

MR/H2014-2020/16(2)/12/2016



Minister Rozwoju i Finansów

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

(ZATWIERDZAM)

-/-

**Mateusz
Morawiecki**

**Minister Rozwoju
i Finansów**

Warszawa, 8 grudnia 2016 r.

Spis treści

Rozdział 1 – Podstawa prawna	4
Rozdział 2 – Słownik pojęć.....	5
Rozdział 3 – Cel i zakres Wytucznych	8
Rozdział 4 – Programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach PO WER.....	10
Rozdział 5 – Programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach RPO.....	12
Podrozdział 5.1 – RPZ dotyczące profilaktyki chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu.....	15
Podrozdział 5.2 – Programy ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy	17
Podrozdział 5.3 – Programy z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy.....	21
Podrozdział 5.4 – Programy z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.....	22
Rozdział 6 – Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego w ramach RPO	24
Podrozdział 6.1 – Program profilaktyki raka piersi.....	24
Podrozdział 6.2 – Program profilaktyki raka szyjki macicy.....	26
Podrozdział 6.3 – Program profilaktyki raka jelita grubego	28
Rozdział 7 – Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi	30
Podrozdział 7.1 – Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach PO WER	31
Podrozdział 7.2 – Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach RPO.....	33
Załącznik nr 1 – Zakres programu zdrowotnego i programu polityki zdrowotnej oraz informacja na temat przygotowania programu i procedury wydawania opinii AOTMiT	36

Wykaz skrótów

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

BHP – Bezpieczeństwo i higiena pracy

EFS – Europejski Fundusz Społeczny

EFSI – Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne

FUS – Fundusz Ubezpieczeń Społecznych

HPV – wirus brodawczaka ludzkiego (Human papillomavirus)

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 na lata 2014-2020

KE – Komisja Europejska

MZ – Ministerstwo 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 na lata 2014-2020

RPZ – Regionalny program zdrowotny

SIMP – System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki

SzOOP – Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

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. z 2016 r. poz. 217 i 1579).
- 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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.);
 - d) ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1916);
 - e) uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” (M. P. z 2015 r. poz. 1165);
 - f) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. poz. 721, z późn. zm.);
 - g) ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184);
 - h) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505, z późn. zm.);

- i) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1126);
- 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 67/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne;
- l) dokumentu pn. *Programowanie perspektywy finansowej 2014-2020. Umowa Partnerstwa*, zwanego dalej „Umową Partnerstwa”¹;
- m) dokumentu pn. *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*, zwanego dalej „Policy paper”²;
- n) dokumentu opracowanego w listopadzie 2012 r. przez Europejską Grupę Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności pn. *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*³.

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) **Komitet Sterujący** – Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, działający pod przewodnictwem ministra właściwego do spraw zdrowia;

¹ Dokument jest dostępny na stronie internetowej administrowanej przez ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/umowa-partnerstwa/>.

² Dokument jest dostępny na stronie internetowej administrowanej przez ministra właściwego ds. zdrowia: <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>.

³ Dokument jest dostępny na stronie internetowej Europejskiej Grupy Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności: http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2016/04/Common-European-Guidelines_Polish-version.pdf.

- c) **Krajowy program zdrowotny** – program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej realizowany w ramach PO WER lub realizowany z innych środków publicznych mający charakter ogólnokrajowy;
- d) **Obszar wiejski** – rozumiany zgodnie z Wytycznymi w zakresie monitorowania;
Osoba niesamodzielna – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia niesamodzielności stosowana jest Skala Barthel, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych. Za osobę niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu;
- e) **Osoba w wieku aktywności zawodowej** – aktywna zawodowo osoba w wieku 15 lat i więcej (zgodnie z analogiczną metodologią, która jest stosowana w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, osoba aktywna zawodowo to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem). O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym);
- f) **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;
- g) **Płatnik** – Narodowy Fundusz Zdrowia albo podmiot (następca prawny) zastępujący go w finansowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

- h) **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;
- i) **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;
- j) **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;
- k) **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;
- l) **Usługa zdrowotna** – każde świadczenie opieki zdrowotnej zgodnie z definicją wskazaną w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 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:

- i. zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby) oraz jak najbardziej zbliżony do warunków odpowiadających życiu w środowisku domowym i rodzinnym;
 - ii. umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą;
 - iii. zapewniający, że odbiorcy usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem;
 - iv. gwarantujący, że wymagania organizacyjne związane ze świadczeniem danej usługi nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami osoby z niej korzystającej;
- m) **Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków** – *Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*, wydane przez ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego;
- n) **Wytyczne w zakresie monitorowania** – *Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020*, wydane przez ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego;
- o) **Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji** – *Wytyczne 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*, wydane przez ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego.

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 programów 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 i 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 7 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 7 lit. f i g, są realizowane w ramach priorytetu inwestycyjnego 9iv *Ułatwianie 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 zapewnia, że właściwa instytucja będąca stroną umowy w ramach PO zobowiąże beneficjenta w umowie o dofinansowanie projektu do stosowania odpowiednich wymogów wynikających z Wytycznych.
- 10) 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 w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji.

- 11) Zgodnie z Umową Partnerstwa interwencje w obszarze ochrony zdrowia, w tym współfinansowane z EFS, podlegają koordynacji w ramach Komitetu Sterującego.
- 12) IZ zapewnia, że założenia lub kluczowe warunki realizacji zaplanowanej w PO interwencji w obszarze ochrony zdrowia są przekazywane pod obrady Komitetu Sterującego, zgodnie z trybem określonym w regulaminie tego Komitetu.
- 13) IZ zapewnia, że będą realizowane wyłącznie te programy, dla których założenia lub kluczowe warunki realizacji zostały pozytywnie rozpatrzone przez Komitet Sterujący, zgodnie z procedurami przyjętymi w ramach funkcjonowania tego Komitetu.
- 14) IZ zapewnia, że przedsięwzięcia realizowane w ramach działań podejmowanych z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 uwzględniają obligatoryjne rekomendacje Komitetu Sterującego.

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:
 - i. chorobom układu krążenia;
 - ii. chorobom nowotworowym;
 - iii. zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania;
 - iv. chorobom układu kostno-stawowego i mięśniowego;
 - v. 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 albo zaburzeń wymienionych w pkt 2 lit. a nie powiela działań realizowanych w RPO w ramach RPZ.

- 4) Programy zdrowotne lub programy polityki zdrowotnej w ramach PO WER są realizowane z uwzględnieniem placówek POZ jako docelowych koordynatorów opieki nad pacjentem.
- 5) Realizacja programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej w ramach PO WER opiera 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) Programy zdrowotne lub programy polityki zdrowotnej, które przewidują usługi zdrowotne widniejące w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego programu, ale obejmujące także badania ponadstandardowe, stanowiące wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, opracowane w logiczną całość oraz skierowane do zdefiniowanej grupy docelowej, mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Taki program musi wносить wartość dodaną np. poprzez wprowadzanie nowych rozwiązań systemowych zwiększających skuteczność usług zdrowotnych (pomimo faktu, iż analogiczne usługi zdrowotne są finansowane ze środków publicznych) i powinien gwarantować funkcjonowanie wypracowanych rezultatów (przynajmniej w zakresie rozwiązań funkcjonalnych, czyli np. koordynacji procesu badań i leczenia) po zakończeniu ich finansowania ze środków EFS.
- 8) W ramach projektów pilotażowych i testujących w zakresie programów profilaktycznych 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 nawiązaniu i utrzymaniu współpracy pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami POZ oraz szpitalami;
 - d) świadczenie usług zdrowotnych niezbędnych 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 przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
 - h) działania szkoleniowo-edukacyjne związane z wdrażaniem programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej skierowane do osób współpracujących z placówką POZ lub pracujących na rzecz placówki POZ, prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
- 9) IZ PO WER może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków.
- 10) 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 Ułatwianie 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 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) profilaktyki chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu;
 - b) eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy⁴;
 - c) rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy;

⁴ Z wyłączeniem programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy dostosowanych do potrzeb konkretnych pracodawców i ich pracowników.

- 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) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - d) choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego;
 - e) choroby układu oddechowego.
- 4) IZ RPO zapewnia, że jeżeli RPZ finansowany w ramach RPO jest realizowany w jednej z grup chorób wymienionych w pkt 3, to nie dochodzi do powielania działań realizowanych w obrębie tych samych grup chorób w ramach programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków RPO i PO WER, tj.:
- a) w przypadku gdy realizacja RPZ w ramach RPO następuje **przed opracowaniem i wdrożeniem zbieżnego tematycznie programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej w ramach PO WER**:
 - i. właściwa IZ RPO przekaze do MZ szczegółowe informacje o zrealizowanych działaniach, w tym listę podmiotów realizujących RPZ, a MZ zapewni ograniczenie możliwości realizacji analogicznych działań w ramach PO WER albo – jeżeli nie będzie to możliwe –
 - ii. zachowany zostanie inny mechanizm gwarantujący brak możliwości wystąpienia dublowania się wydatków w ramach programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków PO WER lub RPO;
 - b) w przypadku gdy realizacja zbieżnego tematycznie programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej w ramach PO WER następuje **przed opracowaniem i wdrożeniem RPZ w ramach RPO**:
 - i. właściwa IZ RPO może realizować RPZ w oparciu o program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej opracowany w ramach PO WER (jeżeli IZ RPO zapewni realizację RPZ zgodnie ze schematem opracowanym w ramach PO WER, nie jest wymagane odrębne opracowanie RPZ i przeprowadzanie procedury jego oceny przez AOTMiT; natomiast jeżeli IZ RPO zdecyduje się na realizację RPZ zbieżnego tematycznie z programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej realizowanym w ramach PO WER według własnego schematu, wymagane jest przeprowadzenie procedury jego oceny przez AOTMiT). Niezależnie od faktu, czy RPZ będzie realizowany zgodnie ze schematem opracowanym w ramach PO WER, czy według schematu własnego IZ RPO, IZ RPO musi zapewnić, że w ramach konkursu służącego realizacji RPZ będą obowiązywały kryteria ograniczające możliwość realizacji

analogicznych działań występujących w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej w ramach PO WER albo – jeżeli nie będzie to możliwe –

- ii. zachowany zostanie inny mechanizm gwarantujący brak możliwości wystąpienia dublowania się wydatków w ramach programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków PO WER lub RPO.
- 5) Warunki realizacji zbieżnych tematycznie programów profilaktycznych ze środków PO WER i RPO określa Komitet Sterujący.
- 6) RPZ mogą być realizowane dla innych niż wymienione w pkt 3 grup chorób pod warunkiem, że stanowią odpowiedź na istotny problem zdrowotny danego regionu (województwa) oraz poziom środków alokowanych na takie RPZ nie stanowi więcej niż 15% kwoty alokowanej na priorytet inwestycyjny 8*vi Aktywne i zdrowe starzenie się* w ramach danego RPO.
- 7) Opracowanie RPZ nie może zostać sfinansowane ze środków EFS w ramach priorytetu inwestycyjnego 8*vi Aktywne i zdrowe starzenie się* lub priorytetu inwestycyjnego 9*iv Ułatwianie 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.
- 8) Środki EFS przeznaczane na RPZ w ramach priorytetu inwestycyjnego 8*vi Aktywne i zdrowe starzenie się* oraz priorytetu inwestycyjnego 9*iv Ułatwianie 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.
- 9) Programy zdrowotne lub programy polityki zdrowotnej, które przewidują usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego programu, ale obejmujące także usługi zdrowotne ponadstandardowe, stanowiące wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, opracowane w logiczną całość oraz skierowane do zdefiniowanej grupy docelowej, mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Taki program musi wносить wartość dodaną np. poprzez wprowadzanie nowych rozwiązań systemowych zwiększających skuteczność usług zdrowotnych (pomimo faktu, iż analogiczne usługi zdrowotne są finansowane ze środków publicznych) i powinien gwarantować funkcjonowanie wypracowanych rezultatów (przynajmniej w zakresie rozwiązań funkcjonalnych, czyli np. koordynacji procesu badań i leczenia) po zakończeniu ich finansowania ze środków EFS.
- 10) IZ RPO zapewni, że RPZ, przed rozpoczęciem realizacji, uzyska pozytywną lub warunkową opinię AOTMiT i będzie zgodny z zakresem określonym w załączniku nr 1

do Wytucznych. Wymóg zgodności RPZ z zakresem określonym w załączniku nr 1 do Wytucznych nie dotyczy RPZ wcześniej opracowanych (w tym przyjętych w innej formule niż opisana w załączniku nr 1). W takim przypadku warunkiem uzyskania dofinansowania z EFS jest zatwierdzenie RPZ w Planie działania w sektorze zdrowia i posiadanie pozytywnej lub warunkowej opinii AOTMiT.

- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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 oraz
 - 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.
- 14) 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 profilaktyki chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu

- 1) IZ RPO zapewnia, że realizacja RPZ dotyczących profilaktyki 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, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej, 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 profilaktyki chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu nie powielają działań realizowanych w funkcjonujących krajowych

programach zdrowotnych, w tym w ramach PO WER (w szczególności poprzez stosowanie zasad określonych w rozdziale 5 pkt 4).

- 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) IZ RPO zapewnia, że działania objęte finansowaniem w ramach projektów nie zastępują świadczeń opieki zdrowotnej, których finansowanie jest zagwarantowane ze środków publicznych, z zastrzeżeniem zapisów w rozdziale 5 pkt 9.
- 5) W ramach RPZ dotyczących profilaktyki 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 regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie usług zdrowotnych pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów RPZ oraz:
 - i. nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych (wykraczają poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej) albo
 - ii. 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 albo
 - iii. w przypadku, o którym mowa w rozdziale 5 pkt 9 (gdy RPZ przewiduje zarówno usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe, jak i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego programu, ale obejmujące także usługi zdrowotne ponadstandardowe);
 - 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 przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
 - e) działania informacyjno-szkoleniowe, związane z wdrażaniem RPZ, skierowane do lekarzy i pielęgniarek POZ prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania

świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;

f) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.

- 6) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków.

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 (rozumianemu jako nabycie kompetencji, umiejętności lub kwalifikacji, mające na celu umożliwienie kontynuowania pracy na zmodernizowanym stanowisku lub rozpoczęcie pracy na innym stanowisku, które nie stanowi obciążenia dla zdrowia danego pracownika) 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 (rozumiane jako nabycie kompetencji, umiejętności lub kwalifikacji, mające na celu umożliwienie kontynuowania pracy na zmodernizowanym stanowisku lub rozpoczęcie pracy na innym stanowisku, które nie stanowi obciążenia dla zdrowia danego pracownika) 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* (Dz. U. poz. 1073).

- 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 2016 r. poz. 1666) 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:
 - i. choroby układu krążenia;
 - ii. choroby nowotworowe;
 - iii. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - iv. choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego;
 - v. choroby układu oddechowego;
 - b) cele RPZ powinny dotyczyć w szczególności:
 - i. wdrożenia zmian organizacyjnych mających na celu eliminację zidentyfikowanych czynników ryzyka;
 - ii. usprawnienia procedur wczesnej identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy;
 - iii. podniesienia świadomości zdrowotnej pracodawców i kadry zarządzającej oraz osób pracujących i wypracowania odpowiednich zachowań prozdrowotnych;
 - iv. 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:
 - i. analizę występowania niekorzystnych czynników zdrowotnych w środowisku pracy;

- ii. wdrożenie kompleksowych działań przyczyniających się do eliminacji występujących zagrożeń dla zdrowia w środowisku pracy;
 - iii. działania edukacyjne adresowane do:
 - kadr POZ (tj. lekarzy POZ oraz osób współpracujących z placówką POZ lub osób pracujących na rzecz placówki POZ);
 - kadr medycyny pracy;
 - psychologów;
 - pracowników PIS, PIP i BHP;
 - pracodawców;
 - osób pracujących narażonych na czynniki ryzyka w miejscu pracy lub
 - 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 regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie usług zdrowotnych pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów RPZ oraz:
- i. nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych (wykraczają poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej) albo
 - ii. 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 albo
 - iii. w przypadku, o którym mowa w rozdziale 5 pkt 9 (gdy RPZ przewiduje zarówno usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego programu, jak i usługi zdrowotne ponadstandardowe);
- 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 przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
- e) działania informacyjno-szkoleniowe związane z wdrażaniem RPZ skierowane w szczególności do:
- i. kadr POZ (tj. lekarzy POZ oraz osób współpracujących z placówką POZ lub osób pracujących na rzecz placówki POZ);
 - ii. kadr medycyny pracy;
 - iii. lekarzy orzeczników ZUS;
 - iv. psychologów lub
 - v. pracowników PIS, PIP i BHP,
- prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
- f) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.

- 10) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków.

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, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej 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) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 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 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 regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie usług zdrowotnych pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów RPZ oraz:
 - i. nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych (wykraczają poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej) albo
 - ii. po wykazaniu (na podstawie dokumentu potwierdzającego możliwość podjęcia przez daną osobę zatrudnienia – np. porozumienia uczestnika projektu z przyszłym pracodawcą), że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana ze środków publicznych przed podjęciem zatrudnienia

- przez daną osobę, mimo że w okresie trwania RPZ lub danego projektu służącego realizacji RPZ finansowanie usługi byłoby możliwe albo
- iii. w przypadku, o którym mowa w rozdziale 5 pkt 9 (gdy RPZ przewiduje zarówno usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego programu, jak i usługi zdrowotne ponadstandardowe);
- 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 przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
- f) działania informacyjno-szkoleniowe związane z wdrażaniem RPZ skierowane w szczególności do:
- i. podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne;
- ii. kadr POZ lub
- iii. lekarzy orzeczników ZUS,
- prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
- g) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.
- 5) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków.

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 (zarówno wad wrodzonych, jak i wad nabytych) 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, z zastrzeżeniem zapisów w rozdziale 5 pkt 9.
- 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 regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie usług zdrowotnych pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów RPZ oraz:
 - i. nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych (wykraczają poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej) albo
 - ii. 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 albo
 - iii. w przypadku, o którym mowa w rozdziale 5 pkt 9 (gdy RPZ przewiduje zarówno usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego programu, jak i usługi zdrowotne ponadstandardowe);
 - 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 przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
 - e) działania informacyjno-szkoleniowe związane z wdrażaniem RPZ skierowane w szczególności do:
 - i. lekarzy i pielęgniarek POZ;
 - ii. lekarzy orzeczników ZUS;
 - iii. położnych;

- iv. pielęgniarek środowiskowych;
- v. pielęgniarek i higienistek szkolnych;
- vi. pedagogów;
- vii. psychologów;
- viii. rehabilitantów;
- ix. fizjoterapeutów,

prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

- 4) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków.

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 szczegółowych działań możliwych do realizacji w projekcie, uwzględniając warunki realizacji przedsięwzięć w ramach aktualnie obowiązujących i wynikających z przepisów prawa wymogów wskazywanych przez Komitet Sterujący.
- 3) IZ RPO zapewnia, że działania realizowane w ramach projektu będą służyły zwiększeniu zgłaszalności do udziału w świadczeniach zdrowotnych realizowanych w ramach *Programu profilaktyki raka piersi* wykonywanych wyłącznie przez podmioty, które posiadają kontrakt z płatnikiem w ramach tego programu.
- 4) IZ RPO określa ogólne warunki realizacji projektów w szczególności biorąc pod uwagę (obligatoryjnie albo fakultatywnie – zgodnie z brzmieniem właściwej rekomendacji Komitetu Sterującego, o ile została ona wydana) 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 się na działaniach na obszarach tzw. „białych plam” w zakresie profilaktyki raka piersi wskazanych w rekomendacjach Komitetu Sterującego;
 - d) realizacja projektu odbywa się w partnerstwie z co najmniej jedną placówką POZ lub z co najmniej jednym partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w PO WER i SzOOP PO WER) reprezentującym interesy i zrzeszającym podmioty świadczące usługi w zakresie POZ i gwarantującym udział takich podmiotów w projekcie (wymóg nie ma zastosowania w przypadku gdy wnioskodawcą jest POZ);
 - e) 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 piersi lub co najmniej jednym partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w PO WER i SzOOP PO WER) reprezentującym interesy i zrzeszającym podmioty świadczące usługi w zakresie POZ i gwarantującym udział takich podmiotów w projekcie;
 - f) preferowane są projekty, które przewidują działania służące realizacji badań mammograficznych podczas okresowych badań lekarskich pracowników;
 - g) projekty przewidują możliwość wykorzystania mammobusów 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 jedyne 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 kadr POZ (tj. lekarzy POZ oraz osób współpracujących z placówką POZ lub osób pracujących na rzecz placówki POZ) i kadr medycyny pracy;
 - 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 w zakresie kwalifikowalności wydatków. IZ RPO w 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 płatnika. Koszt badania mammograficznego uczestnika projektu może jednak zostać wykazany w projekcie jako wkład własny pod warunkiem, że źródłem jego sfinansowania są środki płatnika 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 szczegółowych działań możliwych do realizacji w projekcie, uwzględniając warunki realizacji przedsięwzięć w ramach aktualnie obowiązujących i wynikających z przepisów prawa wymogów wskazywanych przez Komitet Sterujący.
- 3) IZ RPO zapewnia, że działania realizowane w ramach projektu będą służyły zwiększeniu zgłaszalności do udziału w świadczeniach zdrowotnych realizowanych w ramach *Programu profilaktyki raka szyjki macicy* wykonywanych wyłącznie przez podmioty, które posiadają kontrakt z płatnikiem na co najmniej diagnostykę podstawową w ramach tego programu.
- 4) IZ RPO określa ogólne warunki realizacji projektów, w szczególności biorąc pod uwagę (obligatoryjnie albo fakultatywnie – zgodnie z brzmieniem właściwej rekomendacji Komitetu Sterującego, o ile została ona wydana) 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, tj. osób, które wzięły udział w badaniu w wyniku działań realizowanych w projekcie;
 - b) projekty koncentrują działania na osobach zamieszkałych w miejscowościach poniżej 20 000 mieszkańców, w tym w szczególności na obszarach wiejskich;
 - c) projekty koncentrują się na działaniach na obszarach tzw. „białych plam” w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy wskazanych w rekomendacjach Komitetu Sterującego;

- d) realizacja projektu odbywa się w partnerstwie z co najmniej jedną placówką POZ lub z co najmniej jednym partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w PO WER i SzOOP PO WER) reprezentującym interesy i zraszającym podmioty świadczące usługi w zakresie POZ i gwarantującym udział takich podmiotów w projekcie (wymóg nie ma zastosowania w przypadku gdy wnioskodawcą jest POZ);
 - e) 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 lub co najmniej jednym partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w PO WER i SzOOP PO WER) reprezentującym interesy i zraszającym podmioty świadczące usługi w zakresie POZ i gwarantującym udział takich podmiotów w projekcie;
 - f) preferowane są projekty, które przewidują działania służące realizacji badań cytologicznych podczas okresowych badań lekarskich pracowników;
 - g) projekty przewidują możliwość wykorzystania cytobusów, pozwalających na dotarcie do populacji kobiet z miejscowości poniżej 20 000 mieszkańców oraz z terenów wiejskich, chyba że wnioskodawca zapewni dotarcie do populacji kobiet z małych miejscowości i terenów wiejskich bez wykorzystania cytobusów.
- 5) W ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka szyjki macicy mogą być realizowane w szczególności następujące działania:
- a) usługi zdrowotne, z uwzględnieniem zapisów zawartych w pkt 6 i 7 niniejszego podrozdziału. 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 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 jedyne 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.

IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów, w tym cytobusa, na warunkach określonych w Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków. IZ RPO w regulaminie konkursu lub SzOOP określa szczegółowe warunki finansowania cytobusa, w tym wymogi dotyczące zapewnienia trwałości rezultatów projektu.

- 6) IZ RPO zapewnia, że ze środków dofinansowania nie może zostać sfinansowany koszt badania cytologicznego uczestnika projektu, którego finansowanie jest zagwarantowane ze środków płatnika. Koszt badania cytologicznego uczestnika projektu może jednak zostać wykazany w projekcie jako wkład własny pod warunkiem, że źródłem jego sfinansowania są środki płatnika będące w dyspozycji beneficjenta lub partnera projektu.
- 7) 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 przez płatnika. Wprowadzenie przez IZ RPO dodatkowego zakresu usług zdrowotnych, wykraczających poza zakres realizowany w ramach *Programu profilaktyki raka szyjki macicy*, oznacza jego modyfikację. Modyfikacja ww. programu jest uznawana jako tworzenie nowego RPZ. W takim przypadku IZ RPO stosuje wymogi dla RPZ określone w rozdziale 5 Wytocznych, 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 szczegółowych działań możliwych do realizacji w projekcie, uwzględniając warunki realizacji przedsięwzięć w ramach aktualnie obowiązujących i wynikających z przepisów prawa wymogów wskazywanych przez Komitet Sterujący.
- 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 profilaktyki raka jelita grubego* środki EFS służą realizacji dodatkowych

- badań diagnostycznych i przyczyniają się do zwiększenia liczby badań diagnostycznych przeprowadzanych przez te podmioty,
- b) działania w zakresie profilaktyki raka jelita grubego koncentrują się na obszarach tzw. „białych plam” wskazanych w rekomendacjach Komitetu Sterującego;
 - c) preferowane są projekty, które zakładają włączenie badań kolonoskopowych do pakietu badań dodatkowych wykonywanych podczas okresowych badań lekarskich pracowników;
 - d) premiowane są projekty przewidujące partnerstwo pomiędzy podmiotem wykonującym działalność leczniczą oraz co najmniej jednym partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w PO WER i SzOOP PO WER) reprezentującym interesy i zrzeszającym podmioty świadczące usługi w zakresie POZ i gwarantującym udział takich podmiotów w projekcie.
- 4) W ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego mogą być realizowane w szczególności następujące działania:
- a) usługi zdrowotne:
 - i. badanie kolonoskopowe w maksymalnej kwocie do 420 zł brutto;
 - ii. koszt znieczulenia;
 - b) działania informacyjno-edukacyjne oraz dotyczące edukacji prozdrowotnej o charakterze lokalnym polegające na zachęcaniu osób do badań profilaktycznych lub kierowane do kadr POZ (tj. lekarzy POZ oraz osób współpracujących z placówką POZ lub osób pracujących na rzecz placówki POZ) lub kadr placówki medycyny pracy. Tego typu działania nie mogą stanowić jedyne 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.

IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów, w tym kolonoskopu, na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków. IZ RPO w 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 niesamodzielnych 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, zgodnie z procedurami przyjętymi w ramach funkcjonowania tego Komitetu.
- 2) Przedsięwzięcia w zakresie deinstytucjonalizacji, które przewidują usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego przedsięwzięcia, ale obejmujące także usługi zdrowotne ponadstandardowe, stanowiące wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, opracowane w logiczną całość oraz skierowane do zdefiniowanej grupy docelowej, mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Takie przedsięwzięcie musi wnosić wartość dodaną np. poprzez wprowadzanie nowych rozwiązań systemowych zwiększających skuteczność usług zdrowotnych (pomimo faktu, iż analogiczne usługi zdrowotne są finansowane ze środków publicznych) i powinno gwarantować funkcjonowanie wypracowanych rezultatów (przynajmniej w zakresie

rozwiązań funkcjonalnych, czyli np. koordynacji procesu badań i leczenia) po zakończeniu ich finansowania ze środków EFS.

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:
 - i. wdrożenia nowych form dziennej lub środowiskowej opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi;
 - ii. umożliwienia podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia przez opiekuna osoby niesamodzielnej;
 - iii. poprawy stanu zdrowia osób niesamodzielnych i ich opiekunów;
 - iv. zmniejszenia liczby i czasu trwania nieuzasadnionej medycznie hospitalizacji osób starszych;
 - v. zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z których korzystają osoby niesamodzielne, poprzez skrócenie czasu oczekiwania;
 - vi. kompleksowego wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych, w tym edukacji i wsparcia psychologicznego;
 - vii. 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:
 - i. szpitali;
 - ii. zakładów opiekuńczo-leczniczych;
 - iii. podmiotów leczniczych świadczących POZ;
 - iv. organizacji pozarządowych statutowo zajmujących się opieką nad osobami niesamodzielnymi;

- v. podmiotów świadczących usługi na rzecz osób niesamodzielnych;
 - vi. jednostek samorządu terytorialnego i ich jednostek organizacyjnych;
 - vii. partnerów społecznych w rozumieniu PO WER;
 - viii. 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 PO WER w regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie wymienionych usług pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów projektu oraz
 - i. nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, to jest jeżeli wykraczają one poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo
 - ii. po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie realizacji wsparcia danego uczestnika w ramach projektu albo
 - iii. w przypadku, o którym mowa w rozdziale 7 pkt 2 (gdy projekt przewiduje zarówno usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego projektu, jak i usługi zdrowotne ponadstandardowe);
- działania informacyjno-edukacyjne prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, 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) 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 Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków.
- 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. 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 niesamodzielnymi;
 - c) wsparcia działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych;
 - d) długoterminowej medycznej opieki domowej nad osobą niesamodzielną, w tym pielęgniarskiej opieki 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 niesamodzielnych;
 - 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 niesamodzielnej;
 - b) poprawę stanu zdrowia osób niesamodzielnych 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 niesamodzielne, poprzez skrócenie czasu oczekiwania;
 - e) kompleksowe wsparcie opiekunów osób niesamodzielnych, w tym edukacja i wsparcie psychologiczne;
 - f) wypracowanie trwałych rozwiązań zapewniających wysoką jakość usług medycznych, dostosowaną do indywidualnych potrzeb osób niesamodzielnych.
- 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 RPO w regulaminie konkursu lub SzOOP może dopuścić finansowanie wymienionych usług pod warunkiem, że są one niezbędne do realizacji celów projektu oraz
 - i. nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, to jest jeżeli wykraczają one poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo
 - ii. po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie realizacji wsparcia danego uczestnika w ramach projektu albo
 - iii. w przypadku, o którym mowa w rozdziale 7 pkt 2 (gdy projekt przewiduje zarówno usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego projektu, jak i usługi zdrowotne ponadstandardowe);
 - c) działania informacyjno-edukacyjne prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie

medycyny, 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 Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków.

Załącznik nr 1 – 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 programu, odnoszące się do kwestii właściwych dla wsparcia EFS, powinny być zgodne ze wskaźnikami oraz ich definicjami określonymi we Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych, stanowiącej załącznik do Wytycznych w zakresie monitorowania.

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. ze środków płatnika).

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 uwzględnić 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 Wytocznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji. 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 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 załączniku). 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 i wpisanie go do *Planu działania w sektorze zdrowia*. 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.

b) 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.

c) 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 FUS;
 - niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z FUS;
 - 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. ze środków płatnika).
- 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.