

MR/2014-2020/33(3)



Minister Rozwoju i Finansów

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

Zatwierdzam

Minister Rozwoju i Finansów

(zatwierdzono elektronicznie)

Warszawa, 1 stycznia 2018 r.

Spis treści

Rozdział 1 – Podstawa prawna	4
Rozdział 2 – Słownik pojęć.....	6
Rozdział 3 – Cel i zakres Wytucznych	9
Rozdział 4 – Programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach POWER.....	11
Rozdział 5 – Programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach RPO.....	13
Podrozdział 5.1 – RPZ dotyczące profilaktyki chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu.....	17
Podrozdział 5.2 – Programy ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy	18
Podrozdział 5.3 – Programy z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy.....	22
Podrozdział 5.4 – Programy z zakresu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.....	24
Rozdział 6 – Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego w ramach RPO	26
Podrozdział 6.1 – Program profilaktyki raka piersi.....	26
Podrozdział 6.2 – Program profilaktyki raka szyjki macicy.....	28
Podrozdział 6.3 – Program profilaktyki raka jelita grubego	30
Rozdział 7 – Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi	32
Podrozdział 7.1 – Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach POWER	33
Podrozdział 7.2 – Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi realizowane w ramach RPO.....	35

Wykaz skrótów

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

BHP – Bezpieczeństwo i higiena pracy

DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej

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 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.).
- 2) Warunki i procedury określone w Wytycznych wynikają w szczególności z:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem EFS”;
 - c) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.);
 - d) ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237);
 - e) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.);
 - f) ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184, z późn. zm.);
 - g) ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1769, z późn. zm.);
 - h) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1743, z późn. zm.);

- i) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1126);
- j) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739);
- k) 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. poz. 1165, z późn. zm.);
- l) 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.;
- m) 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;
- n) dokumentu pn. *Programowanie perspektywy finansowej 2014-2020. Umowa Partnerstwa*, zwanego dalej „Umową Partnerstwa”¹;
- o) dokumentu pn. *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*, zwanego dalej „Policy paper”²;
- p) dokumentu opracowanego w listopadzie 2012 r. przez Europejską Grupę Ekspertów do spraw Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności „*Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*”³.

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

² Dokument jest dostępny na stronie internetowej administrowanej przez ministra właściwego do spraw 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 do spraw 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.

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;
- 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) **Miasto średnie** – miasto powyżej 20 tys. mieszkańców, z wyłączeniem miast wojewódzkich lub mniejsze, z liczbą ludności 15-20 tys. mieszkańców będące stolicą powiatu. Lista miast średnich wskazana jest w załączniku nr 1 do „Delimitacji miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze” opracowanej na potrzeby Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju;
- e) **Miasto średnie tracące funkcje społeczno-gospodarcze** – miasto zidentyfikowane jako jedno z miast średnich w największym stopniu tracące funkcje społeczno-gospodarcze. Lista miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze wskazana jest w załączniku nr 2 do „Delimitacji miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze” opracowanej na potrzeby Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju;
- f) **Obszar wiejski** – obszar wiejski, o którym mowa w Wytycznych w zakresie monitorowania;
- g) **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 samodzielności fizycznej stosowana jest Skala Barthel, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny

osobistej, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych. Za osobę niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu;

- h) **Osoba w wieku aktywności zawodowej** – osoba w wieku 15 lat i więcej. 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);
- i) **Płatnik** – Narodowy Fundusz Zdrowia albo podmiot (następca prawny) zastępujący go w finansowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- j) **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;
- k) **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;
- l) **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;

- m) **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;
- n) **Usługa zdrowotna** – każde świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- o) **Usługi zdrowotne 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;
- p) **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;
- q) **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;
- r) **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 którym mowa w rozporządzeniu EFS, o ile dany PO, przyjęty decyzją KE, nie określa tego inaczej.
- 9) 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 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.
- 10) IZ zapewnia, że właściwa instytucja będąca stroną umowy w ramach PO zobowiąże beneficjenta w umowie o dofinansowanie projektu do stosowania odpowiednich wymogów wynikających z Wytycznych.
- 11) Wszystkie projekty współfinansowane z EFS, w tym także w obszarze zdrowia, muszą być zgodne z politykami horyzontalnymi: zasadą równości szans płci oraz równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. Warunki i procedury wdrażania, a także przykłady zastosowania w ramach różnych form wsparcia ww. polityk horyzontalnych znajdują się w Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji.
- 12) Zgodnie z Umową Partnerstwa interwencje w obszarze ochrony zdrowia, w tym współfinansowane z EFS, podlegają koordynacji w ramach Komitetu Sterującego.
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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.

- 16) IZ zapewnia preferencje dotyczące wsparcia miast średnich⁴, w tym w szczególności miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze, poprzez rekomendowanie Komitetowi Monitorującemu określonych kryteriów wyboru projektów koncentrujących wsparcie na obszarach miast średnich lub premiujących przedsięwzięcia realizowane na obszarach miast średnich lub określających wymagany odsetek uczestników zamieszkujących miasta średnie.

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 powieli 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:

⁴ Przy określaniu szczegółowego zakresu wsparcia EFS w obszarze zdrowia w pierwszej kolejności należy uwzględnić analizę epidemiologiczną danego terytorium i grup docelowych oraz sytuacji zdrowotnej specyficznej dla danego regionu, a także właściwe mapy potrzeb zdrowotnych.

- 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 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 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 wdrażanym 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 pracy⁵;
 - c) rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy;

⁵ 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, po uzyskaniu pozytywnej opinii MZ i uzgodnieniu w ramach właściwego Planu działania w sektorze zdrowia, (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 realizowane w priorytecie inwestycyjnym 8vi *Aktywne i zdrowe starzenie się* w ramach danego RPO nie stanowi więcej niż 15% kwoty alokowanej na priorytet inwestycyjny 8vi *Aktywne i zdrowe starzenie się* w ramach danego RPO.
 - 7) Opracowanie RPZ nie może zostać sfinansowane ze środków EFS w ramach priorytetu inwestycyjnego 8vi *Aktywne i zdrowe starzenie się* lub priorytetu inwestycyjnego 9iv *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 8vi *Aktywne i zdrowe starzenie się* oraz priorytetu inwestycyjnego 9iv *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 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 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 powszechnie obowiązujących przepisach prawa⁶.
- 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. W przypadku uzyskania przez RPZ negatywnej opinii AOTMiT, RPZ może być poprawiony z wykorzystaniem uwag zgłoszony przez AOTMiT oraz ponownie złożony do zaopiniowania przez AOTMiT.
- 12) IZ RPO ma możliwość realizacji programu polityki zdrowotnej bez konieczności pozyskiwania opinii AOTMiT, w oparciu o rekomendacje wynikające z repozytorium, o którym mowa w art. 48aa ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W takim przypadku program polityki zdrowotnej wymaga jedynie uzgodnienia we właściwym Planie działania w sektorze zdrowia.
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) Ewaluacja powinna nastąpić w końcowej fazie wdrożenia RPZ lub bezpośrednio po jego zakończeniu i dotyczyć całości RPZ, nie zaś pojedynczych projektów go realizujących (wyjątkiem może być sytuacja kiedy jeden projekt stanowi realizację całości RPZ).

⁶ Rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- 17) Za ewaluację RPZ odpowiedzialne są IZ RPO, co nie oznacza, że nie mogą tego obowiązku przekazać do właściwej/właściwych IP. IZ RPO zapewnia, że ewaluacja nie jest realizowana przez poszczególnych beneficjentów projektów realizujących RPZ, z wyjątkiem sytuacji, w której RPZ realizowany jest przez jednego beneficjenta.
- 18) Za ewaluację programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej opracowanych w ramach PO WER odpowiada IP PO WER.
- 19) Jeżeli ewaluacja ma być finansowana z pomocy technicznej RPO powinna zostać wpisana do Planu Ewaluacji RPO.
- 20) Ewaluacja powinna korzystać z danych zbieranych w trakcie realizacji RPZ (wartości mierników, wskaźników, informacji o ewentualnych problemach) i mieć również wymiar jakościowy, a nie tylko ilościowy.
- 21) Jedna ewaluacja może dotyczyć kilku RPZ.

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 Wytocznych 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.

- 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, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.
- 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.programyздrowotne.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;
- f) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.
- 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 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 szyjki macicy 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 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 kadr POZ (tj. lekarzy POZ oraz osób współpracujących z placówką POZ lub osób pracujących na rzecz placówki POZ) i kadr medycyny pracy;

- c) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji badania w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem;
 - d) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia.
- 6) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów, w tym cytobusa, na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków. IZ RPO w regulaminie konkursu lub SzOOP określa szczegółowe warunki finansowania cytobusa, w tym wymogi dotyczące zapewnienia trwałości rezultatów projektu.
- 7) IZ RPO zapewnia, że ze środków dofinansowania nie może zostać sfinansowany koszt badania cytologicznego uczestnika projektu, którego finansowanie jest zagwarantowane ze środków 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.
- 8) IZ RPO, o ile pozwala na to RPO, może zdecydować o uzupełnieniu działań o dodatkowe usługi zdrowotne, w tym badania w kierunku HPV, które nie są objęte finansowaniem 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, 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 MZ 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 zdrowotne⁷:
 - i. badanie kolonoskopowe w maksymalnej kwocie do 420 zł brutto;
 - ii. koszt znieczulenia w maksymalnej kwocie 239 zł brutto (nie wliczany do maksymalnej kwoty do 420 zł brutto na badanie kolonoskopowe);
 - 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;

⁷ Instytucja Koordynująca Umowę Partnerstwa może określić stawki jednostkowe na usługi zdrowotne, obowiązujące w ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego w PI 8vi i przekazać je do zatwierdzenia przez Komitet Sterujący. Po zatwierdzeniu stawek jednostkowych przez Komitet Sterujący IZ RPO będą miały obowiązek ich stosowania w ramach nowo ogłaszanych naborów.

- c) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej w ramach programu profilaktyki raka jelita grubego dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem;
- d) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia;
- e) zapewnienie opieki osoby trzeciej nad osobą, która poddała się badaniu kolonoskopowemu ze znieczuleniem (po przeprowadzeniu tego badania).

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 umieszczaniu osób niesamodzielnymi w zakładach stacjonarnych, w szczególności na oddziałach szpitalnych;
 - b) realizacja projektów służy rozwojowi różnorodnych zintegrowanych usług, pozwalających wspieranym osobom 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 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 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 DDOM 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 optymalnej 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 DDOM 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);
 - d) 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;
 - e) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.
- 4) IZ może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów w sytuacjach gdy zostanie należycie udowodnione, że będą one wykorzystywane w ramach nowo rozwijanej formy opieki zdeinstytucjonalizowanej. Finansowanie środków trwałych odbywa się na warunkach określonych w Wytycznych 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 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 ze środków EFS dotyczą w szczególności:

- a) wsparcia działalności lub tworzenia nowych DDOM, zgodnie ze standardem DDOM wypracowanym w ramach PO WER i przyjętym w formie uchwały przez Komitet Sterujący⁸ lub innych form opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym osobami starszymi;
 - b) wdrożenia na poziomie lokalnym rozwiązań z zakresu koordynacji realizacji usług medycznych kierowanych do osób niesamodzielnych;
 - c) wsparcia działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych;
 - d) długoterminowej medycznej opieki domowej nad osobą niesamodzielną, w tym 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;

⁸ Zgodnie ze standardem DDOM przyjętym w formie uchwały przez Komitet Sterujący w proponowanych kryteriach wyboru projektów IZ RPO w pierwszej kolejności powinna zobowiązywać projektodawcę do zaangażowania w świadczenie usług lekarza geriatry. Mając jednak na uwadze małą liczbę praktykujących w Polsce lekarzy geriatrów, jeżeli nie ma możliwości zatrudnienia lekarza specjalisty w tej dziedzinie, zgodnie z wymogami określonymi w standardzie DDOM, i zostanie wykonana odpowiednia analiza, potwierdzająca taki fakt, wówczas możliwe jest dopuszczenie świadczenia usług w ramach DDOM przez zespół medyczny, w którym zamiast geriatry mógłby zostać zaangażowany lekarz innej specjalności – z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych.

- 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, skierowane do osób niesamodzielnych, osób z ich otoczenia, opiekunów, osób świadczących usługi z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym w szczególności do lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, rehabilitantów, psychologów;
 - d) zapewnienie transportu osoby niesamodzielnej lub personelu sprawującego opiekę, związane bezpośrednio z usługami zdrowotnymi świadczonymi osobie niesamodzielnej w ramach projektu;
 - e) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.

- 4) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów EFS 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.