadczeniodawca przystępujący do programu musi bezwzględnie spełnić wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz wymogi doprecyzowane przez Prezesa NFZ w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Personel:

- 1) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył, co najmniej drugi rok specjalizacji), lub
- 2) położna posiadająca: dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu wydany po dniu 31 grudnia 2010 r., lub dokument potwierdzający ukończenie kursu doształcającego przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący lub Wojewódzki Ośrodek Koordynacyjny w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- 1) wzierniki jednorazowe;
- 2) jednorazowe szczoteczki umożliwiające pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy;
- 3) fotel ginekologiczny.

1.3.2. Etap diagnostyczny

Polega na ocenie mikroskopowej materiału (pakietu komórek) z szyjki macicy (wynik badania musi być opisany w systemie Bethesda 2001).

1.3.2.1. Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu diagnostycznego

Badanie wykonuje się, co 36 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określeniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), co 12 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat, obciążonych czynnikami ryzyka. Wyłączone z badań w ramach programu są kobiety, u których rozpoznano nowotwór złośliwy szyjki macicy oraz kobiety, które skierowano do dalszej diagnostyki lub leczenia.

1.3.2.2. Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu oraz wymagania techniczne dla świadczeniodawców - etap diagnostyczny

Świadczeniodawca przystępujący do programu musi spełnić bezwzględnie wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz wymagania doprecyzowane przez Prezesa NFZ w załącznik nr 3 do zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Laboratorium:

- 1) świadczeniodawca musi posiadać medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub zakład patomorfologii posiadający pracownię cytologiczną oraz wykonywać 15 000 badań cytologicznych, w tym, co najmniej 8 000 cytologicznych - ginekologicznych rocznie.

Personel laboratorium:

- 1) lekarz specjalista patomorfologii lub anatomii patologicznej, diagnosta laboratoryjny posiadający tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadający udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych, tj. wykonywanie oceny preparatów, co najmniej 7 000 badań cytologicznych w tym, co najmniej 4 000 badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- 1) mikroskopy wysokiej jakości, umożliwiające uzyskanie powiększenia, co najmniej 400 razy.

Ponadto w procesie wyboru świadczeniodawców mogą być stosowane dodatkowe kryteria określone przez Prezesa NFZ (nie są to kryteria obligatoryjne).

Kwalifikacje personelu:

- 1) diagnosta laboratoryjny – specjalista cytomorfologii medycznej;
- 2) doświadczenie personelu w ocenie preparatów cytologii ginekologicznej:
 - a) co najmniej 2 lata pracy w diagnostyce cytologii szyjki macicy i ocenienie, co najmniej 10 000 preparatów pod kontrolą lekarza patomorfologa;
 - b) ocenianie, co najmniej 7 000 badań cytologicznych- ginekologicznych rocznie.

Inne:

- 1) oczekiwanie na wynik do 7 dni;
- 2) wykonywanie przez pracownię powyżej 15 000 badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie.

1.3.3. Etap pogłębionej diagnostyki

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w rozmazie cytologicznym kobieta powinna być skierowana do etapu diagnostyki pogłębionej. Polega ona na wykonaniu kolposkopii lub kolposkopii z celowanym pobraniem wycinków i badaniem histopatologicznym.

Etap pogłębionej diagnostyki obejmuje:

- 1) zarejestrowanie (wprowadzenie do bazy danych) kobiety skierowanej w ramach realizacji etapu podstawowego programu;
- 2) badanie kolposkopowe;

- 3) w przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji obrazu kolposkopowego - pobranie celowanych wycinków z tarczy szyjki macicy oraz wyłyżeczkowanie kanału szyjki i ewentualnie jamy macicy, a następnie przesłanie materiału do pracowni diagnostycznej;
- 4) badanie histopatologiczne pobranego materiału w pracowni diagnostycznej i postawienie ostatecznego rozpoznania;
- 5) decyzja, co do dalszego postępowania (skierowanie na leczenie lub określenie terminu kolejnego badania cytologicznego).

1.3.3.1. Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu pogłębionej diagnostyki

Decyzję o skierowaniu do etapu pogłębionej diagnostyki podejmuje lekarz. Badanie wykonuje się na podstawie skierowania z etapu podstawowego programu. Wyłączone są kobiety, skierowane do dalszej diagnostyki lub leczenia – w przypadku rozpoznania nowotworu szyjki macicy lub innego schorzenia wymagającego leczenia specjalistycznego.

1.3.3.2. Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu oraz wymagania techniczne dla świadczeniodawców - etap pogłębionej diagnostyki

Świadczeniodawca przystępujący do programu musi spełnić bezwzględnie wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz wymogi doprecyzowane przez Prezesa NFZ w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Personel:

- 1) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, lub
- 2) lekarz specjalista ginekologii onkologicznej, lub
- 3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii, posiadający udokumentowane umiejętności w wykonywaniu badań kolposkopowych.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- 1) kolposkop;
- 2) zestaw do pobierania wycinków.

Inne wymagania:

- 1) zapewnienie dostępu do badań histopatologicznych;
- 2) w przypadku rozpoznania nowotworu wymagane jest zgłaszanie do regionalnego rejestru nowotworów uzyskanych dodatnich wyników badań na kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/N1- a z dopiskiem „S” (skryning).

Ponadto, świadczeniodawca wykonuje wszystkie procedury określone w zakresie badań histopatologicznych, tj. zarówno kolposkopię, jak i kolposkopię z biopsją, przy czym dopuszcza się zlecenie wykonania badania histopatologicznego podwykonawcy.

Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka jelita grubego

W ramach programu wykonywana jest kolonoskopia. Jest to metoda badania dolnego odcinka przewodu pokarmowego polegająca na wprowadzeniu przez odbył wziernika zakończonego kamerą i oglądaniu wnętrza jelita grubego. Do tego celu służy giętki instrument zwany kolonoskopem, który lekarz wprowadza przez odbył do oczyszczonego jelita grubego i przesuwają do ujścia jelita cienkiego. Jeśli w trakcie badania zostaną stwierdzone **polipy**, zostaną one usunięte za pomocą pętli wprowadzonej do jelita przez kolonoskop. Usunięcie polipów, co do zasady jest niebolesne. Jeśli usunięcie polipów nie będzie mogło być przeprowadzone w ramach programu, lecz będzie konieczne z medycznego punktu widzenia, to jego usunięcie odbywa się w warunkach szpitalnych.

1.1. Skrót epidemiologii nowotworu jelita grubego

Rak jelita grubego to w krajach europejskich drugi, po raku płuca u mężczyzn i raku piersi u kobiet, najbardziej rozpowszechniony typ nowotworu. W Polsce rak jelita grubego jest drugim najczęstszym nowotworem złośliwym. Każdego roku rozpoznaje się ponad 14 000 nowych przypadków. Nowotwór jelita grubego rozwija się powoli, zwykle kilkanaście lat, głównie z polipów. Początkowo niewielkie polipy powstają ze zmutowanych komórek nabłonka jelita grubego. Niektóre z nich rozrastają się nadmiernie, zachodzą w nich kolejne mutacje, aż w końcu rozwija się nowotwór, przyjmując w pierwszej fazie formę łagodnych zmian, czyli gruczolaków. Ich usunięcie skutecznie zapobiega ich przekształceniu w inwazyjnego raka, natomiast wykrycie początkowego stadium nowotworu złośliwego daje szansę na całkowity powrót do zdrowia. Stąd tak ważne jest odpowiednio wczesne wykrycie choroby.

W Polsce obserwuje się najbardziej dynamiczny wzrost zachorowań na raka jelita grubego w porównaniu z innymi państwami europejskimi. Co więcej, współczynnik umieralności na ten nowotwór jest u nas o wiele wyższy niż w północnych i zachodnich krajach UE. Optymalnym sposobem prowadzenia badań przesiewowych jest wykonywanie pełnej kolonoskopii raz na 10 lat. Taka strategia ma wiele zalet i w dodatku jest najbardziej kosztowo efektywna.

Program polega na wykonywaniu kolonoskopii przesiewowych w populacji osób, co najmniej średniego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego.

1.2. Dotychczasowe działania krajowe podejmowane w ramach Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego

W przeciwieństwie do pozostałych dwóch programów populacyjnych, *Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego* jest finansowany z budżetu państwa. Wykonywanie badań kolonoskopowych jest limitowane. W ramach programu został powołany Ośrodek Koordynujący (Centrum Onkologii – Instytut M. Curie - Skłodowskiej w Warszawie). Świadczeniodawcy biorący udział w programie prowadzą bazy danych, dostarczone przez ośrodek koordynujący. Baza ta powinna być zainstalowana w komputerze znajdującym się w pracowni endoskopowej, służyć do opisu bieżących badań, ich wydruku, wpisywania wyników badań histologicznych, generowania zaleceń oraz opisu dalszych losów osób z wykrytymi polipami lub rakiem.

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego jest realizowany od 2000 r., a jako zadanie Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych od 2006 r. Celem programu jest:

- 1) zwiększenie odsetka wykrywalności przypadków zachorowań na raka wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania (A i B wg Duke'a);
- 2) zwiększenie odsetka 5-letnich przeżyć;
- 3) obniżenie umieralności na raka jelita grubego oraz
- 4) obniżenie kosztów leczenia raka w skali kraju (dzięki leczeniu raków wczesnych, a nie zaawansowanych i dzięki usuwaniu stanów przedrakowych – polipów).

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego realizowany jest w Polsce w dwóch systemach: oportunistycznym (bez zaproszenia) i zapraszonym (system zapraszany został wprowadzony w roku 2012).

W 2012 r. system zapraszany realizowany był w 5 ośrodkach. Zaproszenia na badania wysłano do 23 141 osób w wieku 55-64 lata. Zgłaszalność na badania w systemie zapraszonym wyniosła **17,8%**.⁷

1.3. Kryteria kwalifikacji uczestników do badania

Populacja badana – w przypadku przeprowadzania badań kolonoskopowych w systemie zapraszonym: osoby, do których zostało wysłane zaproszenie w wieku 55-64 lata (zarówno osoby bez objawów klinicznych, jak i osoby z objawami choroby).

W celu zagwarantowania udzielenia wsparcia szerszej grupie docelowej, w ramach projektów EFS dopuszcza się możliwość realizacji badań w systemie oportunistycznym (obok rekrutacji poprzez zaproszenia).

⁷ Dane przekazane przez Departament Polityki Zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia.

Wsparciem mogą ponadto zostać objęte osoby w wieku 25–65 lat z potwierdzonym obciążeniem genetycznym pochodzące z rodziny HNPCC (dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością - Hereditary non-polyposis colorectal cancer) lub FAP (rodzinna polipowatość gruczolakowata - Familial Adenomatous Polyposis).

1.4. Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu oraz wymagania techniczne dla świadczeniodawców

W ramach funkcjonującego *Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego* wykonywanie badań odbywa się w dwóch różnych systemach, tj. oportunistycznym i zapraszanym. Kryteria stawiane świadczeniodawcom różnią się w zależności od systemu, w którym są przeprowadzane badania jak również, z uwagi na fakt czy świadczeniodawca w latach poprzednich realizował program.

Tryb zapraszany

Personel – odpowiednio wykształcony:

- 1) minimum 2 lekarzy, każdy z lekarzy zaplanowanych do wykonywania badań posiada Dyplom Umiejętności Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) z kolonoskopii lub specjalizację z gastroenterologii lub zaliczył tygodniowe szkolenie u koordynatora Programu oraz posiada potwierdzoną współpracę z lekarzem histopatologiem posiadającym specjalizację;
- 2) minimum 3 pielęgniarki po ukończeniu kursu z zakresu endoskopii.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę:

- 1) co najmniej 3 videokolonoskopy;
- 2) sprzęt do polipektomii (diatermia i pętle diatermiczne);
- 3) sprzęt do tamowania krwawienia (beamer argonowy lub klipsownica);
- 4) myjnia do dezynfekcji endoskopów.

Inne:

- 1) możliwość organizacji i deklaracja wykonania, co najmniej 1000 badań kolonoskopowych rocznie w ramach Programu dla ośrodków zlokalizowanych w miastach powyżej 200 000 mieszkańców oraz co najmniej 500 badań kolonoskopowych rocznie w pozostałych ośrodkach;
- 2) zapewnienie dostępu do nieodpłatnego badania w znieczuleniu/sedacji;
- 3) zobowiązanie się do obsługi systemu zaproszeń;
- 4) deklaracja udziału, co najmniej 1 sekretarki i 1 lekarza koordynującego Program w danym ośrodku w szkoleniu dotyczącym wdrażania systemu zaproszeń organizowanym przez Koordynatora Programu;
- 5) deklaracja systematycznego uzupełniania bazy danych oraz jej przekazywania do Koordynatora Programu na jego wniosek;

- 6) potwierdzenie przez Koordynatora Programu spełnienia kryteriów jakości wykonanych badań, oceniana na podstawie bazy danych z lat poprzednich:
 - a) osiągalność kątnicy (CIR) dla ośrodka – co najmniej 90%;
 - b) częstość wykrywanych gruczolaków (ADR) dla ośrodka – co najmniej 20%;
 - c) wykonanie polipektomii bezpośrednio w czasie badania przesiewowego, u co najmniej 80% osób, u których stwierdzono polipy;
 - d) odpowiednia ocena histologiczna usuniętych polipów - doszczętność polipektomii oceniona, w co najmniej 95% przypadków, odsetek zmian z dysplazją dużego stopnia (niezależnie od wielkości) nie powinien przekraczać 5%;
 - 7) posiadanie co najmniej jednego komputera z drukarką i dostępem do Internetu w pracowni endoskopowej;
 - 8) posiadanie biura administracyjnego z osobną linią telefoniczną, komputerem z drukarką i dostępem do Internetu, adresem mailowym założonym dla celów realizacji Programu zgodnie z instrukcjami Koordynatora Programu oraz sekretarką zatrudnioną dla celów realizacji programu;
 - 9) deklaracja udziału, co najmniej jednego lekarza spełniającego wymagania w corocznym spotkaniu dotyczącym oceny jakości realizacji Programu.
- Świadczeniodawca rejestruje świadczeniobiorcę w bazie danych prowadzonej przez Koordynatora Programu.