**Uchwała Nr 1557 /2016**
**Zarządu Województwa Wielkopolskiego**
**z dnia 29 stycznia 2016 r.**

**w sprawie: przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 dla Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+)**

Na podstawie art. 41 ust.1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r.o samorządzie województwa (j.t. Dz. U z 2015r., poz. 1392), art. 5 ust. 9a oraz art. 14h ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (j.t. Dz. U. z 2014 r., poz. 1649, ze zm.), art. 2 ust. 27 oraz art. 9.ust. 1. pkt. 2. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 -2020 (j.t. Dz.U. z 2014 r., poz. 1146 ze zm.) Zarząd Województwa Wielkopolskiego uchwala, co następuje:

**§ 1**

Przyjmuje się Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 dla Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.

**§ 2**

Przyjęty plan działań, o którym mowa w § 1, stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

**§ 3**

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 dla WRPO 2014+ przyjmuje się celem przedłożenia go do uzgodnienia Komitetowi Sterującemu do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

**§ 4**

Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Wielkopolskiego.

**§ 5**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*z up. Marszałka Województwa*
*Krzysztof Grabowski*
*Wicemarszałek*

**Uzasadnienie do Uchwały Nr 1557 /2016**
**Zarządu Województwa Wielkopolskiego**
**z dnia 29 stycznia 2016 r.**

**w sprawie: przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 dla Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+)**

Warunkiem koniecznym dla podejmowania interwencji w sektorze zdrowia w ramach programów operacyjnych podejmowanych ze środków unijnych na poziomie krajowym i regionalnym, jest ich zgodność z Planem działań, uzgodnionym przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Plan działań w sektorze zdrowia, zgodnie z Umową Partnerstwa jest jednym z narzędzi, jakimi Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia będzie zapewniał koordynację interwencji ze środków UE. Komitet Sterujący, który działa pod przewodnictwem ministra właściwego ds. zdrowia, uzgadnia Plan działań, stanowiący harmonogram działań planowanych do podjęcia w danym roku kalendarzowym oraz zarys planów na całą perspektywę finansową.

Plan jest przygotowywany na dany rok kalendarzowy, rokrocznie z uwzględnieniem danych z poprzednich Planów działań (jeśli już istnieją).

Zgodnie z zapisami §6 ust. 2 regulaminu Komitetu Sterującego, IZ RPO powinna opracować Plan działań w sektorze zdrowia na wezwanie Przewodniczącego Komitetu Sterującego nie później niż do 30 listopada roku poprzedzającego podjęcie planowanych interwencji. Do przekazanego w wyznaczonym terminie projektu Planu działań zostały zgłoszone przez Komitet Sterujący uwagi. Załącznik nr 1 do uchwały zawiera Plan działań w sektorze zdrowia, którego treść została uzupełniona zgodnie z przedstawionymi uwagami.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 dla WRPO 2014+, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały, zostanie przedłożony pod obrady na najbliższym posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

W związku z powyższym podjęcie niniejszej uchwały w obecnej formie przyjmującej przedmiotowy Plan działań w sektorze zdrowia jest w pełni uzasadnione.

*Wojciech Jankowiak*
*Wicemarszałek*

| | |
|---|---|
| Plan działań w sektorze zdrowia na rok | 2016 |
| Regionalny Program Operacyjny/ Program Operacyjny | Województwa Wielkopolskiego |

| | |
|---|---|
| Priorytet Inwestycyjny | **PI 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się** |
| Oś Priorytetowa nr/nazwa | VI. |
| | RYNEK PRACY |
| Działanie nr/nazwa | Działanie 6.6. |
| | Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **#NAZWA?** | | | | | | | |
| 1.a | Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia | Nie dotyczy | | | | | |
| 1 | Tytuł lub zakres projektu | Nie dotyczy | | | | | |
| 2 | Obszar tematyczny | grupy chorób | << wybierz >> | | | | |
| | | poziom opieki zdrowotnej | << wybierz >> | | | | |
| | | | ----- | | | | |
| 3 | Podmiot, który będzie wnioskodawcą/ Typ beneficjenta | | | | | | |
| 4 | Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą | Argumentacja przemawiająca za zasadnością i racjonalnością realizacji przedmiotowego projektu przez dany podmiot leczniczy (przez danego wnioskodawcę) w kontekście poprawy efektywności realizowanych świadczeń medycznych i zaspokojenia potrzeb zdrowotnych regionu. | | | | | |
| 5 | Okres realizacji projektu | od | *miesiąc* | *rok* | do | *miesiąc* | *rok* |
| 6 | Planowany termin złożenia szczegółowej fiszki projektu pod obrady Komitetu Sterującego | | | | *kwartał* | | *rok* |
| 7 | Numer i nazwa narzędzia (zgodnie z Policy Paper) | << wybierz >> | | | | | |
| **Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym** | | | | | | | |
| 8 | Czy typ projektu został przewidziany w PO lub Szczegółowym Opisie PO do realizacji w trybie pozakonkursowym? | << wybierz >> | | | | | |
| 9 | Czy projekt jest wskazany w strategii rozwoju, strategii ZIT lub dokumentach o podobnym charakterze dotyczących innych instrumentów rozwoju terytorialnego, dokumentach implementacyjnych do strategii, programach wieloletnich w rozumieniu art. 136 ustawy o finansach publicznych lub dokumentach wynikających z warunkowości ex-ante ? | << wybierz >> | | | | | |
| | | *Proszę wskazać nazwę i adekwatną część dokumentu.* | | | | | |
| 10 | Czy projekt jest uwzględniony w Kontrakcie Terytorialnym? | *>>>>>>>> wybierz <<<<<<<<<* | | | | | |
| | | *---------- pozostaw pole puste ----------* | | | | | |
| 11 | Czy występuje prawny obowiązek realizacji określonych zadań przez dany podmiot lub grupę podmiotów, wynikający z przepisów prawa lub dokumentów strategicznych, w szczególności występowania monopolu kompetencyjnego? | << wybierz >> | | | | | |
| 12 | Zgodność projektu z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych (jeśli dotyczy) | *>>>>>>>> wybierz <<<<<<<<<* | | | | | |
| | | *Proszę wskazać jaką i krótko opisać w jaki sposób projekt jest zgodny* | | | | | |

| 1.2 Projekty pozakonkursowe, które będą zgłoszone pod obrady Komitetu po przyjęciu map potrzeb zdrowotnych | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia | Tytuł lub zakres projektu | Beneficjent | Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper) | Obszar tematyczny / Mapa potrzeb zdrowotnych, z której wynika potrzeba realizacji projektu |
| Nie dotyczy | Nie dotyczy | Nie dotyczy | | Nie dotyczy |

| 1.3 Projekty pozakonkursowe, których realizacja jest kontynuowana (krótsza karta projektu - będzie używana dopiero w kolejnych latach) | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia | Nr projektu w systemie informatycznym SL2014 | Data akceptacji fiszki projektu przez Komitet Sterujący | Tytuł projektu | Beneficjent | Planowany okres realizacji projektu | Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper) | Kwota planowanych całkowitych wydatków w projekcie (w PLN) | Główne wskaźniki realizowane przez projekt |
| Nie dotyczy | Nie dotyczy | | | | | | | |

| #NAZWA? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Nr konkursu w Planie działań dla obszaru zdrowia : | RPO WWL.6.K.2 | | | |
| 2 | Planowany termin ogłoszenia konkursu: | miesiąc/kwartał | *kwartał 2* | rok | *2016* |
| 3 | Planowany termin rozpoczęcia naboru: | miesiąc/kwartał | *kwartał 2* | rok | *2016* |
| 4 | Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy: | regionalny | | | |
| | | województwo | 30-wielkopolskie | | |
| | | powiat | 30 01-chodzieski, 30 02-czarnkowsko-trzcianecki, 30 03-gnieźnieński, 30 04-gostyński, 30 05-grodziski (wielkopolski), 30 06-jarociński, 30 07-kaliski, 30 61-m. Kalisz, 30 08-kępiński, 30 09-kolski, 30 62-m. Konin, 30 10-koniński, 30 11-kościański, 30 12-krotoszyński, 30 13-leszczyński, 30 63-m. Leszno, 30 14-międzychodzki, 30 15-nowotomyski, 30 16-obornicki, 30 17-ostrowski (wielkopolski), 30 18-ostrzeszowski, 30 19-pilski, 30 20-pleszewski, 30 64-m. Poznań, 30 21-poznański, 30 22-rawicki, 30 23-słupecki, 30 24-szamotulski, 30 25-średzki (wielkopolski), 30 26-śremski, 30 27-turecki, 30 28-wągrowiecki, 30 29-wolsztyński, 30 30-wrzesiński, 30 31-złotowski' | | |
| | | uwagi | | | |
| 5 | Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper) | 2. Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu | | | |
| 6 | Planowana całkowita alokacja w PLN | EFS | | | |
| | | całkowita wartość alokacji ( w PLN ) | 10 595 000,00 | | |
| | | Planowane współfinansowanie UE (w %) | 85% | Współfinansowanie krajowe (w %) | 15% |
| 7 | Potencjalni beneficjenci/ Typy beneficjentów zgodnie z SZOOP: | 16-jednostki organizacyjne JST, 19-organizacje pozarządowe, 20-podmioty ekonomii społecznej | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | inne (wskazać jakie): | Podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia, pracodawcy, instytucje rynku pracy. |
| 8 | Wskaźniki kluczowe (rezultatu i produktu) oraz wskaźniki specyficzne (jeśli dotyczą) osiągnięte dzięki konkursowi | **wskaźnik produktu:**<br>1. Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (osoby): 68800<br>2. Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców (szt.): 6<br>3. Liczba osób objętych programem profilaktycznym wczesnego wykrywania gruźlicy - 1800<br>4. Liczba osób objętych programem profilaktyki onkologicznej w gabinecie stomatologicznym - 10000<br>5. Liczba osób objetych programem wczesnego wykrywania patologii w zakresie górnych dróg oddechowych - 3000<br>6. Liczba osób objetych programem profilaktycznym wczesnegowykrywania raka płuc - 9000<br>7. Liczba osób objętych programem profilaktycznym schorzeń układu oddechowego - 30000<br>8. Liczba osób objętych programem profilaktyki nowotworów głowy i szyi - 12000<br>**wskaźnik rezultatu bezpośredniego:**<br>1. Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły sie na badania profilaktyczne (osoby): 60% | |
| 9 | Uzasadnienie potrzeby interwencji środkami EFSI w trybie konkursowym (w danym obszarze tematycznym): | **1. Gruźlica** to ciągle niebezpieczna dla zdrowia jednostki i społeczeństwa choroba zakaźna. Ok. 30% osób mających bliski kontakt z osobą prątkującą ulega zakażeniu. Jedna osoba prątkująca zakaża średnio 10 osób ze swojego otoczenia. Obecnie przy braku w pełni skutecznej szczepionki przeciw gruźlicy coraz większą wagę przywiązuje się do działań profilaktycznych mających na celu przerwanie łańcucha epidemicznego. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w 2013 roku wyniosła 18,8 (na 100 tys. ludności), a w Wlkp. 9,9. Umieralność z powodu gruźlicy w uprzemysłowionych krajach UE jest niższa niż 1 na 100 000; w Polsce nadal wyższa-1,7. Mimo iż, woj. wWlkp. notuje jedne z niższych wskaźników występowania tej choroby w skali kraju, nadal ten problem istnienie i stanowi zagrożenie ze względu na sposób szerzenia się, szczególnie w dużych skupiskach ludzkich, tzw. ogniskach choroby. W tym przypadku szybkie wykrycie gwarantuje przerwanie łańcucha zakaźnego i równie szybką terapię, co jest celem programu.<br>**2. Nowotwory złośliwe jamy ustnej i wargi** stanowią około 4% zachorowań u mężczyzn i 1% u kobiet. Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych wargi, jamy ustnej i gardła (89,5% zgonów u m. i 92% zachorowań u k.) występuje po 50 r. życia, jednak niepokojący jest fakt, że zachorowania na nowotwory jamy ustnej, które wcześniej obserwowano u osób około 5 i 6 dekady życia, obecnie z coraz większym nasileniem dotyczą ludzi młodych. Czynnikiem potencjalnego ryzyka w tej grupie jest mi.in infekcja wirusem HPV, zła higiena jamy ustnej, drażniące brzegi protez zębowych i ubytków próchnicowych zębów, późno rozpoznawane stany przedrakowe oraz czynniki genetyczne. Są to nowotwory, które ze względu na swoje umiejscowienie, rozwijają się skrycie i wywołują objawy niecharakterystyczne. Niespecyficzne objawy oraz długi i skryty przebieg procesu nowotworowego w obrębie jamy ustnej sprawia, że wskaźniki rozpoznawalności są bardzo niskie, a to z kolei prowadzi do rozprzestrzeniania się i zaawansowania zmian nowotworowych, których leczenie jest wielospecjalistyczne, skomplikowane i często zakończone niepowodzeniem. Zgony pacjentów z powodu nowotworów stanowią problem społeczny, szczególnie gdy dotyczą osób umierających na nowotwór, który miał duże szanse wczesnego wykrycia i wyleczenia. Ogromne znaczenie ma też problem psychicznego kalectwa chorego z zaawansowanym procesem nowotworowym, którego terapia wiąże się z pooperacyjnymi deformacjami twarzy, niejednokrotnie trwale oszpecającymi i uniemożliwiającymi komunikację społeczną, stanowiąc przyczynę odizolowania pacjenta, która w jego ocenie niweluje wartość uratowanego życia. Głównym sposobem wykrywania potencjalnie złośliwych zmian w jamie ustnej jest badanie w gabinecie stomatologicznym, a skuteczność tego badania/czułość i swoistość określana jest na około 95%. Analiza wskaźników zachorowalności na nowotwory jamy ustnej wskazuje w ostatnich latach ich wzrost. W 2010r. w Wlkp. częstość zachorowań na nowotwory wargi, jamy ustnej i gardła była u mężczyzn 1,4 razy wyższa niż śr. dla | |
| 10 | Typ/typy projektów (operacji) przewidziane do realizacji w ramach konkursu | 1.Programy profilaktyki zdrowotnej (pierwotnej i wtórnej) służące wspieraniu aktywności zawodowej, w zakresie chorób: układu krążenia, nowotworowych, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego, psychicznych oraz wynikające ze specyficznych uwarunkowań regionalnych w tym wykraczające poza finansowanie w ramach systemu powszechnych świadczeń zdrowotnych. Programy powinny zawsze obejmować podstawowy poziom opieki –lekarzy i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej: *1.Program profilaktyczny wczesnego wykrywania gruźlicy;*<br>*2. Profilaktyka onkologiczna w gabinecie stomatologicznym; 3.Skryning uczulony dotyczący patologii w zakresie górnych dróg oddechowych w populacji mieszkańców wsi i małych miast Wielkopolski;*<br>*4. Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka płuc; 5. Program profilaktyczny schorzeń układu oddechowego dla mieszkańców gmin województw wielkopolskiego; 6. Program profilaktyki nowotworów głowy i szyi* | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 1. Projekt jest zgodny z programem polityki zdrowotnej załączonym do regulaminu konkursu (kryterium dostępu) | |
| | | 2. Świadczenia w ramach programów polityki zdrowotnej będą realizowane z pełnym poszanowaniem istniejących ram prawnych i ochrony praw pacjenta (kryterium dostępu) | |
| | | 3. Programy polityki zdrowotnej powinny zawsze obejmować podstawowy poziom opieki – lekarzy i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i/lub realizacja projektu odbywa się w partnerstwie z co najmniej jedną placówką POZ (kryterium dostępu) | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Rekomendacje Komitetu Sterującego dot. kryteriów wyboru projektów | 4. Projektodawca zapewnia wykonanie założeń programu również w miejscu zamieszkania pacjenta i/lub zapewnia dojazd do miejsca świadczenia usługi (kryterium premiujące) | | | |
| | | 5. Okres realizacji projektu nie przekracza 36 miesięcy (kryterium dostępu) | | | |
| | | 6. Premiowane będą projekty, w których udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane jest ze środków publicznych w zakresie lub w związku z zakresem objętym wsparciem (kryterium premiujące). | | | |
| | | 7. Premiowane będą projekty, w których uczestnikom zapewnione zostanie wsparcie w postaci opieki nad osobą zależną (jeśli sprawowanie opieki nad osobą zależną stanowi barierę w uczestnictwie w projekcie (kryterium premiujące) | | | |
| | | 8. Premiowane będą projekty, których Wnioskodawca lub partner posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie w obszarze, w którym realizowany jest program polityki zdrowotnej (kryterium premiujące) | | | |
| | | 9. Premiowane będę projekty pozytywnie wpływające na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (kryterium premiujące). | | | |
| | | 10. Premiowane będą projekty, które zakładają realizację wsparcia również w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w sobotę lub w niedzielę (kryterium premiujące) | | | |
| | | 11. Premiowane będą projekty, które sa komplementarne z innymi projektami finansowanymi ze środków UE (również realizowanymi we wcześniejszych okresach programowania), ze śordków krajowych lub innych źródeł (kryterium premiujące) | | | |
| | | 12. Premiowane będą projekty przewidujące działania konsolidacyjne lub inne formy współpracy podmiotów leczniczych (kryterium premiujące). | | | |
| | | 13. Projekty ukierunkowane są na grupy docelowe najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych (kryterium dostępu) | | | |
| | | 14. Premiowane będą projekty Wnioskodawców, którzy posiadają własne zaplecze i zasoby do wykonywania badań dalszej pogłębionej diagnostyki oraz konsultacji medycznej, jeżeli byłaby konieczna (kryterium premiujące). | | | |
| | | 15. Premiowane będą projekty, których realizatorem jest podmiot, który uczestniczył w przygotowaniu programu polityki zdrowotnej, na podstawie którego ma być realizowany projekt (kryterium premiujące) | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| **#NAZWA?** | | | | | |
| 1 | Nr konkursu w Planie działań dla obszaru zdrowia : | RPO WWL.6.K.3 | | | |
| 2 | Planowany termin ogłoszenia konkursu: | miesiąc/kwartał | *kwartał 2* | rok | *2016* |
| 3 | Planowany termin rozpoczęcia naboru: | miesiąc/kwartał | *kwartał 2* | rok | *2016* |
| 4 | Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy: | regionalny | | | |
| | | województwo | 30-wielkopolskie | | |
| | | powiat | 30 01-chodzieski, 30 02-czarnkowsko-trzcianecki, 30 03-gnieźnieński, 30 04-gostyński, 30 05-grodziski (wielkopolski), 30 06-jarociński, 30 07-kaliski, 30 61-m. Kalisz, 30 08-kępiński, 30 09-kolski, 30 62-m. Konin, 30 10-koniński, 30 11-kościański, 30 12-krotoszyński, 30 13-leszczyński, 30 63-m. Leszno, 30 14-międzychodzki, 30 15-nowotomyski, 30 16-obornicki, 30 17-ostrowski (wielkopolski), 30 18-ostrzeszowski, 30 19-pilski, 30 20-pleszewski, 30 64-m. Poznań, 30 21-poznański, 30 22-rawicki, 30 23-słupecki, 30 24-szamotulski, 30 25-średzki (wielkopolski), 30 26-śremski, 30 27-turecki, 30 28-wągrowiecki, 30 29-wolsztyński, 30 30-wrzesiński, 30 31-złotowski' | | |
| | | uwagi | | | |
| 5 | Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper) | 3. Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy | | | |
| 6 | Planowana całkowita alokacja w PLN | EFS | | | |
| | | całkowita wartość alokacji ( w PLN ) | 260 000,00 | | |
| | | Planowane współfinansowanie UE (w %) | 85% | Współfinansowanie krajowe (w %) | 15% |
| 7 | Potencjalni beneficjenci/ Typy beneficjentów zgodnie z SZOOP: | 16-jednostki organizacyjne JST, 19-organizacje pozarządowe, 20-podmioty ekonomii społecznej | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | inne (wskazać jakie): | Podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia, pracodawcy, instytucje rynku pracy. |
| 8 | Wskaźniki kluczowe (rezultatu i produktu) oraz wskaźniki specyficzne (jeśli dotyczą) osiągnięte dzięki konkursowi | 1. Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (osoby): 186<br>2. Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców (szt.): 1<br>**wskaźnik rezultatu bezpośredniego:**<br>1. Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły sie na badania profilaktyczne (osoby): 60% | |
| 9 | Uzasadnienie potrzeby interwencji środkami EFSI w trybie konkursowym (w danym obszarze tematycznym): | Według danych WHO na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania obecnie cierpi ok. 450 mln ludzi na świecie, co stanowi 7,03% ludności świata, każdego roku blisko 1 mln popełniło samobójstwo (0,015% ludności świata), a 25 mln (0,39%) cierpi na schizofrenię z czego ponad połowa nie otrzymuje odpowiedniej opieki, ok. 25 mln choruje na epilepsję, a więcej niż 90 mln (1,4%) cierpi z powodu uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Ponadto w jednej na cztery rodzinie występuje przynajmniej jedna osoba z zaburzeniami psychicznymi. Około 340 mln ludzi cierpi na depresję, a zaledwie 30% z nich objętych jest odpowiednią opieką. Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym także związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych - alkoholu, narkotyków i leków. Z dostępnych danych wynika, że od wielu lat zwiększa się liczba os. leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. W ciągu 15 l. (od 1990 do 2004r.) wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 131% (z 1629 do 3763 na 100 tys. ludności), a wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji o 45% (z 362 do 526 na 100 tys. ludności). Przy czym bardziej niż wskaźniki rozpowszechnienia rosną wskaźniki zapadalności (tzn. zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia w danym roku).<br>Na podstawie danych pochodzących ze sprawozdań statystyki medycznej MZ wynika, że w Wlkp. liczba poradni zdrowia psychicznego i uzależnień wynosiła 119, a liczba udzielonych porad ogółem wynosiła 513 090, w tym poradni zdrowia psychicznego było 79, w których udzielono 399 220 porad, poradni uzależnień było 36, które udzieliły 112 150 porad. W 4 poradniach psycholog. zostało udzielonych 1720 porad. Wśród wszystkich porad specjalistycznych udzielonych mieszkańcom woj., porady z zakresu zdrowia psychicznego stanowią zaledwie 5% tzn., że na jednego mieszkańca liczba udzielonych w ostatnich trzech latach porad wynosi 11. Struktura porad udzielonych w poradniach zdrowia psychicznego dla dorosłych, według rozpoznania zasadniczego, w roku 2009 wskazuje, że największa ich liczba dotyczy zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych - 32 192, następnie organicznych zaburzeń psychotycznych – 9 665 oraz depresji nawracających i zaburzeń dwubiegunowych – 9 541 | |
| 10 | Typ/typy projektów (operacji) przewidziane do realizacji w ramach konkursu | Programy rehabilitacji zdrowotnej ułatwiające powrót na rynek pracy - *Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów* | |
| | | | |
| | | | |
| 11 | Rekomendacje Komitetu Sterującego dot. kryteriów wyboru projektów | 1. Projekt jest zgodny z programem polityki zdrowotnej załączonym do regulaminu konkursu (kryterium dostępu) | |
| | | 2. Świadczenia w ramach programów polityki zdrowotnej będą realizowane z pełnym poszanowaniem istniejących ram prawnych i ochrony praw pacjenta (kryterium dostępu) | |
| | | 3. Programy polityki zdrowotnej powinny zawsze obejmować podstawowy poziom opieki – lekarzy i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i/lub realizacja projektu odbywa się w partnerstwie z co najmniej jedną placówką POZ (kryterium dostępu) | |
| | | 4. Projektodawca zapewnia wykonanie założeń programu również w miejscu zamieszkania pacjenta i/lub zapewnia dojazd do miejsca świadczenia usługi (kryterium premiujące) | |
| | | 5. Okres realizacji projektu nie przekracza 36 miesięcy (kryterium dostępu) | |
| | | 6. Premiowane będą projekty, w których udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane jest ze środków publicznych w zakresie lub w związku z zakresem objętym wsparciem (kryterium premiujące). | |
| | | 7. Premiowane będą projekty, w których uczestnikom zapewnione zostanie wsparcie w postaci opieki nad osobą zależną (jeśli sprawowanie opieki nad osobą zależną stanowi barierę w uczestnictwie w projekcie (kryterium premiujące) | |
| | | 8. Premiowane będą projekty, których Wnioskodawca lub partner posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie w obszarze, w którym realizowany jest program polityki zdrowotnej (kryterium premiujące) | |
| | | 9. Premiowane będę projekty pozytywnie wpływające na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (kryterium premiujące). | |
| | | 10. Premiowane będą projekty, które zakładają realizację wsparcia również w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w sobotę lub w niedzielę (kryterium premiujące) | |
| | | 11. Premiowane będą projekty, które sa komplementarne z innymi projektami finansowanymi ze środków UE (również realizowanymi we wcześniejszych okresach programowania), ze śordków krajowych lub innych źródeł. | |
| | | 12. Premiowane będą projekty przewidujące działania konsolidacyjne lub inne formy współpracy podmiotów leczniczych (kryterium premiujące). | |
| | | 13. Projekty ukierunkowane są na grupy docelowe najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbliższe powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych (kryterium dostępu) | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 14. Premiowane będą projekty Wnioskodawców, którzy posiadają własne zaplecze i zasoby do wykonywania badań dalszej pogłębionej diagnostyki oraz konsultacji medycznej, jeżeli byłaby konieczna (kryterium premiujące). | | | |
| | | 15. Premiowane będą projekty wspierające przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS, jak również wspierające rozwój opieki koordynowanej, z uwzględnieniem środowiskowych form opieki (kryterium premiujące). | | | |
| | | 16. Premiowane będą projekty, których realizatorem jest podmiot, który uczestniczył w przygotowaniu programu polityki zdrowotnej, na podstawie którego ma być realizowany projekt (kryterium premiujące) | | | |
| **#NAZWA?** | | | | | |
| 1 | Nr konkursu w Planie działań dla obszaru zdrowia : | RPO WWL.6.K.4 | | | |
| 2 | Planowany termin ogłoszenia konkursu: | miesiąc/kwartał | *kwartał 2* | rok | *2016* |
| 3 | Planowany termin rozpoczęcia naboru: | miesiąc/kwartał | *kwartał 2* | rok | *2016* |
| 4 | Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy: | regionalny | | | |
| | | województwo | 30-wielkopolskie | | |
| | | powiat | 30 01-chodzieski, 30 02-czarnkowsko-trzcianecki, 30 03-gnieźnieński, 30 04-gostyński, 30 05-grodziski (wielkopolski), 30 06-jarociński, 30 07-kaliski, 30 61-m. Kalisz, 30 08-kępiński, 30 09-kolski, 30 62-m. Konin, 30 10-koniński, 30 11-kościański, 30 12-krotoszyński, 30 13-leszczyński, 30 63-m. Leszno, 30 14-międzychodzki, 30 15-nowotomyski, 30 16-obornicki, 30 17-ostrowski (wielkopolski), 30 18-ostrzeszowski, 30 19-pilski, 30 20-pleszewski, 30 64-m. Poznań, 30 21-poznański, 30 22-rawicki, 30 23-słupecki, 30 24-szamotulski, 30 25-średzki (wielkopolski), 30 26-śremski, 30 27-turecki, 30 28-wągrowiecki, 30 29-wolsztyński, 30 30-wrzesiński, 30 31-złotowski' | | |
| | | uwagi | | | |
| 5 | Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper) | 5. Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi | | | |
| 6 | Planowana całkowita alokacja w PLN | EFS | | | |
| | | całkowita wartość alokacji ( w PLN ) | 2 375 000,00 | | |
| | | Planowane współfinansowanie UE (w %) | 85% | Współfinansowanie krajowe (w %) | 15% |
| 7 | Potencjalni beneficjenci/ Typy beneficjentów zgodnie z SZOOP: | 16-jednostki organizacyjne JST, 19-organizacje pozarządowe, 20-podmioty ekonomii społecznej | | | |
| | | inne (wskazać jakie): | Podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia, pracodawcy, instytucje rynku pracy. | | |
| 8 | Wskaźniki kluczowe (rezultatu i produktu) oraz wskaźniki specyficzne (jeśli dotyczą) osiągnięte dzięki konkursowi | **wskaźnik produktu:**<br>Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (osoby): 14 250<br><br>**wskaźnik rezultatu bezpośredniego:**<br>Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne (osoby): 60% | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 9 | Uzasadnienie potrzeby interwencji środkami EFSI w trybie konkursowym (w danym obszarze tematycznym): | Nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy, czyli dolnego odcinka przewodu pokarmowego, plasują się na 2 miejscu wśród wszystkich nowotworów rozpoznawanych w dorosłej populacji mieszkańców Wlkp. Analiza wskaźników zachorowalności w l. 1985 – 2010 wskazuje na system. wzrost zgłoszonych rozpoznań dla obu płci. Od 2001r można zauważyć stabilizację dynamiki wzrostu umieralności u obu płci. Na tej podstawie można pokusić się o wstępną obserwację mówiącą o rozpoznawaniu w tym okresie nowotworów jelita grubego przy niższym ich zaawansowaniu, w tym również w okresie przedklinicznego rozwoju. Prognozy epidemiologiczne na 2018r. przewidują wzrost liczby zachorowań do poziomu 1025-1294 nowych przypadków wśród męż. oraz 637–868 wśród kobiet. W ramach programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego zaleca się wykonanie badań u osób w wieku 50-65 l., niezależnie od wywiadu rodzinnego, osób w wieku 40-65 l., które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego, osób w wieku 25-65 lat z rodziny HNPCC (rodzinnego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowatością). UE rekomenduje test wykrywający obecność krwi utajonej w kale (FOBT) dla mężczyzn i kobiet w wieku od 50 do 74 l. jako test skryningowy w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego i odbytnicy. Skala problemu zdrowotnego w pełni uzasadnia prowadzenie badań przesiewowych w tym kierunku w populacji mieszkańców Wlkp. |
| 10 | Typ/typy projektów (operacji) przewidziane do realizacji w ramach konkursu | Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego (m.in. poprawa efektywności programów przesiewowych, działania informacyjne). Programy powinny zawsze obejmować podstawowy poziom opieki – lekarzy i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. *Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego w województwie wielkopolskim* |
| | | |
| | | |
| | | |
| 11 | Rekomendacje Komitetu Sterującego dot. kryteriów wyboru projektów | 1. Projekt jest zgodny z programem polityki zdrowotnej załączonym do regulaminu konkursu (kryterium dostępu) |
| | | 2. W przypadku realizacji działań w projekcie przez podmioty posiadające umowę z Ministerstwem Zdrowia na realizację badań kolonoskopowych w ramach *Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania jelita grubego* środki EFS służą realizacji dodatkowych badań diagnostycznych przeprowadzanych przez ten podmiot (kryterium dostępu). |
| | | 3. Świadczenia w ramach programów polityki zdrowotnej będą realizowane z pełnym poszanowaniem istniejących ram prawnych i ochrony praw pacjenta (kryterium dostępu) |
| | | 4. Programy polityki zdrowotnej powinny zawsze obejmować podstawowy poziom opieki – lekarzy i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i/lub realizacja projektu odbywa się w partnerstwie z co najmniej jedną placówką POZ (kryterium dostępu) |
| | | 5. Projektodawca zapewnia wykonanie założeń programu również w miejscu zamieszkania pacjenta i/lub zapewnia dojazd do miejsca świadczenia usługi (kryterium premiujące) |
| | | 6. Okres realizacji projektu nie przekracza 36 miesięcy (kryterium dostępu) |
| | | 7. Premiowane będą projekty, w których udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane jest ze środków publicznych w zakresie lub w związku z zakresem objętym wsparciem (kryterium premiujące). |
| | | 8. Premiowane będą projekty, w których uczestnikom zapewnione zostanie wsparcie w postaci opieki nad osobą zależną (jeśli sprawowanie opieki nad osobą zależną stanowi barierę w uczestnictwie w projekcie (kryterium premiujące) |
| | | 9. Premiowane będą projekty, których Wnioskodawca posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w obszarze, w którym realizowany jest program polityki zdrowotnej (kryterium premiujące) |
| | | 10. Premiowane będę projekty pozytywnie wpływające na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (kryterium premiujące). |
| | | 11. Premiowane będą projekty, które zakładają realizację wsparcia również w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w sobotę lub w niedzielę (kryterium premiujące) |
| | | 12. Premiowane będą projekty, które sa komplementarne z innymi projektami finansowanymi ze środków UE (również realizowanymi we wcześniejszych okresach programowania), ze śordków krajowych lub innych źródeł (kryterium premiujące) |
| | | 13. Premiowane będą projekty przewidujące działania konsolidacyjne lub inne formy współpracy podmiotów leczniczych (kryterium premiujące). |
| | | 14. Projekty ukierunkowane są na grupy docelowe najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych (kryterium dostępu) |
| | | 15. Premiowane będą projekty Wnioskodawców, którzy posiadają własne zaplecze i zasoby do wykonywania badań dalszej pogłębionej diagnostyki oraz konsultacji medycznej, jeżeli byłaby konieczna (kryterium premiujące). |
| | | 16. Premiowane będą projekty, których Wnioskodawca deklaruje dotychczasową współpracę w obszarze profilaktyki zdrowotnej na obszarze co najmniej 70% gmin województwa wielkopolskiego. (kryterium premiujące) |
| | | 17. Projekt jest realizowany na obszarze całego województwa (kryterium dostępu) |

**2.2 Konkursy, które będą uzgodnione w kolejnych Planach Działań**

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Nr | Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia | Planowany termin ogłoszenia konkursu: | Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy (ogólnopolski/ regionalny). | Numer narzędzia (zgodnie z *Policy Paper*) | Planowana całkowita alokacja w PLN (w nawiasie należy wskazać nazwę funduszu) | Typ/typy projektów (operacji) przewidziane do realizacji w ramach konkursu | Główne wskaźniki, które będą realizowane dzięki konkursowi wraz z wartościami docelowymi | Mapa potrzeb zdrowotnych, z której wynika potrzeba realizacji konkursu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | RPO WWL.6.K.5 | 2017r. I kwartał | regionalny | 2. Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu | (EFS) 1530000,00 | 1. Program prewencji niewydolności serca u pacjentów onkologicznych; | **wskaźnik produktu:** Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (osoby): 2000<br><br>**wskaźnik rezultatu bezpośredniego:** Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców (szt.): 1 | Nie dotyczy |

| **2.3 Konkursy, które zostały już ogłoszone (krótsza karta - będzie używana dopiero w kolejnych latach)** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Nr | Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia | Nr konkursu w systemie informatycznym | Termin ogłoszenia i trwania naboru wniosków w ramach konkursu: | Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy (ogólnopolski regionalny) | Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper) | Alokacja w PLN | Typ/typy projektów (operacji) przewidziane do realizacji w ramach konkursu | Główne wskaźniki, które są realizowane dzięki konkursowi |
| 1 | RPO WWL.6.K.1 | RPWP.06.06.01–IZ-00-30-001/16 | ogłoszenie 23.12.2015r; nabór 01.02.2016r-12.02.2016r | regionalny | 5. Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi | 5337749 (EFS) | | 1. Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS - 9684<br>2. Liczba osób, które dzieki interwencji EFS zgłosiły się na badania profilaktyczne - 60% |

**Fiszka dot. założeń merytorycznych programu zdrowotnego/programu polityki zdrowotnej planowanego do finansowania ze środków EFS na lata 2014-2020**

| | |
|---|---|
| **Tytuł programu** | Max. 150 znaków[1]<br><br>„Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów” |
| **Instytucja przedkładająca fiszkę programu** | ~~Ministerstwo Zdrowia~~ /Instytucja Zarządzająca RPO na lata 2014-2020 w Województwie Wielkopolskim [2] |
| | Adres:al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań |
| | Osoba do kontaktu: Alicja Łopatka<br><br>Tel.: 61 6267305<br><br>e-mail: alicja.lopatka@umww.pl |
| **Budżet programu (alokacja)** | 220.000 zł |
| **Priorytet Inwestycyjny** | 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się |
| **Numer i nazwa narzędzia – zgodnie z *„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”*** | Narzędzie 3 „Wdrożenie rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy” |
| **Tryb realizacji** | Konkursowy/~~pozakonkursowy~~[3] (w przypadku trybu pozakonkursowego należy przedstawić uzasadnienie - max. 2.000 znaków) |
| **Typ beneficjenta (potencjalni wnioskodawcy)** | Max. 400 znaków<br><br>Pracodawcy, instytucje rynku pracy, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi |

[1] Znaki ze spacjami.
[2] Niepotrzebne skreślić i uzupełnić jeśli dotyczy.
[3] Niepotrzebne skreślić.

| | |
|---|---|
| | medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia. |
| **Uzasadnienie realizacji programu** | Max. 4.000 znaków<br><br>Zdrowie psychiczne jest obecnie jednym z ważniejszych aspektów zdrowia w pojęciu ogólnym, jest wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz samorządów terytorialnych. Przez wiele lat temat osób cierpiących z powodu niedostatku zdrowia psychicznego był marginalizowany i stanowił społeczne tabu. Jednakże w obliczu rosnącej zapadalności na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, należy walczyć o zasadniczą zmianę podejścia do tego zagadnienia i związanych z nim problemów społecznych.<br>Choroba psychiczna jest zaburzeniem powodującym zagrożenie ograniczenia lub zniesienia równowagi pozwalającej na prawidłowe funkcjonowanie życiowe i zaspokajanie potrzeb człowieka. Choroba psychiczna najczęściej dotyka ludzi młodych, w pełni sił życiowych i zawsze łączy się z cierpieniem.<br>Schizofrenia to zaburzenie psychiczne występujące u około 1 % populacji.<br>Polityka ochrony zdrowia psychicznego powinna uwzględniać następujące działania:<br>– rozwijanie świadomości znaczenia dobrego samopoczucia psychicznego dla funkcjonowania społeczeństwa,<br>– przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby chore psychicznie i ich rodziny,<br>– opracowanie i wdrożenie systemów ochrony zdrowia psychicznego, które uwzględniają promocję, profilaktykę, leczenie i rehabilitację,<br>– zapewnienie kształcenia kadr o odpowiednich kompetencjach,<br>– wykorzystanie do realizacji tych zadań doświadczeń i wiedzy osób doświadczających zaburzeń psychicznych i ich opiekunów.<br>Schizofrenia jest chorobą obejmującą liczne objawy, które można powiązać w kilka grup:<br>– objawy wytwórcze - to zaburzenia spostrzegania (omamy) i rozumienia (urojenia);<br>– objawy negatywne - ograniczenie zakresu i różnorodności czynności psychicznych (stąd izolacja, apatia, brak inicjatywy itd.);<br>– objawy dezorganizacji - to niespójność i niedostosowanie czynności psychicznych;<br>– objawy afektywne - najczęściej depresyjne.<br>Nie możemy pacjenta zapewnić, że ostre objawy chorobowe już nigdy nie wrócą, ale terapia i współpraca z pacjentem znacznie zmniejsza ryzyko nawrotu.<br>Przebieg choroby ma charakter nawracający, ale bardzo wiele zależy od samego chorego.<br>Prawidłowe, nowoczesne leczenie schizofrenii jest ukierunkowane.<br>– Po pierwsze to: indywidualnie dobrana farmakoterapia - przyjmowanie leków ściśle według zaleceń lekarza i przewlekle. Dzisiejsza wiedza medyczna potwierdza fakt, że najważniejszym czynnikiem zapobiegającym nawrotom schizofrenii jest przewlekłe przyjmowanie neuroleptyków.<br>– Jednocześnie obok farmakoterapii ważna jest psychoterapia, zależnie od potrzeb - indywidualna lub grupowa.<br>– Edukacja - bardzo ważny dział pracy z pacjentem. Aby stać się |

| | |
|---|---|
| | partnerem w leczeniu trzeba mieć wiedzę na temat choroby, leczenia, zrozumieć i rozpoznać objawy choroby.<br>– Socjoterapia i aktywizacja - Pomoc pacjentowi w powrocie do środowiska naturalnego i prawidłowego funkcjonowania w domu, w pracy, na uczelni itd. |
| **Cel programu** | Max. 200 znaków<br>Poprawa funkcjonowania w rodzinie i poza środowiskiem rodzinnym osób chorych na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi oraz inne schorzenia układu nerwowego |
| **Cele szczegółowe** | Max. 1.000 znaków<br>● poprawa ogólnego stanu i zachowanie sprawności<br>● wyrównywanie braków i dysfunkcji powstałych w wyniku choroby i przeciwdziałanie ich utrwalaniu<br>● nauczanie radzenia sobie w kontaktach z instytucjami, pracodawcami i wzmocnienie kompetencji społecznej pacjentów<br>● aktywizacja na poziomie emocjonalnym, społecznym i fizycznym<br>● rozwijanie umiejętności twórczych<br>● aktywne wykorzystanie czasu wolnego |
| **Grupa docelowa** | Max. 500 znaków<br>Chorzy na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi oraz inne schorzenia układu nerwowego. Do programu włączone zostaną osoby dla których niewystarczające jest leczenie ambulatoryjne. Program stanowi kontynuację terapii osób wypisanych z oddziałów całodobowych i dziennych, w których limitowane są pobyty chorych. |
| **Ogólny opis schematu programu wraz z opisem planowanych działań** | Max. 5.000 znaków<br>Program będzie promowany w mediach, środowisku lekarzy i terapeutów. Uczestnicy będą kwalifikowani do programu na podstawie rozpoznania choroby oraz złożenia deklaracji uczestnictwa.<br>Zajęcia, odbywające się w trybie dziennym będą obejmować:<br>● psychoedukację mającą na celu<br>- Rozpowszechnianie wiedzy na temat chorób psychicznych : objawów modeli rozwoju, farmakologicznych i poza farmakologicznych metod leczenia<br>- Zmianę postaw i zachowań chorego w czasie trwania choroby<br>- Rozwijanie umiejętności radzenia sobie z objawami chorobowymi oraz obciążeniami mogącymi mieć wpływ na przebieg choroby<br>- Zmniejszenie lęku i izolacji związanej z doświadczeniami objawami<br>● terapia grupowa<br>- Rozpoznanie zasobów poszczególnych pacjentów<br>- Rozpoznanie obszarów problemowych poszczególnych pacjentów<br>- Uzyskanie wsparcia ze strony grupy<br>- Wymiana doświadczeń i własnych metod radzenia sobie w sytuacjach trudnych<br>- Interwencje skierowane na konkretne obszary objawowe: lęki, |

| | |
|---|---|
| | obniżony nastrój, automatyzmy myślowe, unikanie, błędne koła myślowe, konflikty interpersonalne, nieadekwatne i nieskuteczne modele zachowań<br>● terapię zajęciową<br>- Zajęcia terapii zajęciowej mają na celu usprawnienie fizyczne, usprawnienie psychiczne, usprawnienie społeczne w tym wskazanie wytycznych, co do wyboru zawodu. Pomoc człowiekowi przewlekle choremu w osiągnięciu i utrzymaniu niezależności<br>-Podniesienie własnej samooceny<br>- Rozwijanie umiejętności twórczych i kontakt z kulturą<br>-Wyrobienie nawyków celowej aktywności<br>-Tworzenie atmosfery sprzyjającej pokonywaniu stresu i własnych zahamowań poprzez swobodną wypowiedź artystyczną<br>-Utrzymywanie stosunków interpersonalnych<br>-Zapobieganie alienacji osobistej i społecznej<br>-Kształtowanie możliwości i samoakceptacji u pacjentów oddziału poprzez realizowanie się w działaniach artystycznych<br>-Wspomaganie rozwoju i samorealizacji, posiadania odległych celów, braku stagnacji, wykorzystywania swoich umiejętności i ich rozwoju<br>-Rozwój umiejętności wyrażania siebie w kontaktach z innymi oraz poszanowania różnych przejawów ekspresji, innych ludzi<br>-Aktywizacja, przeciwdziałanie i zapobieganie skutkom ograniczenia aktywności, która towarzyszy każdej chorobie i przywrócenie zdolności do aktywnego i dającego zadowolenie życia<br>- Wzmacnianie mechanizmów społecznego uczenia się i funkcjonowania w grupie<br>● socjoterapię<br>● interwencje socjalne również w środowisku pacjenta |
| **Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** | Max. 3.000 znaków<br><br>Program zapewni większą liczbę interwencji, które realizowane są w ramach świadczeń z zakresu ambulatoryjnej i dziennej psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych finansowanych przez NFZ, przez co wzrośnie ich skuteczność. |
| **Komplementarność programu z innymi działaniami podejmowanymi przez instytucję przedkładającą wniosek** | Max. 1.000 znaków<br><br>Samorząd województwa prowadzi programy polityki zdrowotnej dot. najważniejszych problemów zdrowotnych w regionie, w tym zdrowia psychicznego. Planuje się dalszą realizację programów polityki zdrowotnej opartych na podobnych założeniach w oparciu o środki unijne |
| **Uwagi:** | Max. 1.000 znaków |

**Fiszka dot. założeń merytorycznych programu zdrowotnego/programu polityki zdrowotnej planowanego do finansowania ze środków EFS na lata 2014-2020**

| | |
|---|---|
| **Tytuł programu** | Max. 150 znaków[1]<br><br>„PROGRAM PROFILAKTYCZNY WCZESNEGO WYKRYWANIA GRUŹLICY” |
| **Instytucja przedkładająca fiszkę programu** | ~~Ministerstwo Zdrowia~~ /Instytucja Zarządzająca RPO na lata 2014-2020 w Województwie Wielkopolskim[2] |
| | Adres: al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań |
| | Osoba do kontaktu: Alicja Łopatka<br><br>Tel.: 61 626 73 05<br><br>e-mail: alicja.lopatka@umww.pl |
| **Budżet programu (alokacja)** | 510.000 zł |
| **Priorytet Inwestycyjny** | 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się |
| **Numer i nazwa narzędzia – zgodnie z *„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”*** | Narzędzie 2 „Wdrożenie programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu” |
| **Tryb realizacji** | Konkursowy/~~pozakonkursowy~~[3] (w przypadku trybu pozakonkursowego należy przedstawić uzasadnienie - max. 2.000 znaków) |
| **Typ beneficjenta (potencjalni wnioskodawcy)** | Max. 400 znaków<br><br>Pracodawcy, instytucje rynku pracy, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia. |

[1] Znaki ze spacjami.
[2] Niepotrzebne skreślić i uzupełnić jeśli dotyczy.
[3] Niepotrzebne skreślić.

| | |
|---|---|
| **Uzasadnienie realizacji programu** | Max. 4.000 znaków<br><br>Gruźlica to ciągle niebezpieczna dla zdrowia jednostki i społeczeństwa choroba zakaźna. Jakkolwiek od wielu dekad znane są skuteczne sposoby jej leczenia, to jednak nie można bagatelizować zagrożenia jakie niesie ze sobą. Ocenia się, że 30% osób, które miały bliski kontakt z osobą prątkującą ulega zakażeniu. Jedna osoba prątkująca zakaża średnio 10 osób ze swojego otoczenia. W ujęciu statystycznym wśród osób zakażonych u 10% rozwija się pierwotna postać gruźlicy, zaś u 90 % dochodzi do przejścia zakażenia w stan latencji. U osób wykazujących latentne zakażenie prątkiem gruźlicy może dojść do aktywacji procesu chorobowego, przy czym prawdopodobieństwo takiego zdarzenia określa się na około 10 % w ciągu całego życia osoby zakażonej. Można przyjąć, że w sytuacji, gdyby nie podejmowano żadnych kroków diagnostycznych, terapeutycznych i profilaktycznych, liczba chorych rosłaby w sposób wykładniczy.<br><br>Obecnie, przy braku w pełni skutecznej szczepionki przeciw gruźlicy, coraz większą wagę przywiązuje się do działań profilaktycznych mających na celu przerwanie łańcucha epidemicznego.<br><br>Gruźlica jest chorobą, która współcześnie nie może być utożsamiana ze środowiskami marginesu społecznego. W prowadzonych badaniach potwierdzaliśmy czynną gruźlicę w środowiskach akademickich (zarówno wśród studentów jak i pracowników uczelni), wśród uczniów i nauczycieli, w ośrodkach opieki długoterminowej. Najbardziej spektakularnym przypadkiem było stwierdzenie gruźlicy wśród wychowawców przedszkolnych.<br><br>Badanie osób z kontaktu z chorymi na gruźlicę prowadzone w województwie wielkopolskim od pięciu lat wykazało zakażenie u 25% przebadanych, podczas gdy odsetek ten w grupie osób bez udokumentowanego kontaktu nie przekraczał 15% (wyniki badań własnych).<br><br>Powyższe dane oraz przykłady potwierdzają, jak istotne jest wczesne wykrycie zarówno osób prątkujących jak i możliwość zidentyfikowania zakażenia prątkiem wśród osób narażonych na kontakt z chorymi, co umożliwia podjęcie działań zapobiegających rozwojowi czynnej gruźlicy, a co za tym idzie transmisji choroby. |
| **Cel programu** | Max. 200 znaków<br><br>Dalsze ograniczenie zapadalności na gruźlicę w populacji województwa wielkopolskiego |
| **Cele szczegółowe** | Max. 1.000 znaków<br><br>Wykrycie za pomocą testu IGRA zakażenia prątkiem gruźlicy wśród osób narażonych na kontakt z chorymi prątkującymi oraz skierowanie ich do pionu specjalistycznej opieki pulmonologicznej. |
| **Grupa docelowa** | Max. 500 znaków<br><br>Osoby narażone na kontakt z chorymi prątkującymi na terenie woj. wlkp. kierowane przez podmioty wskazane w Programie |

| | |
|---|---|
| **Ogólny opis schematu programu wraz z opisem planowanych działań** | Max. 5.000 znaków<br><br>Stwierdzenie gruźlicy prątkującej<br><br>Zgłoszenie przypadku do Państwowej Inspekcji Sanitarnej<br><br>Przeprowadzenie wywiadu epidemiologicznego i ustalenie osób z bliskiego kontaktu (w ramach zadań ustawowych inspekcji sanitarnej)<br><br>Przekazanie informacji o kontakcie do lekarza POZ (w ramach zadań ustawowych inspekcji sanitarnej)<br><br>Lekarz POZ wykonuje badanie przedmiotowe oraz kieruje pacjenta na wykonanie testu IGRA finansowane w ramach programu<br><br>U dorosłych pacjentów immunokompetentnych badanie testem IGRA wykonuje się 8 tygodni od ostatniego dnia, w którym stwierdzono kontakt z chorym.<br><br>U dzieci do lat 5 oraz osób z niedoborami odporności test IGRA wykonuje się tak szybko, jak to możliwe, a przypadku uzyskania wyniku ujemnego badanie powtarza się po 8 tygodniach. Ponadto osoby z tej grupy kieruje się natychmiast do lekarza specjalisty celem wdrożenia chemioprofilaktyki oraz diagnostyki w kierunku czynnej postaci gruźlicy.<br><br>Osoby, u których stwierdzono dodatni wynik testu IGRA lekarz POZ kieruje do lekarza specjalisty, który kontynuuje proces diagnostyki w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. |
| **Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** | Max. 3.000 znaków<br><br>Test IGRA w porównaniu z tuberkulinowym odczynem skórnym charakteryzuje się wyższą swoistością, czego efektem jest lepiej zogniskowane dalsze postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne. Do dalszych etapów tego postępowania nie będą kierowani pacjenci, u których skórny odczyn tuberkulinowy wskazywałby w sposób fałszywy stan zakażenia, odciążając w ten sposób sektor świadczeń finansowanych ze środków NFZ. |
| **Komplementarność programu z innymi działaniami podejmowanymi przez instytucję przedkładającą wniosek** | Max. 1.000 znaków<br><br>Samorząd województwa prowadzi programy polityki zdrowotnej dot. najważniejszych problemów zdrowotnych w regionie, w tym nowotworów. Planuje się dalszą realizację programów polityki zdrowotnej opartych na podobnych założeniach w oparciu o środki unijne. |
| **Uwagi:** | Max. 1.000 znaków |

**Fiszka dot. założeń merytorycznych programu zdrowotnego/programu polityki zdrowotnej planowanego do finansowania ze środków EFS na lata 2014-2020**

| | |
|---|---|
| **Tytuł programu** | Max. 150 znaków[1]<br><br>„PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO W WOJEWÓDZTWIE WIELKOPOLSKIM W LATACH 2014 – 2020” |
| **Instytucja przedkładająca fiszkę programu** | ~~Ministerstwo Zdrowia~~ /Instytucja Zarządzająca RPO na lata 2014-2020 w Województwie Wielkopolskim [2] |
| | Adres: al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań |
| | Osoba do kontaktu: Alicja Łopatka<br><br>Tel.: 61 626 73 05<br><br>e-mail: alicja.lopatka@umww.pl |
| **Budżet programu (alokacja)** | 2.375.000,00 zł |
| **Priorytet Inwestycyjny** | 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się |
| **Numer i nazwa narzędzia – zgodnie z *„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”*** | 5. Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi |
| **Tryb realizacji** | Konkursowy/~~pozakonkursowy~~[3] (w przypadku trybu pozakonkursowego należy przedstawić uzasadnienie - max. 2.000 znaków) |
| **Typ beneficjenta (potencjalni wnioskodawcy)** | Max. 400 znaków |
| **Uzasadnienie realizacji programu** | Max. 4.000 znaków<br>Nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy, czyli dolnego odcinka przewodu pokarmowego, plasują się na drugim miejscu wśród wszystkich nowotworów rozpoznawanych w dorosłej populacji mieszkańców województwa wielkopolskiego. Analiza wskaźników zachorowalności w latach: 1985 – 2010 wskazuje na systematyczny wzrost zgłoszonych rozpoznań dla obu płci. Tendencja taka jest szczególnie widoczna od roku 1995, z pewną stabilizacją po roku 2006. Ponadto, od roku 2001 można |

[1] Znaki ze spacjami.
[2] Niepotrzebne skreślić i uzupełnić jeśli dotyczy.
[3] Niepotrzebne skreślić.

| | |
|---|---|
| | zauważyć stabilizację dynamiki wzrostu umieralności u obu płci. Na tej podstawie można pokusić się o wstępną obserwację mówiącą o rozpoznawaniu w tym okresie nowotworów jelita grubego przy niższym ich zaawansowaniu, w tym również w okresie przedklinicznego rozwoju, do czego niewątpliwie przyczyniły się realizowane w Wielkopolsce programy profilaktyczne finansowane przez Samorząd Województwa.<br>Prognozy zachorowalności biorą za punkt wyjścia zgromadzone dane, a te dla Wielkopolski przedstawiają się następująco:<br>• W roku 2010 u mężczyzn rozpoznano 876 nowych zachorowań, z czego w 573 przypadkach dotyczyło to mężczyzn w wieku 50-74 lata (65,4%). Wśród kobiet odnotowano 697 nowych zachorowań, z czego 419 dotyczyło kobiet w wieku 50-74 lata (60,1%);<br>• W tym samym roku na raka jelita grubego i odbytnicy zmarło 568 mężczyzn (328, czyli 57,7% w grupie wieku 50-74 lata) oraz 451 kobiet (212, czyli 47,0% w grupie wieku 50-74 lata);<br>Populacja Wielkopolski w przedziale wieku 50-75 lat obejmuje 931 974 osób, a w przedziale wieku 50-67 lat - 824 527.<br>Prognozy epidemiologiczne na rok 2018 przewidują wzrost liczby zachorowań do poziomu 1025 - 1294 nowych przypadków wśród mężczyzn oraz 637 – 868 wśród kobiet.<br>W ramach programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego zaleca się wykonanie badań u osób w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego, osób w wieku 40-65 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego, osób w wieku 25-65 lat z rodziny HNPCC (rodzinnego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowatością).<br>Unia Europejska rekomenduje test wykrywający obecność krwi utajonej w kale (FOBT) dla mężczyzn i kobiet w wieku od 50 do 74 lat jako test skryningowy w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego i odbytnicy. Skala problemu zdrowotnego w pełni uzasadnia prowadzenie badań przesiewowych w tym kierunku w populacji mieszkańców Wielkopolski. |
| **Cel programu** | Max. 200 znaków<br><br>Doprowadzenie do wczesnej wykrywalności nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego, a w konsekwencji obniżenie umieralności na nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy. |
| **Cele szczegółowe** | Max. 1.000 znaków<br><br>Zwiększenie odsetka nowotworów jelita grubego wykrywanych we wczesnym stadium zaawansowania,<br>Zwiększenie wyleczalności raka jelita grubego (5-letnich przeżyć), a tym samym poprawa aktywności zawodowej i społecznej oraz jakości życia po zakończeniu leczenia, a także obniżenie kosztów leczenia raka jelita.<br>Doprowadzenie do zmian w prowadzonym stylu życia, co z upowszechnieniem pełnego zakresu zachowań prozdrowotnych wpłynie na podwyższenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQL) w populacji aktywnych zawodowo Wielkopolan po pięćdziesiątym roku życia. |

| | |
|---|---|
| **Grupa docelowa** | Max. 500 znaków<br><br>Populacja mieszkańców województwa wielkopolskiego w wieku 50-67 lat, u których nie rozpoznano wcześniej nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy i którzy nie byli leczeni w tym zakresie. |
| **Ogólny opis schematu programu wraz z opisem planowanych działań** | Max. 5.000 znaków<br><br>Beneficjentów programu można podzielić na dwie zasadnicze grupy:<br>• beneficjenci bierni – osoby, które otrzymają informację medialną, dotrze do nich zaproszenie wraz z podstawowymi informacjami o profilaktyce, a które nie skorzystają z badania.<br>• beneficjenci aktywni – mieszkańcy, którzy skorzystają z poszerzonej edukacji oraz z udziału w badaniu.<br>Etap wstępny:<br><br>1. pozyskanie danych populacyjnych oraz zakup niezbędnego sprzętu.<br>Utworzenie i aktywne prowadzenie bazy osób zaproszonych do programu i uczestników badań, co umożliwi kontrolę przestrzegania dwuletniego interwału, umożliwi prześledzenie losów oraz dostarczy wiarygodnego materiału do opracowania końcowego.<br><br>Etap główny:<br><br>1. dystrybucja imiennych zaproszeń wraz z ulotką informacyjną<br>Wysyłka do mieszkańców gmin w wieku 50-67 lata (corocznie aktualizowana o nowych pięćdziesięciolatków) zaproszeń na badania wraz z ulotką zawierającą podstawowe informacje dotyczące zachowań profilaktycznych, czynników ryzyka i czynników działających ochronnie, co umożliwi biernym beneficjentom uzyskanie informacji o możliwości i celowości udziału w programie, a poprzez przybliżenie tematu zachęci do udziału w późniejszym czasie.<br>2. organizacja spotkań informacyjno – edukacyjnych w gminach województwa wielkopolskiego, w połączeniu z kampanią promocyjno-informacyjną na terenie gmin, subregionów i regionu.<br>Zakłada się wykorzystanie wszystkich kanałów dystrybucyjnych, umożliwiające przekazanie informacji na temat pierwszych sygnałów świadczących o zachwianiu zdrowia, z uwzględnieniem elementów niezbędnych do budowania właściwej postawy i zachowań prozdrowotnych. Wielkość województwa oraz różnice subregionalne przemawiają za koordynacją kampanii promocyjno-informacyjnej, edukacji i realizacji badań na poziomie powiatów.<br>3. Rozdanie podczas spotkań informacyjno – edukacyjnych tzw. kałówek, umożliwiające przygotowanie i dostarczenie we wskazanym terminie próbek kału do badań na obecność krwi utajonej.<br><br>4. zebranie wstępnego wywiadu genetycznego dotyczącego występowania wśród spokrewnionych członków rodziny zachorowań na nowotwory jelita grubego oraz inne postaci nowotworów złośliwych podczas rejestracji przed odbiorem materiału biologicznego.<br>5. Badanie próbek na obecność krwi utajonej w kale.<br>Wyniki badania wraz z zaproszeniem na pogłębioną konsultację genetyczną osób z przypuszczalnie obciążonym wywiadem, zostaną przesłane do uczestników badania na podany podczas rejestracji adres. |

| | |
|---|---|
| | Przy pozytywnym wyniku badania test zostanie powtórzony. Osoby z potwierdzonym wynikiem pozytywnym zostaną skierowane na konsultację lekarską, kwalifikującą do etapu pogłębionych badań diagnostycznych (kolonoskopia). Program będzie wymagał pełnego zabezpieczenia dostępu do części diagnostycznej, czyli zarówno do specjalistycznej konsultacji, jak i powtórzenia badania na obecność krwi utajonej w kale oraz badania kolonoskopowego, także z pobraniem materiału do badań histo-patologicznych i ewentualnego skierowania do leczenia. Pominięcie pogłębionej diagnostyki spowoduje ujawnienie u części beneficjentów nieprawidłowych wyników, z którymi chory nie będzie miał do kogo się zwrócić, gdyż system ochrony zdrowia finansowany przez NFZ nie będzie w stanie zabezpieczyć takiej liczby dodatkowych.<br>Etap końcowy:<br>1. analiza i interpretacja zgromadzonych wyników badań oraz opracowanie podsumowania z realizacji programu.<br>W ostatnim roku realizacji programu konieczne będzie jego podsumowanie, przygotowanie opracowania uwzględniającego efekty ilościowe oraz merytoryczne, zidentyfikowanie nowych problemów oraz zagadnień, których nie udało się rozwiązać podczas realizacji programu. |
| **Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** | Max. 3.000 znaków<br><br>Oczekiwanym efektem programu jest rozpoznanie w badanej populacji nowotworów złośliwych jelita grubego w stadium zaawansowania niższym niż w populacji nie objętej badaniem. Uczestnicy programu z podwójnym pozytywnym wynikiem badania będą mieli zapewnione badanie kolonoskopowe oraz usuwanie polipów poniżej 10 mm. Pominięcie pogłębionej diagnostyki, w szczególności kolonoskopii, mogłoby prowadzić do sytuacji, w której chory z nieprawidłowym wynikiem badania krwi utajonej w kale nie będzie miał do kogo się zwrócić, gdyż system ochrony zdrowia finansowany przez NFZ nie będzie w stanie zabezpieczyć takiej liczby dodatkowych badań. |
| **Komplementarność programu z innymi działaniami podejmowanymi przez instytucję przedkładającą wniosek** | Max. 1.000 znaków<br><br>Samorząd województwa prowadzi programy polityki zdrowotnej dot. najważniejszych problemów zdrowotnych w regionie, w tym nowotworów. Planuje się dalszą realizację programów polityki zdrowotnej opartych na podobnych założeniach w oparciu o środki unijne. |
| **Uwagi:** | Max. 1.000 znaków<br><br>Systematyczne przeglądy doniesień z badań wskazują na istotną statystycznie redukcję umieralności na nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy w populacji objętej badaniem przesiewowym przy użyciu testu na krew utajoną. Oszacowana redukcja ryzyka wynosi 14-16%. Istotność dowodów jest wystarczająca dla sklasyfikowania na najwyższym poziomie. |

**Fiszka dot. założeń merytorycznych programu zdrowotnego/programu polityki zdrowotnej**

| | |
|---|---|
| **Tytuł programu** | Profilaktyka onkologiczna w gabinecie stomatologicznym[1] |
| **Instytucja przedkładająca fiszkę programu** | ~~Ministerstwo Zdrowia~~ /Instytucja Zarządzająca RPO na lata 2014-2020 w Województwie Wielkopolskim [2] |
| | Adres: al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań |
| | Osoba do kontaktu: Alicja Łopatka<br>Tel.: 61 626 73 05<br>e-mail: alicja.lopatka@umww.pl |
| **Budżet programu (alokacja)** | **4 900 000 zł** |
| **Priorytet Inwestycyjny** | 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się |
| **Numer i nazwa narzędzia – zgodnie z *„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”*** | Narzędzie nr 2 „Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu” |
| **Tryb realizacji** | Konkursowy/pozakonkursowy[3] (w przypadku trybu pozakonkursowego należy przedstawić uzasadnienie - max. 2.000 znaków) |
| **Typ beneficjenta (potencjalni wnioskodawcy)** | Max. 400 znaków<br>Pracodawcy, instytucje rynku pracy, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez |

[1] Znaki ze spacjami.
[2] Niepotrzebne skreślić i uzupełnić jeśli dotyczy.
[3] Niepotrzebne skreślić.

| | |
|---|---|
| | jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia. |
| **Uzasadnienie realizacji programu** | Od lat obserwuje się stały wzrost zachorowań na nowotwory, a tendencja ta w ostatnich pięciu latach uległa znacznemu nasileniu. Niepokojący jest fakt, iż zachorowania na nowotwory jamy ustnej, które wcześniej obserwowano u osób około piątej I szóstej dekady życia, obecnie z coraz większym nasileniem dotyczą ludzi młodych, którzy nigdy nie palili ani nie nadużywali alkoholu. Badania naukowe wskazują, że czynnikiem potencjalnego ryzyka w tej grupie jest infekcja wirusem HPV, zła higiena jamy ustnej, drażniące brzegi protez zębowych czy ubytków próchnicowych zębów, późno rozpoznawane stany przedrakowe oraz czynniki genetyczne. Ostatnie doniesienia wskazują, że nawet alkoholowe płukanki do ust są podejrzane o wywoływanie raka jamy ustnej. Są to nowotwory, które ze względu na swoje umiejscowienie, rozwijają się skrycie i wywołują objawy niecharakterystyczne. Niespecyficzne objawy a także długi i skryty przebieg procesu nowotworowego w obrębie jamy ustnej sprawia, że wskaźniki rozpoznawalności są bardzo niskie, a to z kolei prowadzi do rozprzestrzeniania się i zaawansowania zmian nowotworowych, których leczenie jest wielospecjalistyczne, skomplikowane i często zakończone niepowodzeniem. Zgony pacjentów z powodu nowotworów stanowią problem społeczny, szczególnie gdy dotyczą osób umierających na nowotwór, który miał duże szanse wczesnego wykrycia i wyleczenia. Ogromne znaczenie ma też problem psychicznego kalectwa chorego z zaawansowanym procesem nowotworowym, którego terapia wiąże się z pooperacyjnymi deformacjami twarzy, niejednokrotnie trwale oszpecającymi i uniemożliwiającymi komunikację społeczną, stanowiąc przyczynę odizolowania pacjenta, która w jego ocenie niweluje wartość uratowanego życia. Ogromny wpływ na to mają: zbyt słabe wyczulenie onkologiczne lekarzy stomatologów , niedostatek oświaty zdrowotnej i działań profilaktycznych. Rola jaką mają do spełnienia stomatolodzy w tym zakresie jest znacząca. To ważne, gdyż przejście zmiany przednowotworowej w jamie ustnej w nowotwór inwazyjny trwa z reguły wiele miesięcy, podczas których pacjent przynajmniej raz odwiedza gabinet stomatologicznym. Tak więc stomatolog jest z reguły lekarzem pierwszego kontaktu. Głównym sposobem wykrywania potencjalnie złośliwych zmian w jamie ustnej jest badanie w gabinecie stomatologicznym, a skuteczność tego badania / czułość i swoistość określana jest na około 95%. |
| **Cel programu** | Zmniejszenie umieralności związanej zmianami nowotworowymi w obrębie jamy ustnej |
| **Cele szczegółowe** | Cele szczegółowe obejmują: |

| | |
|---|---|
| | - zwiększenie odsetka zmian nowotworowych jamy ustnej, wykrywalnych we wczesnym stadium zaawansowania choroby,<br><br>- zwiększenie wyleczalności nowotworów jamy ustnej,<br><br>- zmniejszenie liczby radykalnych zabiegów chirurgicznych w obrębie twarzy prowadzących do trwałych jej deformacji oraz zaburzeń czynności mowy, żucia i połykania,<br><br>- zmniejszenie liczby zabiegów rekonstrukcyjnych,<br><br>- poprawa aktywności zawodowej, komunikacji społecznej i jakości życia po zakończeniu leczenia,<br><br>- obniżenie kosztów leczenia. |
| **Grupa docelowa** | Mieszkańcy woj. wlkp. w wieku od 20-67 roku życia, u których nie rozpoznano wcześniej zmian nowotworowych w obrębie jamy ustnej i którzy nie byli leczeni w tym zakresie |
| **Ogólny opis schematu programu wraz z opisem planowanych działań** | I<br>Do programu kwalifikowane będą w pierwszej kolejności osoby, które trafiają do gabinetu stomatologicznego według następujących zasad:<br>- osoby w wieku 20-67 lat (wszystkie powyżej 50 roku życia), a poniżej; korzystające w sposób nieregularny z porad i usług stomatologicznych, których stan uzębienia, stany zapalne dziąseł, itp. wskazują na zwiększone ryzyko choroby,<br>- osoby w wieku 20-67 lat - palące i/lub używające alkoholu w sposób nadmierny<br><br>II. Specjalistyczne badania w gabinecie stomatologicznym z zastosowaniem nowoczesnych narzędzi diagnostycznych służących do obrazowania zmian,<br>Metody badawcze:<br><br>1. Wywiad<br>2. Kliniczne badanie zewnątrzustne<br>3. Kliniczne badanie wewnątrzustne<br>4. Analiza badań radiologicznych<br>5. Analiza obrazów tomografii komputerowej<br>6. Analiza skanów twarzy i skanów wewnątrzustnych<br>7. Badania z zastosowaniem technologii fluorescencji<br>8. Badania histopatologiczne oraz badania molekularne u pacjentów z grupy ryzyka<br>Działania w ramach programu będą nakierowane również na:<br>- podniesienie kwalifikacji lekarzy stomatologów w zakresie profilaktyki onkologicznej pierwotnej poprzez opracowanie standardów postępowania diagnostycznego,<br>- współpracę zespołów wielospecjalistycznych w diagnostyce nowotworów/ konsylia lekarskie/. |

| | |
|---|---|
| | - edukację społeczeństwa w zakresie wiedzy o nowotworach jamy ustnej (<br>- **r**ozpowszechnianie postaw prozdrowotnych.<br>- badania molekularne u pacjentów z grupy ryzyka |
| **Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** | Program podnosi efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie profilaktycznych działań lekarzy stomatologów w kierunku wykrywania nowotworów jamy ustnej, nie ujętych w obecnym finansowaniu. Opracowanie algorytmów postepowania we wczesnej diagnostyce nowotworów jamy ustnej może być programem pilotażowym dla rozwiązań systemowych. |
| **Komplementarność programu z innymi działaniami podejmowanymi przez instytucję przedkładającą wniosek** | Max. 1.000 znaków<br><br>Samorząd województwa wielkopolskiego realizuje programy polityki zdrowotnej dot. najważniejszych problemów zdrowotnych i likwidacji nierówności w zdrowiu w regionie, w tym nowotworów głowy i szyi. Niniejszy program jest w stosunku do nich komplementarny. |
| **Uwagi:** | Potencjalnymi wnioskodawcami i realizującymi program są uczelnie medyczne oraz podmioty dla których są one organami założycielskimi, jeśli podmioty te prowadzą działalność w zakresie stomatologii, gabinety stomatologiczne. |

**Fiszka dot. założeń merytorycznych programu zdrowotnego/programu polityki zdrowotnej planowanego do finansowania ze środków EFS na lata 2014-2020**

| | |
|---|---|
| **Tytuł programu** | Max. 150 znaków[1]<br><br>Program profilaktyczny schorzeń układu oddechowego dla mieszkańców gmin województwa wielkopolskiego na lata 2014 – 2020 |
| **Instytucja przedkładająca fiszkę programu** | ~~Ministerstwo Zdrowia~~ /Instytucja Zarządzająca RPO na lata 2014-2020 w Województwie …… [2] |
| | Adres: al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań |
| | Osoba do kontaktu: Alicja Łopatka<br><br>Tel.: 61 626 73 05<br><br>e-mail: alicja.lopatka@umww.pl |
| **Budżet programu (alokacja)** | 1.000.000 zł |
| **Priorytet Inwestycyjny** | 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się |
| **Numer i nazwa narzędzia – zgodnie z *„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”*** | Narzędzie nr 2: Opracowanie i wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu. |
| **Tryb realizacji** | Konkursowy/pozakonkursowy[3] (w przypadku trybu pozakonkursowego należy przedstawić uzasadnienie - max. 2.000 znaków) |
| **Typ beneficjenta (potencjalni wnioskodawcy)** | Max. 400 znaków<br><br>Pracodawcy, instytucje rynku pracy, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia. |

[1] Znaki ze spacjami.
[2] Niepotrzebne skreślić i uzupełnić jeśli dotyczy.
[3] Niepotrzebne skreślić.

| | |
|---|---|
| **Uzasadnienie realizacji programu** | Max. 4.000 znaków<br><br>Choroby układu oddechowego od lat stanowią istotny problem zdrowotny w Polsce i na świecie, będąc czwartą — po chorobach serca i naczyń, nowotworach złośliwych i śmierci z przyczyn gwałtownych — przyczyną zgonu w Polsce. Ogółem są one większym zagrożeniem dla życia mieszkańców mniejszych miejscowości, wsi, gdzie utrudniony jest dostęp do badań rtg, spirometrii i specjalistycznej opieki medycznej. Choroby przewlekłe tego narządu, które są znaczące epidemiologicznie, to m.in. przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) i gruźlica. Mają one znaczący wpływ na ograniczenie ich aktywności zawodowej. |
| **Cel programu** | Max. 200 znaków<br><br>Ograniczenie liczby zachorowań na gruźlicę i POChP wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego |
| **Cele szczegółowe** | Max. 1.000 znaków<br><br>- Zwiększenie wykrywalności gruźlicy we wczesnych fazach choroby wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego<br>- Zwiększenie wykrywalności POCHP we wczesnych fazach choroby wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego<br>- Ułatwienie dostępu do badań rtg, spirometrii i specjalistów pulmonologów - Promocja postaw prozdrowotnych |
| **Grupa docelowa** | Max. 500 znaków<br><br>Mieszkańcy woj. wlkp. w wieku 18-67 r.ż., z grup ryzyka, w tym nałogowo palący papierosy, mieszkający w gminach z utrudnionym dostępem do badań rtg, spirometrii i specjalistów pulmonologów |
| **Ogólny opis schematu programu wraz z opisem planowanych działań** | Max. 5.000 znaków<br><br>Akcja informacyjna i werbująca do Programu we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego oraz lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez przekazanie informacji o programie w oparciu o wcześniej przygotowane materiały promocyjno-informacyjne i ustalanie szczegółów realizacji Programu w danej gminie.<br>Wykonanie u osób zakwalifikowanych do programu badań przeglądowych klatki piersiowej w ruchomym ambulansie wyposażonym w cyfrowy aparat rentgenowski oraz badan spirometrycznych połączonych z edukacją zdrowotną w zakresie profilaktyki schorzeń układu oddechowego we wcześniej uzgodnionym z gminą terminie i miejscu.<br>Ocena wykonanych badań przez lekarzy specjalistów chorób płuc.<br>Przesłanie wyników do uczestników, w przypadku stwierdzenia odchyleń od normy - z zaleceniami dalszego postępowania.<br>Podsumowanie i ocena efektywności Programu. |
| **Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** | Max. 3.000 znaków<br><br>Badania przeglądowe klatki piersiowej i badania spirometryczne wykonywane w ramach Programu są dostępne również w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Jednak badania te wykonuje się u osób z objawami ze strony układu oddechowego. Natomiast Program ma objąć osoby, które nie mają poczucia choroby, ale należą do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania na gruźlicę lub POChP i zakłada wzrost ich świadomości zdrowotnej w tym zakresie. W efekcie chęć skorzystania przez |

| | |
|---|---|
| | nie z przedmiotowych badań w ramach systemu ochrony zdrowia byłaby mocno utrudniona ze względu na ograniczenia w dostępności do tego typu badań. |
| **Komplementarność programu z innymi działaniami podejmowanymi przez instytucję przedkładającą wniosek** | Max. 1.000 znaków<br><br>Samorząd województwa prowadzi programy polityki zdrowotnej dot. najważniejszych problemów zdrowotnych w regionie, w tym chorób układu oddechowego. Planuje się dalszą realizację programów polityki zdrowotnej opartych na podobnych założeniach w oparciu o środki unijne. |
| **Uwagi:** | Max. 1.000 znaków |

**Fiszka dot. założeń merytorycznych programu zdrowotnego/programu polityki zdrowotnej planowanego do finansowania ze środków EFS na lata 2014-2020**

| | |
|---|---|
| **Tytuł programu** | Max. 150 znaków[1]<br><br>PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI |
| **Instytucja przedkładająca fiszkę programu** | ~~Ministerstwo Zdrowia~~ /Instytucja Zarządzająca RPO na lata 2014-2020 w Województwie …… [2] |
| | Adres: al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań |
| | Osoba do kontaktu: Alicja Łopatka<br><br>Tel.:61 626 73 05<br><br>e-mail:alicja.lopatka@umww.pl |
| **Budżet programu (alokacja)** | 1.400.000,00 zł |
| **Priorytet Inwestycyjny** | 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się |
| **Numer i nazwa narzędzia – zgodnie z *„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”*** | Narzędzie nr 2 „Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu” |
| **Tryb realizacji** | Konkursowy/~~pozakonkursowy~~[3] (w przypadku trybu pozakonkursowego należy przedstawić uzasadnienie - max. 2.000 znaków) |
| **Typ beneficjenta (potencjalni wnioskodawcy)** | Max. 400 znaków<br><br>Pracodawcy, instytucje rynku pracy, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi |

[1] Znaki ze spacjami.
[2] Niepotrzebne skreślić i uzupełnić jeśli dotyczy.
[3] Niepotrzebne skreślić.

| | |
|---|---|
| | medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia. |
| **Uzasadnienie realizacji programu** | Max. 4.000 znaków<br><br>Nowotwory głowy i szyi to choroba, której nie poświęcono w ostatnich latach żadnej uwagi. Jak w przypadku większości nowotworów ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi zwiększa się u obu płci wraz z wiekiem do 64 roku życia włącznie. W populacji mężczyzn 61%, a w populacji kobiet 53% rozpoznanych nowotworów głowy i szyi występuje u osób w wieku 45-64. Szczyt zachorowalności przypada zarówno u mężczyzn jak i u kobiet na lata 55-64. Po czym następuje gwałtowny spadek zachorowalności. W Polsce podobnie jak w innych krajach Europy, obserwuje się nowe zjawisko epidemiologiczne, określane jako „fenomen epidemiologiczny" tzn. wzrost liczby nowych zachorowań na nowotwory głowy i szyi u ludzi poniżej 40 r.ż., którzy nigdy nie palili ani nie nadużywali alkoholu. Grupa ta określana jest jako młodzi dorośli. Badania naukowe wskazują, że czynnikiem potencjalnego ryzyka w tej grupie jest infekcja wirusem HPV. Szczegółowe badania przeprowadzone przez Wielkopolski Rejestr Nowotworów (Wielkopolskie Biuro Rejestracji Nowotworów), wykazały, że w Wielkopolsce w 2010 roku nowotwory złośliwe głowy i szyi (rozumiane szeroko tj. C00-C15; C30-C33; C69; C73) stanowiły trzecią u mężczyzn i piątą u kobiet przyczynę zachorowalności. W analizowanym okresie zgłoszono 948 nowych zachorowań (tj. 578 przypadków u mężczyzn i 370 u kobiet) co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o 17% (tj. 137 przypadków). |
| **Cel programu** | Max. 200 znaków<br>Poprawa wykrywalności i przeżyć 5-letnich chorych z nowotworami głowy i szyi w populacji Wielkopolan |
| **Cele szczegółowe** | Max. 1.000 znaków<br><br>o popularyzacja postaw prozdrowotnych i doprowadzenie do zmian stylu życia<br>o zwiększenie odsetka zmian wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania, |
| **Grupa docelowa** | Max. 500 znaków<br><br>Mieszkańcy woj. wlkp. w wieku 40-60 z grupy ryzyka (wieloletni palacze, osoby nadużywające alkoholu, narażone na infekcje wirusem HPV), u których występują wczesne objawy nowotworów głowy i szyi (tj. występowanie przez ponad 3 tygodnie jednego z objawów takich jak: pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem). |
| **Ogólny opis schematu programu wraz z opisem planowanych działań** | Max. 5.000 znaków<br><br>Planowane interwencje, opis badań:<br>• Prewencja pierwotna:<br>o organizacja szkoleń dla lekarzy rodzinnych i specjalistów z zakresu laryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, patomorfologów, onkologów klinicznych, radioterapeutów, dentystów, pielęgniarek oraz innych pracowników ochrony |

| | |
|---|---|
| | zdrowia na temat metod wczesnej diagnostyki oraz leczenia nowotworów głowy i szyi.<br>o wydruk broszur oraz plakatów z informacją o programie,<br>o publikacja artykułów o programie oraz wczesnych objawach i grupach ryzyka nowotworów głowy i szyi w lokalnych mediach,<br>• Prewencja wtórna,<br>o porada lekarska realizowana przez specjalistę laryngologa, zebranie wywiadu nt. czynników ryzyka oraz ewentualnych objawów NGiSz u pacjenta, połączona z badaniem fibroskopowym i ewentualną biopsją cienkoigłową w przypadku podejrzenia nowotworu.<br>Pacjenci, u których zostanie wykryta zmiana o charakterze złośliwym kierowani będą na leczenie.<br>spotkania grup wsparcia dla pacjentów (1 rocznie) - wsparcie emocjonalne dla chorych leczonych z powodu nowotworu głowy i szyi i ich rodzin poprzez organizację spotkań edukacyjnych dla nich m.in. nt. radzenia sobie z chorobom na każdym etapie leczenia oraz po nim.<br>Obsługa administracyjna: organizacja ośrodka koordynującego program, odpowiedzialnego za: wysyłkę zaproszeń, organizację szkoleń dla specjalistów oraz mieszkańców województwa, promocję ulotki na temat wczesnych objawów nowotworów głowy i szyi, rozliczenie zadań, przygotowanie sprawozdań, monitorowanie pacjentów, wysyłkę zaproszeń na badania, promocję programu w mediach, organizację spotkań grup wsparcia dla pacjentów po leczeniu z powodu nowotworów głowy i szyi, monitoring i ewaluację programu |
| **Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** | Max. 3.000 znaków<br><br>Ideą realizacji konsultacji laryngologicznych w ramach programu jest wydzielenie tych świadczeń dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi bez konieczności oczekiwania przez pacjenta w długiej kolejce oczekujących do poradni w ramach AOS, a jednocześnie umożliwienie skrócenia formalnej ścieżki dostępu do laryngologa (bez skierowania, bez kolejki). |
| **Komplementarność programu z innymi działaniami podejmowanymi przez instytucję przedkładającą wniosek** | Max. 1.000 znaków<br><br>Samorząd województwa prowadzi programy polityki zdrowotnej dot. najważniejszych problemów zdrowotnych w regionie, w tym nowotworów. Planuje się dalszą realizację programów polityki zdrowotnej opartych na podobnych założeniach w oparciu o środki unijne. |
| **Uwagi:** | Max. 1.000 znaków |

**Fiszka dot. założeń merytorycznych programu zdrowotnego/programu polityki zdrowotnej planowanego do finansowania ze środków EFS na lata 2014-2020**

| | |
|---|---|
| **Tytuł programu** | Max. 150 znaków[1]<br>Program Profilaktyczny Wczesnego Wykrywania Raka Płuc |
| **Instytucja przedkładająca fiszkę programu** | ~~Ministerstwo Zdrowia~~ /Instytucja Zarządzająca RPO na lata 2014-2020 w Województwie Wielkopolskim[2] |
| | Adres: al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań |
| | Osoba do kontaktu: Alicja Łopatka<br>Tel.: 61 626 73 05<br>e-mail:alicja.lopatka@umww.pl |
| **Budżet programu (alokacja)** | 2.490.000 zł |
| **Priorytet Inwestycyjny** | 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się |
| **Numer i nazwa narzędzia – zgodnie z *„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”*** | Narzędzie 2 „Wdrożenie programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu” |
| **Tryb realizacji** | Konkursowy/~~pozakonkursowy~~[3] (w przypadku trybu pozakonkursowego należy przedstawić uzasadnienie - max. 2.000 znaków) |
| **Typ beneficjenta (potencjalni wnioskodawcy)** | Max. 400 znaków<br><br>Pracodawcy, instytucje rynku pracy, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia. |
| **Uzasadnienie realizacji programu** | Max. 4.000 znaków<br>Rak płuca należy do najczęstszych nowotworów złośliwych w Polsce. Cechuje się wysoką śmiertelnością ze względu na bezobjawowy przebieg we wczesnym stadium choroby. W chwili obecnej jedynym rodzajem terapii, dającym szansę na trwałe wyleczenie jest zabieg operacyjny. Niestety większość chorych w chwili rozpoznanie nie kwalifikuje się do takiego leczenia. Poprawy tej sytuacji upatruje się w badaniach przesiewowych populacji wysokiego ryzyka.<br>W 2010 roku w Polsce zachorowało ogółem ponad 140 tys. osób, w tym na raka płuca ponad 20 tys. Chorobę tę rozpoznano u 14794 mężczyzn i u 6038 kobiet co stanowiło najczęstsze rozpoznanie nowotworu złośliwego u mężczyzn i trzecie co do częstości u kobiet. W większości |

[1] Znaki ze spacjami.
[2] Niepotrzebne skreślić i uzupełnić jeśli dotyczy.
[3] Niepotrzebne skreślić.

| | |
|---|---|
| | przypadków choroba rozpoznawana jest w zaawansowanym stadium, co jest powodem niezadowalających wyników leczenia. Prowadzi to do znacznej liczby zgonów chorych. W roku 2010 z powodu omawianego nowotworu zmarło 16187 mężczyzn i 6161 kobiet. W obu przypadkach była to najczęstsza przyczyna zgonu na nowotwory złośliwe. W województwie wielkopolskim w roku 2010 na nowotwory złośliwe zachorowało 6722 mężczyzn w tym raka płuca stwierdzono w 1253 przypadkach. Dane te u kobiet kształtowały się na następującym poziomie – zachorowania na nowotwory złośliwe 6859 kobiet, w tym w 532 przypadkach rozpoznano raka płuca. Ogółem w Wielkopolsce z powodu nowotworu złośliwego zmarło 4603 mężczyzn i 3615 kobiet, w tym rak płuca był przyczyną zgonu 1354 mężczyzn i 480 kobiet.<br>Zasadniczym czynnikiem etiologicznym raka płuca jest wpływ dymu tytoniowego, w tym zarówno dotyczy to palenia czynnego jak i biernego. Uważa się, że ponad 80 % przypadków raka płuca jest wywołana tym nałogiem. Według danych ACS w dymie nikotynowym jest ponad 7 tys. związków chemicznych z czego, co najmniej 250 wśród tych substancji jest szkodliwa, a 70 ma działanie rakotwórcze. Palący papierosy wraz z wdychanym dymem inhaluje smołę, radioaktywny polon, nikiel, cyjanowodór, formaldehyd, amoniak oraz tlenek węgla. Duża część z tych substancji kumuluje się w organizmie chorego zwielokrotniając szkodliwy wpływ tego nałogu. Działanie tych związków chemicznych ma wpływ na proces powstawania nowotworu, działając we wszystkich fazach rozwoju raka od inicjacji procesu nowotworowego poprzez dalszą jego promocję w uszkodzonej komórce, jak i przyspiesza pojawienie się zdolności do tworzenia przerzutów. Dotychczasowe próby z użyciem radiogramów klatki piersiowej czy badaniem plwociny lub połączeniem tych obu metod nie przyniosły spodziewanych rezultatów w postaci zmniejszenia śmiertelności w grupie osób palących nałogowo. Dzięki rozwojowi technologii medycznych udało się stworzyć projekt badania przesiewowego z użyciem spiralne tomografii komputerowej ze zmniejszona dawką promieniowania (LDCT). W zaprojektowanym i przeprowadzonym przez Narodowy Instytut Raka w USA badaniu oceną objęto ponad 50 tys. zdrowych osób z grupy ryzyka zachorowania na raka płuca. Jako tę grupę wytypowano osoby w wieku 55-74 lata, których narażenie oceniano na przynajmniej 30 paczkolat (np. palenie przez 30 lat 1 paczki papierosów dziennie). W analizie stwierdzono zmniejszenie ryzyka śmierci z powodu raka na 20%. Obecne zalecenia towarzystw medycznych uznają za wartościowe poszerzenie tej grupy o osoby powyżej 50 roku życia, w przypadku narażenia na dym tytoniowy powyżej 20 paczkolat i przynajmniej 1 dodatkowy czynnik ryzyka taki jak wywiad nowotworowy lub występowanie raka w rodzinie, ekspozycja zawodowa na czynniki ryzyka.<br>Opracowano już algorytmy postępowania w przypadku wykrycia zmian w przeprowadzonym badaniu tomografii komputerowej. Ma to na celu zminimalizowanie niepotrzebnej diagnostyki inwazyjnej przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa chorego w kontekście choroby nowotworowej. |
| **Cel programu** | Max. 200 znaków<br>Poprawienie wykrywalności raka płuca w pierwszym i drugim stopniu zaawansowania, a poprzez to zmniejszenie śmiertelności z powodu tej choroby w populacji województwa wielkopolskiego |
| **Cele szczegółowe** | Max. 1.000 znaków<br>Ocena zaburzeń wentylacji układu oddechowego poprzez przeprowadzenie |

| | |
|---|---|
| | badania spirometrycznego. Stwierdzenie innych zaburzeń układu oddechowego np. rozedmy płuc oraz<br>propagowanie zaprzestania palenia tytoniu, jako głównego czynnika ryzyka raka płuca. |
| **Grupa docelowa** | Max. 500 znaków<br>Osoby w wieku 55-67 lat, wypalające 20 papierosów/dzień przez ostatnie 20 lat (tzw. 20 paczkolat), mieszkające w woj. wlkp. |
| **Ogólny opis schematu programu wraz z opisem planowanych działań** | Max. 5.000 znaków<br>Informacje o programie zostaną zamieszczone w środkach masowego przekazu, w tym w Internecie, a także rozpowszechnione wśród lekarzy rodzinnych.<br>• Lekarze rodzinni na podstawie informacji uzyskanych od pacjentów (wywiad medyczny) typują uczestników. Uczestnicy otrzymują zaproszenie do poddania się badaniu spirometrycznemu (I etap).<br>• Lekarz rodzinny/Pulmonolog wzywają uczestnika, który uzyskał negatywny wynik badania z I etapu, na wykonanie badania TK wraz z odrębnym skierowaniem (II etap).<br>Pacjenci, którzy uzyskali w czasie badań spirometrycznych wynik poniżej FEV 1< 80%, będą kierowani celem pogłębienia diagnostyki specjalistycznej. Na tej podstawie zostanie wypisany druk skierowania na badanie Tomografii Komputerowej (TK) wystawiony przez lekarza rodzinnego/pulmonologa.<br>Analiza końcowa programu zostanie wykonana po 3 latach, natomiast pośrednie analizy będą wykonywane corocznie.<br>W przypadku stwierdzenia przez lekarza rodzinnego lub specjalisty pulmonologa spełnienia kryteriów poddania pacjenta badaniu profilaktycznemu - planowane są działania diagnostyczne i interwencyjne. W takich sytuacjach przewiduje się wykonanie badania TK natychmiast po otrzymaniu zgłoszenia przez lekarza kierującego, a następnie wdrożenie pogłębionej diagnostyki w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. |
| **Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** | Max. 3.000 znaków<br>Wykonywane w ramach programu badanie TK jest jednym z elementów działania. Dalsze leczenie i realizowane w jego ramach świadczenia, powinno być udzielone jako finansowane przez NFZ, podobnie jak porada specjalistyczna.<br>Uczestnictwo w programie kończy się z chwilą wykonania badania TK i przekazania go do lekarza specjalisty celem ustalenia dalszych etapów diagnostyki /lub terapii w ramach świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia - w zależności od ustalonego stopnia zaawansowania i stanu chorego (biorąc pod uwagę choroby towarzyszące), chorego kieruje się na odpowiednie leczenie tj. zabieg operacyjny, radioterapię, chemioterapie lub skojarzenie wymienionych form leczenia. Niwelowanie skutków społecznych i ekonomicznych raka płuc, możliwe jest tylko poprzez w miarę szybką diagnostykę. A najskuteczniejszym sposobem redukcji tych skutków jest profilaktyka. Jak wykazały powyższe analizy, przewiduje się wykrycie wielu schorzeń i chorób płuc (w tym raka płuc). Rak może być skutecznie leczony pod warunkiem wczesnego wykrycia. Wówczas szansa na powrót do zdrowia po skutecznym leczeniu wzrasta do 70%. Istotny jest fakt, iż choroba później wykryta, daje niewielkie możliwości rokowania. Coroczne badania umożliwiają większą wykrywalność wczesnych postaci patologii płucnych, poprzez zwiększenie grupy osób przebadanych w ramach programu. |
| **Komplementarność programu** | |

| | |
|---|---|
| **z innymi działaniami podejmowanymi przez instytucję przedkładającą wniosek** | Max. 1.000 znaków<br>Samorząd województwa prowadzi programy polityki zdrowotnej dot. najważniejszych problemów zdrowotnych w regionie, w tym nowotworów. Planuje się dalszą realizację programów polityki zdrowotnej opartych na podobnych założeniach w oparciu o środki unijne. |
| **Uwagi:** | Max. 1.000 znaków |

**Fiszka dot. założeń merytorycznych programu zdrowotnego/programu polityki zdrowotnej planowanego do finansowania ze środków EFS na lata 2014-2020**

(Szare pola uzupełnia IZ WRPO 2014+)

| | |
|---|---|
| **Tytuł programu** | Max. 150 znaków[1]<br><br>**Skryning uczulony dotyczący patologii w zakresie górnych dróg oddechowych w populacji mieszkańców wsi i małych miast Wielkopolski** |
| **Instytucja przedkładająca fiszkę programu** | Ministerstwo Zdrowia /Instytucja Zarządzająca RPO na lata 2014-2020 w Województwie …… [2] |
| | Adres: al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań |
| | Osoba do kontaktu: Alicja Łopatka<br><br>Tel.: 61 626 73 05<br><br>e-mail: alicja.lopatka@umww.pl |
| **Budżet programu (alokacja)** | 295 000 zł |
| **Priorytet Inwestycyjny** | 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się |
| **Numer i nazwa narzędzia – zgodnie z *„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”*** | Narzędzie nr 2: Opracowanie i wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu. |
| **Tryb realizacji** | Konkursowy/~~pozakonkursowy~~[3] (w przypadku trybu pozakonkursowego należy przedstawić uzasadnienie - max. 2.000 znaków) |
| **Typ beneficjenta (potencjalni wnioskodawcy)** | Max. 400 znaków<br><br>Pracodawcy, instytucje rynku pracy, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi |

[1] Znaki ze spacjami.
[2] Niepotrzebne skreślić i uzupełnić jeśli dotyczy.
[3] Niepotrzebne skreślić.

| | |
|---|---|
| | medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia. |
| **Uzasadnienie realizacji programu** | Max. 4.000 znaków<br><br>Program ten w odróżnieniu od innych, które prowadzone są w miastach będzie obejmował swym zasięgiem mieszkańców wsi i małych miasteczek. Wykonanie badań w miejscu zamieszkania pacjentów umożliwi wyrównanie ich szans w dostępie do specjalistów laryngologów i pozwoli na możliwość wdrożenia szybkiego leczenia. Trzeba podkreślić, że ludność wiejska jest znacznie bardziej narażona na występowanie patologii górnych dróg oddechowych (nowotwory, alergia, przewlekłe stany zapalne) z powodu bardzo dużego skażenia środowiska wsi środkami ochrony roślin i nawozami sztucznymi.<br><br>Program stanowić będzie uzupełnienie Programu „Wielkopolska Onkologia" w zakresie profilaktyki nowotworów (płuca, pierś, przewód pokarmowy) ukierunkowanego na populację gmin i powiatów, a komplementarny będzie w zakresie merytorycznym, tj. badania laryngologicznego górnych dróg oddechowych i pokarmowych. |
| **Cel programu** | Max. 200 znaków<br><br>Wczesne wykrywanie patologii w zakresie górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani i zatok przynosowych w populacji mieszkańców wsi i małych miasteczek |
| **Cele szczegółowe** | Max. 1.000 znaków<br><br>1. Poprawa dostępności do specjalistycznej diagnostyki laryngologicznej we wsiach i w małych miastach Wielkopolski, gdzie nie funkcjonują odziały laryngologiczne, a opieka specjalistyczna - ambulatoryjna jest limitowana.<br>2. Badanie przesiewowe ma trzy główne kierunki. Z jednej strony są to trzy odrębne problemy zdrowotne o zasięgu populacyjnym (patologia zatok, niedosłuch, nowotwory), a z drugiej można je zdiagnozować w podstawowym badaniu przedmiotowym laryngologicznym, prostymi środkami technicznymi. |
| **Grupa docelowa** | Max. 500 znaków<br><br>Osoby powyżej 18 rż, w szczególności kobiety i mężczyźni > 40 rż, palący, nadużywający alkoholu, z rodzin obciążonych wywiadem nowotworowym. Dobór pacjentów do badań będzie w dużej mierze oparty na współpracy z lekarzami rodzinnymi, posiadającymi wiedzę epidemiologiczną i środowiskową dotyczącą mieszkańców objętych ich opieką.<br>Program realizowany będzie w Poradniach Opieki Zdrowotnej we wsiach i małych miasteczkach Wielkopolski. Szacunkowo obejmie 4000 osób. |
| **Ogólny opis schematu programu wraz z opisem planowanych działań** | Max. 5.000 znaków<br><br>Program obejmie osoby wyselekcjonowane, wytypowane przez POZ na podstawie wieloletniej i holistycznej znajomości populacji będącej pod opieką, w drugiej kolejności zgłoszenia spontaniczne.<br><br>Planowane działania: |

| | |
|---|---|
| | 1. Pełna ocena laryngologiczna, która obejmie badanie podmiotowe oraz podstawowe badanie przedmiotowe.<br>2. W uzasadnionych przypadkach jednoczasowe wykonanie badań dodatkowych: audiometrii, endoskopii (rynoskopii, fiberolaryngoskopii), ultrasonografii u chorych z wykrytą patologią.<br>3. W przypadku podejrzenia nowotworu współpraca z lekarzem POZ w założeniu karty DILO.<br>4. W przypadku patologii ucha, nosa, jamy ustnej, gardła i krtani ukierunkowanie diagnostyki i wstępne zaplanowanie leczenia (Klinika Otolaryngologii lub oddziały laryngologiczne, z którymi Klinika ściśle współpracuje). |
| **Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** | Max. 3.000 znaków<br><br><u>Zaletą proponowanych rozwiązań logistycznych i merytorycznych jest:</u><br>1. Dotarcie do populacji, w których nie jest zapewniona stała opieka laryngologiczna i nie ma oddziałów laryngologicznych (m.in. wsie i miasteczka wokół takich miast jak: Rawicz, Góra, Szamotuły, Ostroróg, Grodzisk Wielkopolski, Wolsztyn, Międzychód, Buk, Wronki, Czarnków, Krzywiń, Grabów nad Prosną, Dobra, Nowy Tomyśl).<br>2. Wynikające z metodologii badań zalety to holistyczne podejście do populacji peryferyjnej, w której problemy cywilizacyjne związane ze schorzeniami otolaryngologicznymi to:<br>**Nowotwory górnego odcinka dróg oddechowych i drogi pokarmowej**<br>**Zespół bezdechu sennego**<br>**Przewlekłe zapalenia zatok przynosowych i alergia**<br>**Niedosłuch i zawroty głowy**<br>3. Niskie koszty badania przedmiotowego, którego bazą będą podstawowe narzędzia laryngologiczne.<br>4. Równocześnie możliwość wykorzystania najnowszej techniki endoskopowej i obrazowej w przypadkach wyselekcjonowanych.<br>5. Dzięki bliskiej współpracy z POZ będzie to **skryning uczulony**, prowadzony w populacji wskazanej przez lekarzy pierwszego kontaktu.<br>6. Każdy pacjent ze wstępnie postawionym rozpoznaniem patologii ucha, nosa, jamy ustnej, gardła i krtani zostanie skierowany do pełnej diagnostyki i leczenia bezpośrednio do Kliniki Otolaryngologii lub do oddziałów laryngologicznych, z którymi Klinika ściśle współpracuje. |
| **Komplementarność programu z innymi działaniami podejmowanymi przez instytucję przedkładającą wniosek** | Max. 1.000 znaków<br><br>Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej ma bogate doświadczenie w zarządzaniu, nadzorowaniu i prowadzeniu badań prospektywnych i rejestrów na masową skalę. Należą do nich m.in. krajowy program powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków czy przesiewowe badania laryngologiczne w populacji wczesnoszkolnej Wolsztyna, Szczecinka i Kołobrzegu. Od roku Klinika jest koordynatorem ministerialnego rejestru nowotworów niezłośliwych dużych gruczołów ślinowych. |

| | |
|---|---|
| **Uwagi:** | Max. 1.000 znaków |

**Fiszka dot. założeń merytorycznych programu zdrowotnego/programu polityki zdrowotnej planowanego do finansowania ze środków EFS na lata 2014-2020**

| | |
|---|---|
| **Tytuł programu** | Max. 150 znaków[1]<br><br>**„PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH SZYJKI MACICY – SZCZEPIENIA PRZECIWKO ZAKAŻENIOM WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) PODOPIECZNYCH PLACÓWEK OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZYCH W WOJEWÓDZTWIE WIELKOPOLSKIM W LATACH 2014 – 2020"** |
| **Instytucja przedkładająca fiszkę programu** | Instytucja Zarządzająca RPO na lata 2014-2020 w Województwie Wielkopolskim [2] |
| | Adres:al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań |
| | Osoba do kontaktu: Alicja Łopatka<br><br>Tel.: 61 626 73 05<br><br>e-mail: alicja.lpatka@umww.pl |
| **Budżet programu (alokacja)** | 160 000 zł |
| **Priorytet Inwestycyjny** | 9iv Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym |
| **Numer i nazwa narzędzia – zgodnie z *„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne"*** | Narzędzie nr 19 "Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych" |
| **Tryb realizacji** | Konkursowy/~~pozakonkursowy~~[3] (w przypadku trybu pozakonkursowego należy przedstawić uzasadnienie - max. 2.000 znaków) |
| **Typ beneficjenta (potencjalni wnioskodawcy)** | Max. 400 znaków<br><br>Podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, instytucje rynku pracy, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), |

[1] Znaki ze spacjami.
[2] Niepotrzebne skreślić i uzupełnić jeśli dotyczy.
[3] Niepotrzebne skreślić.

| | |
|---|---|
| | niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, jednostki organizacyjne jst w zakresie poprawy dostępu do usług wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej, osób starszych i z niepełno sprawnościami, państwowe jednostki budżetowe. |
| **Uzasadnienie realizacji programu** | Max. 4.000 znaków<br>Nowotwory złośliwe zaliczane są do chorób cywilizacyjnych, co oznacza, że częstość z jaką występują w populacji osób dorosłych w sposób systematyczny rośnie, a w przyszłości nie przewiduje się zmniejszenia narażenia na negatywny wpływ podstawowych czynników ryzyka.<br>Zachorowalność na nowotwory złośliwe szyjki macicy nie stanowi największego zagrożenia dla zdrowia kobiet na świecie, gdyż dzięki działaniom poszczególnych państw problem ten został skutecznie wyeliminowany. W porównaniu do innych krajów, zachorowalność w Polsce utrzymuje się niezmiennie na wysokim poziomie.<br>Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2010 roku częstość zachorowań na nowotwory szyjki macicy w Polsce była o ok. 15% wyższa niż średnia dla krajów Europejskich, a umieralność z ich powodu była nawet 70% wyższa w Polsce od przeciętnej dla innych krajów Unii Europejskiej. Z prowadzonych badań i obserwacji wynika, że znacząco częściej rak szyjki macicy rozpoznawany jest u kobiet uprzednio zakażonych wirusem brodawczaka ludzkiego, przed którym skutecznie chronią szczepienia uodparniające. (Około 70% przypadków zachorowań związanych jest z zakażeniem HPV typu 16 i 18, a 90% kłykcin narządów płciowych jest wywoływanych przez typ 6 lub 11 HPV.) Znając czynniki ryzyka zachorowania warto skoncentrować się na zapewnieniu dostępu do szczepień ochronnych dziewczętom przed podjęciem aktywności seksualnej. Uzyskanie odporności powinno poprzedzać inicjację seksualną, bowiem zakażenie przenoszone jest drogą płciową i dotyczy obu płci, stanowiąc czynnik ryzyka zachorowania również na inne postaci nowotworów.<br>Biorąc pod uwagę małą zgłaszalność kobiet na badania dostępne w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, słabą dostępność do szczepień przeciwko HPV i ich rosnącą popularność, jak również niedostatki w zakresie edukacji odnoszącej się do związanych ze zdrowiem nawyków i zachowań, a w konsekwencji prowadzonego stylu życia, realizacja proponowanego programu w grupie docelowej wydaje się być w pełni uzasadniona.<br>Środowiska społeczne z jakich pochodzą podopieczne placówek opiekuńczo-wychowawczych stwarzają podwyższone, w stosunku do rówieśnic, warunki sprzyjające wczesnej inicjacji seksualnej oraz podejmowaniu ryzykownych zachowań seksualnych (wielu partnerów, nadużycia seksualne ze strony dorosłych, demoralizacja itp.). Wychowanie w niepełnej czy dysfunkcjonalnej rodzinie (alkoholizm, przemoc, ubóstwo, demoralizacja, brak oparcia w osobach dorosłych), jak również przebywanie w placówce opiekuńczej niesie z sobą prawdopodobieństwo częstej zmiany miejsca pobytu, co osłabia i niszczy więzi społeczne oraz nie zapewnia stabilnych pozytywnych wzorców pełnienia ról społecznych, w tym ról związanych z własna seksualnością. Nie |

| | |
|---|---|
| | sprzyja też wytworzeniu nawyków prozdrowotnych, co decyduje o dalszym życiu i zdrowiu tej grupy dziewcząt. |
| **Cel programu** | Max. 200 znaków<br>Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy wśród mieszkanek Wielkopolski poprzez objęcie szczepieniami osób z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania |
| **Cele szczegółowe** | Max. 1.000 znaków<br>• Uświadomienie adresatkom oraz ich opiekunom znaczenia profilaktyki raka szyjki macicy, a szerzej zachowań prozdrowotnych i profilaktycznych;<br>• Dostarczenie beneficjentkom oraz ich opiekunom informacji na temat raka szyjki macicy i mechanizmu działania szczepionki HPV oraz zagrożenia dla zdrowia wynikającego z zaniechań i zaniedbań w tym zakresie<br>• Podanie trzech dawek szczepionki przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (Human Papilloma Virus) w cyklu rocznym 13 letnim dziewczętom, mieszkającym w placówkach opiekuńczo-wychowawczych na terenie województwa wielkopolskiego |
| **Grupa docelowa** | Max. 500 znaków<br>13-letnie dziewczęta zamieszkałe na terenie województwa wielkopolskiego w domach dziecka, rodzinnych domach dziecka i przebywających w pogotowiu opiekuńczym, z grup wiekowych adekwatnych do lat jego realizacji. |
| **Ogólny opis schematu programu wraz z opisem planowanych działań** | Max. 5.000 znaków<br>Do działań podejmowanych w ramach programu będą należały:<br>- nawiązanie kontaktu z placówkami opiekuńczo-wychowawczymi z terenu województwa wielkopolskiego i zaproszenie do udziału w programie, urodzonych w wybranym roku podopiecznych. W efekcie utworzona zostanie baza placówek, które chcą wziąć udział w programie, a tym samym możliwe będzie uzyskanie informacji odnośnie liczby mieszkanek tych ośrodków kwalifikujących się do szczepienia w danym roku kalendarzowym.<br>- przeprowadzenie kampanii informacyjno – edukacyjnej w formie spotkań z mieszkankami placówek opiekuńczo – wychowawczych. Planowane jest także wydrukowanie broszur informacyjnych odnośnie zapobiegania nowotworom szyjki macicy, przeznaczonych dla opiekunów i ich podopiecznych. Po przeprowadzeniu każdego spotkania edukacyjnego tworzona będzie lista dziewcząt chętnych do poddania się szczepieniom.<br>- przeprowadzenie poprzedzonego badaniami dopuszczającymi cyklu szczepień w trzech dawkach u każdej z zakwalifikowanych do programu dziewcząt<br>- monitoring i podsumowanie realizacji programu. |
| **Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** | Max. 3.000 znaków<br>Efektem szczepień przeciwko HPV powinno być zmniejszenie liczby zakażeń, a tym samym zmniejszenie zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy, co udowadniają badania wykorzystujące modelowanie matematyczne (modele Markowa i modele dynamiczne). Dzięki temu leczenie onkologiczne w zakresie we wczesnych stadiach rozwoju choroby będzie efektywniejsze i mniej kosztochłonne. |
| **Komplementarność programu z innymi działaniami podejmowanymi przez instytucję przedkładającą wniosek** | Max. 1.000 znaków<br><br>Samorząd województwa prowadzi programy polityki zdrowotnej dot. najważniejszych problemów zdrowotnych w regionie, w tym nowotworów. |

| | |
|---|---|
| | Planuje się dalszą realizację programów polityki zdrowotnej opartych na podobnych założeniach w oparciu o środki unijne. |
| **Uwagi:** | Max. 1.000 znaków |

**Fiszka dot. założeń merytorycznych programu zdrowotnego/programu polityki zdrowotnej planowanego do finansowania ze środków EFS na lata 2014-2020**

| | |
|---|---|
| **Tytuł programu** | Program wielospecjalistycznej terapii osób z wrodzonymi wadami twarzy.[1] |
| **Instytucja przedkładająca fiszkę programu** | Instytucja Zarządzająca RPO na lata 2014-2020 w Województwie Wielkopolskim[2] |
| | Adres:al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań |
| | Osoba do kontaktu: Alicja Łopatka<br><br>Tel.: 61 626 73 05<br><br>e-mail: alicja.lopatka@umww.pl |
| **Budżet programu (alokacja)** | 4 600 000 zł |
| **Priorytet Inwestycyjny** | 9iv Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym |
| **Numer i nazwa narzędzia – zgodnie z *„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”*** | Narzędzie nr 19 “Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych” |
| **Tryb realizacji** | Konkursowy~~/pozakonkursowy~~[3] (w przypadku trybu pozakonkursowego należy przedstawić uzasadnienie - max. 2.000 znaków) |
| **Typ beneficjenta (potencjalni wnioskodawcy)** | Max. 400 znaków<br><br>Podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, instytucje rynku pracy, podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego (a także przedsiębiorcy powstali z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich |

[1] Znaki ze spacjami.
[2] Niepotrzebne skreślić i uzupełnić jeśli dotyczy.
[3] Niepotrzebne skreślić.

| | |
|---|---|
| | jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, jednostki organizacyjne jst w zakresie poprawy dostępu do usług wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej, osób starszych i z niepełno sprawnościami, państwowe jednostki budżetowe. |
| **Uzasadnienie realizacji programu** | Wrodzone wady w obrębie twarzy występują u 2-4% noworodków, Są one najczęstszą przyczyną niepełnosprawności fizycznej u dzieci i nierzadko współistnieją z niepełnosprawnością intelektualną. Urodzenie dziecka z poważną wadą rozwojową twarzy często dramatycznie zaburza funkcjonowanie rodziny, tym bardziej, że osoby z poważnymi wadami rozwojowymi wymagają wieloletniej, wielokierunkowej i kosztownej opieki medycznej, a wiele zespołów wad należy do tak zwanych "rzadkich chorób", które stanowią szczególny problem terapeutyczny. Trudności w leczeniu tych pacjentów spowodowane są niedostatecznie wyjaśnioną przyczyną i mechanizmem ich powstania oraz różnorodnością morfologicznych postaci. Leczenie pacjentów z wadami morfologicznymi twarzy stanowi poważny problem w praktyce klinicznej, gdyż jest ono długotrwałe, wielospecjalistyczne i przebiega wieloetapowo. Dzieci z wrodzonymi wadami twarzy wymagają nie tylko leczenia chirurgicznego, ale także muszą być objęte wielospecjalistyczną opieką pediatryczną, stomatologiczną, logopedyczną czy też foniatryczną. Ze względu na znaczne deformacje twarzy i towarzyszące im zaburzenia mowy bardzo ważna jest również pomoc psychologa oraz fizjoterapeuty w usprawnianiu czynnościowym pacjenta oraz dla ułatwienia w funkcjonowaniu społecznym i realizacji planów zawodowych. |
| **Cel programu** | Ograniczenie negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych u pacjentów z wadami morfologicznymi twarzy |
| **Cele szczegółowe** | Celem programu jest objęcie leczeniem wielospecjalistycznym pacjentów z morfologicznymi zaburzeniami w obrębie twarzy i narządu żucia, wymagających wieloetapowego leczenia przywracającego sprawność czynnościową i morfologiczną poprzez:<br>1. Współpraca z oddziałami położniczymi i neonatologicznymi<br>2. Konsylia lekarskie ustalające wspólnie kolejność i zakres zabiegów z poszczególnych dyscyplin lekarskich i stomatologicznych.<br>3. Specjalistyczne zabiegi lecznicze.<br>4. Opieka logopedyczna usprawniająca mowę.<br>5. Rehabilitacja układu kostno- mięśniowo-stawowego poprzez fizjoterapię.<br>6. Opieka psychologiczna ułatwiająca nawiązywanie relacji społecznych<br>7. Poprawa komunikacji społecznych, aktywności zawodowej jakości życia po zakończeniu leczenia .<br>Stworzenie wielospecjalistycznego zespołu dla leczenia i rehabilitacji dzieci z wrodzonymi wadami twarzy na terenie województwa wielkopolskiego umożliwiać będzie skupienie w jednym miejscu poradni specjalistycznych, których zespoły lekarskie opracowywać będą wspólnie plan terapii, mającej |

| | |
|---|---|
| | na celu usprawnianie czynnościowe, morfologiczne oraz estetyczne znosząc bariery dzieciom w nawiązywaniu relacji społecznych i zawodowych. Wielodyscyplinarna opieka nad pacjentem pozwoli opracować standardy postepowań dla podniesienia jakości terapii i umożliwi dostęp do profesjonalnej wielospecjalistycznej opieki nad dziećmi. Poprzez współprace i oddziałami położniczymi i neonatologicznymi stworzy możliwość dla rodziców bezpośredniego dostępu do wielospecjalistycznej opieki i rehabilitacji dzieci oraz edukacji prozdrowotnej. |
| **Grupa docelowa** | Osoby w wieku do 18 roku życia ze stwierdzonymi wadami morfologicznymi twarzy |
| **Ogólny opis schematu programu wraz z opisem planowanych działań** | 1. Kwalifikacja do programu<br>2. Prowadzenie działań terapeutycznych, uwzględniających:<br>- wielodyscyplinarną diagnostykę zaburzeń morfologiczno-czynnościowych,<br>- specjalistyczne zabiegi lecznicze,<br>- podniesienie kwalifikacji lekarzy uczestniczących w projekcie poprzez opracowanie standardów postępowania leczniczego w terapii,<br>- współpracę zespołów wielospecjalistycznych / konsylia lekarskie/.<br>- rehabilitację mowy,<br>- rehabilitację układu kostno- mięśniowo-stawowego poprzez fizjoterapię<br>- opiekę psychologiczną,<br>- **r**ozpowszechnianie postaw prozdrowotnych.<br>3. Monitoring i ewaluacja programu |
| **Wpływ realizacji programu na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** | Program podnosi efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań wielospecjalistycznych dla pacjentów, nie ujętych w obecnym finansowaniu. |
| **Komplementarność programu z innymi działaniami podejmowanymi przez instytucję przedkładającą wniosek** | Samorząd województwa wielkopolskiego realizuje programy polityki zdrowotnej dot. najważniejszych problemów zdrowotnych i likwidacji nierówności w zdrowiu w regionie. Niniejszy program jest w stosunku do nich komplementarny. |
| **Uwagi:** | Potencjalnymi wnioskodawcami i realizującymi program są uczelnie medyczne oraz podmioty, dla których są one organami założycielskimi, jeśli podmioty te prowadzą działalność w zakresie stomatologii. |

# Fiszka dla projektu realizowanego w trybie pozakonkursowym w obszarze ochrony zdrowia w ramach Europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych 2014-2020*

| MODUŁ I PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE | | | |
|---|---|---|---|
| I.1 | Nazwa właściwego Funduszu | *Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego* | |
| I.2 | Numer i nazwa Celu Tematycznego i Priorytetu Inwestycyjnego | cel: | *CT9 Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją* |
| | | priorytet: | *PI9a Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych* |
| I.3 | Nazwa Programu Operacyjnego | *Regionalny Program Operacyjny Województwa Wielkopolskiego 2014-2020* | |
| I.4 | Numer i nazwa adekwatnego narzędzia implementacyjnego w *Policy Paper* | *16. Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych jednostek zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie).* | |
| I.5 | Numer i nazwa działania / poddziałania w PO | *Działanie 9.1. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną*<br><br>*Poddziałanie 9.1.1. Infrastruktura ochrony zdrowia* | |
| I.6 | Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia[1] | *RPO.WWL.9.P.1* | |
| I.7 | Tytuł lub zakres projektu | *Budowa Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka (szpitala pediatrycznego) wraz z jego wyposażeniem* | |
| I.8 | Typ/typy projektów określonych w Programie Operacyjnym lub w SZOOP, w które wpisują się działania planowane w projekcie | *Projekty podmiotów leczniczych o znaczeniu regionalnym i lokalnym, polegające m.in. na:*<br>*a) przeprowadzeniu niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych prac remontowo-budowlanych w tym, w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami,*<br>*b) wyposażeniu w sprzęt medyczny,*<br>*c) rozwiązaniach w zakresie IT (oprogramowanie, sprzęt) – wyłącznie jako element projektu.*<br><br>***oraz pkt. 15.10*** *Budowa nowych obiektów ochrony zdrowia, rozbudowa placówek lub zwiększanie liczby łóżek będzie dopuszczalne w uzasadnionych przypadkach.*<br><br>*Projekt wynika z zapisów Wielkopolskiego Regionalnego Program Operacyjnego na lata 2014-2020: Priorytet Inwestycyjny 9a Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną (…) str. 245 oraz Sekcja 12.1 Duże projekty, których realizację zaplanowano w okresie programowania str. 361.* | |
| I.9 | Instytucja zgłaszająca | *Instytucja Zarządzająca Wielkopolskim Regionalnym Programem Operacyjnym na lata 2014-2020* | |
| I.10 | Podmiot, który będzie wnioskodawcą, wraz ze wskazaniem kodu TERYT[2] | *Samorząd Województwa Wielkopolskiego, adres: Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu z siedzibą przy. al. Niepodległości 34, w imieniu i na rzecz Samorządu WW - "Szpitale Wielkopolski" sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu, ul. Lutycka 34, 60-415 Poznań* | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | *powiat* | m. Poznań | ***TERYT:*** | ***30 64*** |
| I.11 | Lokalizacja inwestycji, wraz ze wskazaniem kodu TERYT | *m. Poznań, ul. Lutycka* | | | |
| | | *powiat* | m. Poznań | ***TERYT:*** | ***30 64*** |
| I.12 | Obszar oddziaływania projektu<br>ogólnopolski /<br>województwo /<br>powiat | *30 01-chodzieski, 30 02-czarnkowsko-trzcianecki, 30 03-gnieźnieński, 30 04-gostyński, 30 05-grodziski (wielkopolski), 30 06-jarociński, 30 07-kaliski, 30 61-m. Kalisz, 30 08-kępiński, 30 09-kolski, 30 62-m. Konin, 30 10-koniński, 30 11-kościański, 30 12-krotoszyński, 30 13-leszczyński, 30 63-m. Leszno, 30 14-międzychodzki, 30 15-nowotomyski, 30 16-obornicki, 30 17-ostrowski (wielkopolski), 30 18-ostrzeszowski, 30 19-pilski, 30 20-pleszewski, 30 21-poznański, 30 22-rawicki, 30 23-słupecki, 30 24-szamotulski, 30 25-średzki (wielkopolski), 30 26-śremski, 30 27-turecki, 30 28-wągrowiecki, 30 29-wolsztyński, 30 30-wrzesiński, 30 31-złotowski* | | | |
| I.13 | Duży projekt[3] | TAK | | | |
| I.14 | Planowany okres realizacji projektu | Planowana data rozpoczęcia (kwartał, rok) | IV kw.2015 | Planowana data zakończenia | IV kw.2018 |

**MODUŁ II UZASADNIENIE REALIZACJI PROJEKTU W TRYBIE POZAKONKURSOWYM**

| | | |
|---|---|---|
| II.1 | Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą wraz z uzasadnieniem celowości realizacji projektu w trybie pozakonkursowym[4] | Inwestycja ta ma charakter strategiczny dla Samorządu Województwa, który ma za zadanie zabezpieczyć dostępność świadczeń w zakresie lecznictwa szpitalnego dla ponad 320 tys. dzieci w regionie. Istniejący SZOZ nad Matką i Dzieckiem hospitalizuje ponad 33 tys. pacjentów rocznie, w tym 17 tys. dzieci.<br>Dzięki tej inwestycji zdecydowanie poprawi się stan infrastruktury zdrowotnej w zakresie opieki nad dziećmi, a także zwiększy się liczba osób korzystających ze wspartej infrastruktury.<br>Wiodącym ośrodkiem opieki pediatrycznej w województwie jest obecnie Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, do którego należy zapewnienie kompleksowej opieki pediatrycznej, zarówno w zakresie podstawowym, jak i specjalistycznym, a także opieki położniczo-ginekologicznej. Istniejąca infrastruktura Zespołu jest przestarzała i wymaga remontów, jednak są one bardzo kosztowne, a ponadto w dużym zakresie nie są one możliwe do realizacji m.in. ze względu na stosunki własnościowe nieruchomości zajmowanych przez Szpital. Stan techniczny części użytkowanych budynków nie spełnia wymagań dla prowadzenia tego typu działalności. Konieczne jest spełnienie minimalnych wymogów określonych w obowiązujących przepisach. Co istotne, w całym regionie brakuje szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci. W nowym szpitalu taki oddział jest przewidziany. (finansowanie SOR z POIiŚ)<br>W związku z tym jedynym rozwiązaniem, które daje szansę kompleksowej poprawy sytuacji, jest budowa nowego szpitala dziecięcego. Tylko takie rozwiązanie gwarantuje prowadzenie nowoczesnej, prowadzonej na wysokim poziomie działalności leczniczo-rehabilitacyjnej przy pomocy wysokiej jakości aparatury i sprzętu, w warunkach przyjaznych tak szczególnej grupie pacjentów, jaką stanowią dzieci i młodzież. Dobre warunki, jakie można stworzyć przez budowę nowego szpitala i wyposażenie go w wysokiej klasy sprzęt i aparaturę pozwolą także na optymalne wykorzystanie potencjału i kompetencji kadry medycznej zatrudnionej w szpitalu dla zapewnienia odpowiedniego poziomu realizacji specjalistycznych procedur medycznych. Koncepcja nowego szpitala zakłada, że będzie on prowadził działalność przejętą z istniejących obecnie dwóch jednostek, uwzględniającą zmiany zachodzące w procesach diagnostyczno-terapeutycznych:<br>a) SZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, który hospitalizuje ponad 33000 pacjentów rocznie, w tym 17000 małych pacjentów,<br>b) Ośrodka Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Kiekrzu, w którym wykonuje się 220000 procedur fizjo- i fizykoterapii hospitalizuje ponad 1000 pacjentów rocznie. |

| | | |
|---|---|---|
| II.2 | Czy występuje prawny obowiązek realizacji określonych zadań przez dany podmiot lub grupę podmiotów, wynikający z przepisów prawa lub dokumentów strategicznych, w szczególności występowania monopolu kompetencyjnego[5]? | NIE<br>---------- *pozostaw pole puste* ---------- |
| II.3 | Czy typ projektu został przewidziany w PO lub szczegółowym opisie osi priorytetowych PO do realizacji w trybie pozakonkursowym? | TAK |
| II.4 | Czy projekt jest zgodny z /wskazany w dokumentach strategicznych lub implementacyjnych odpowiadających zakresowi danego programu operacyjnego, np. w strategiach rozwoju, strategiach ZIT, dokumentach o których mowa w art. 36 ust. 1 rozporządzenia ogólnego, programach wieloletnich w rozumieniu art. 136 ustawy o finansach publicznych lub dokumentach wynikających z warunkowości ex-ante[6]? | TAK<br>*1. Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do roku 2020, przyjęta 17 grudnia 2012 roku: Rozdział 7 Oczekiwania Strategii Rozwoju Województwa Wielkopolskiego względem polityki Rządu, str. 160 2. Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014-2020 (grudzień 2014r.): Priorytet Inwestycyjny 9a Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną (…) str. 245 oraz Sekcja 12.1 Duże projekty, których realizację zaplanowano w okresie programowania str. 361 3. Strategia Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych w Miejskim Obszarze Funkcjonalnym Poznania, czerwiec 2015r. : „Ochrona Zdrowia" str. 72* |
| II.5 | Czy projekt jest uwzględniony w Kontrakcie Terytorialnym? | TAK - Jest samodzielnym projektem<br>---------- *pozostaw pole puste* ---------- |

**MODUŁ III KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU WRAZ Z UZASADNIENIEM CELOWOŚCI JEGO REALIZACJI**

III.I Krótki opis planowanego do realizacji projektu poprzez wypełnienie matrycy logicznej[7]:

| | Opis | Wskaźniki | Źródła weryfikacji | Założenia |
|---|---|---|---|---|
| Cel ogólny | Budowa nowej siedziby dla szpitala pediatrycznego | Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego | Pozytywna decyzja ws. dopuszczenia do użytkowania obiektu | Wartość bazowa – 0<br>Wartość oczekiwana - 1 |
| Cele szczegółowe | Przeniesienie części działalności obecnych podmiotów leczn.: SZOZ nad Matką i Dzieckiem oraz Ośrodka w Kiekrzu | Liczba Oddziałów i poradni specjalistycznych | Kontrakt z NFZ | przeniesienie 1:1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rezultaty | Objęcie opieką specjalistyczną mieszkańców woj. Wielkopolskiego | Liczba hospitalizowanych w podmiocie leczniczym / rok | Rozliczenie z NFZ (statystyka med.) | 17. 000 / rok<br>+ 30. 000 / rok (w ramach SOR finansowanego z POIiŚ) |
| Działania | Hospitalizacja oraz udzielone porady AOS | Liczba wykonanych procedur / liczba udzielonych porad / rok | Rozliczenie z NFZ (statystyka med.) | Przeniesienie co najmniej 1:1 |

| | | |
|---|---|---|
| III.2 | Diagnoza celowości realizacji projektu w kontekście map potrzeb zdrowotnych | TAK |
| | | *Uzasadnienie (diagnoza) potrzeby realizacji projektu w danym obszarze poprzez wykazanie odpowiednich danych wynikających z dostępnych wnioskodawcy źródeł/ rejestrów, a jeżeli jest wymagana mapa potrzeb zdrowotnych – adekwatnych danych z map – wraz z uzasadnieniem celowości realizacji projektu potwierdzonym pozytywną opinią Wojewody[8], jeśli dotyczy.*<br><br>*Na podstawie wyników przeprowadzonej analizy otoczenia (np. powiatach, województwie i obszarach województwa/województw sąsiadującego na które może oddziaływać projekt lub jednostka biorąca udział w projekcie), należy krótko uzasadnić, że projekt będzie prowadził do wspierania działań adekwatnych do potrzeb i nie będzie powodował nakładania się przedsięwzięć.* |
| | | Istnieje około 80 szpitali publicznych w Wielkopolsce, ale zaledwie 2 są wyspecjalizowane w opiece nad dzieckiem w tym SZOZ nad Matką i Dzieckiem. Rehabilitacja dziecięca realizowana jest na bazie 100 łóżkowego Ośrodka w Poznaniu-Kiekrzu.<br>W wyniku realizacji Inwestycji, będzie możliwe wygenerowanie następujących pozytywnych zmian w działalności SZOZ w kontekście celów do osiągnięcia przez Województwo Wielkopolskie:<br>1. skupienie rozproszonych obecnie placówek w jednym, nowoczesnym, wysokospecjalistycznym kompleksie;<br>2. poprawa jakości, kompleksowości i dostępności świadczeń;<br>3. poprawa bezpieczeństwa i komfortu pacjentów;<br>4. poprawa warunków wykonywania działalności medycznej;<br>5. poprawa efektywności ekonomicznej i finansowej działalności Szpitala.<br>Konieczność budowy nowoczesnej siedziby dla SZOZ wynika ze stanu infrastruktury wspierającej opiekę medyczną w Województwie.<br>Na pilną potrzebę powstania nowego Szpitala ze względu na istniejące potrzeby, które nie mogą być zaspokojone ani w obecnych warunkach ani w ramach modernizacji czy rozbudowy poszczególnych placówek, wskazali jednoznacznie regionalni konsultanci w ramach poszczególnych specjalności:<br>- Konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – Prof. dr hab. Andrzej Rajewski,<br>- Konsultant wojewódzki w rehabilitacji medycznej – Prof. dr hab. Wanda Stryła,<br>- Konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii – Prof. dr hab. Mariola Ropacka-Lesiak,<br>- Konsultant wojewódzki w dziedzinie pediatrii – Prof. dr hab. Jacek Wysocki.<br><br>W dniu 26 czerwca br. wystąpiono z wnioskiem do Wojewody Wielkopolskiego o wydanie opinii o celowości przedmiotowej inwestycji. W załączniku kopia odpowiedzi od Wojewody Wlkp. |
| III.3 | Czy projekt zakłada generowanie dochodu? | NIE |

| | | |
|---|---|---|
| III.4 | Czy wsparcie będzie stanowiło pomoc publiczną? | NIE |
| | | *W przypadku zaznaczenia tej opcji należy wskazać przyczynę uznania, że wsparcie nie stanowi pomocy publicznej* |
| | | Pomocą publiczną jest wsparcie dla podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu unijnego prawa konkurencji.<br>Zgodnie z orzecznictwem Komisji Europejskiej /KE/ przedsiębiorcą w UE jest podmiot prowadzący działalność gospodarczą w rozumieniu unijnego prawa konkurencji czyli każdy podmiot /bez względu na jego osobowość prawną/ świadczący usługi lub sprzedający towar na rynku konkurencyjnym.<br>Mając na uwadze powyższe oraz fakt, iż obecnie funkcjonujące podmioty tj. SZOZ nad Matką i Dzieckiem oraz Ośrodek Rehabilitacyjny w Kiekrzu realizujące swoją działalność w ramach kontraktów / umów zawartych z NFZ (brak wpływu na rynek zagraniczny), a działalność ich zostanie wyłącznie przeniesiona do nowego budynku, podmioty te nie będą stanowić konkurencji dla innych podmiotów (krajowych). Struktura rynku usług medycznych pozostanie bez zmian.<br>W związku z powyższym pomoc w realizacji projektu nie stanowi pomocy publicznej, gdyż nie spełnia łącznie powyższych przesłanek. |
| III.5 | Resortowy kod identyfikacyjny[9] | *31* |
| **MODUŁ IV: REKOMENDACJE KOMITETU STERUJĄCEGO DOT. KRYTERIÓW WYBORU PROJEKTÓW WRAZ Z ANALIZĄ KOMPLEMENTARNOŚCI, SKUTECZNOŚCI I EFEKTYWNOŚCI W TYM KOSZTOWEJ PROJEKTU** | | |
| | | TAK |
| | | W przypadku odpowiedzi pozytywnej proszę wykazać komplementarność, co najmniej w zakresie tematyki i obszaru realizacji projektu w odniesieniu do infrastruktury istniejącej, innych adekwatnych projektów, działań itp. w ramach tego samego Programu Operacyjnego, innych Programów Operacyjnych, innych instrumentów Unii[14], innych środków zagranicznych, innych działań finansowanych ze środków krajowych lub środków własnych beneficjenta.<br>Ponadto, należy odnieść się do danych zawartych w Planie działań dot. zadań finansowanych ze środków publicznych, w szczególności w jego załączniku nr 1 oraz identyfikatorów wskazanych tam przedsięwzięć, w przypadku gdy są komplementarne.[14] |

| | | |
|---|---|---|
| IV.1 | Czy projekt przewiduje zachowanie zasady komplementarności[11] w obszarze ochrony zdrowia[12]? | Planowany do realizacji projekt jest komplementarny w stosunku do wskazanych poniżej projektów realizowanych przez Samorząd Województwa w obszarze działań z zakresu ochrony zdrowia w ramach perspektywy finansowej 2007-2013 w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego.<br>1. Usługa szerokopasmowej bezpiecznej transmisji danych dla wymiany danych pomiędzy podmiotami leczniczymi podległymi Sejmikowi Województwa Wielkopolskiego i Urzędem Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego (kwota całkowita 7 500 000,00 zł, kwota dofinansowania 7 423 782,30 zł). 2. Usługi elektroniczne służące zarządzaniu na poziomie wojewódzkim skierowane do podmiotów leczniczych podległych Sejmikowi Województwa Wielkopolskiego (kwota całkowita 32 499 999,99 zł, kwota dofinansowania 32 173 782,29 zł). 3. Wyposażenia środowisk informatycznych jednostek ochrony zdrowia podległych SWW w narzędzia informatyczne umożliwiające wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej - partnerami projektu są (Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej; Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego; Szpital Wojewódzki w Poznaniu; Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie; Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu; Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie w Poznaniu; Poznański Ośrodek Reumatologiczny SPZOZ w Śremie; Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego; Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu; Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczy im. O .Bielawskiego; Wielkopolskie Centrum Ratownictwa Medycznego sp. z o.o. w Koninie; Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych "Dziekanka" im. A. Piotrowskiego; Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu; Zakład Leczenia Uzależnień); (kwota całkowita 13 847 772,70 zł, kwota dofinansowania 13 709 294,97 zł);<br>4. Zakup sprzętu i ucyfrowienie Zakładu Diagnostyki Obrazowej SZOZ-u nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, wnioskodawcą jest Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, (kwota całkowita 2 847 760,00 zł, 2 128 320,00 zł). W związku z faktem , iż zgodnie z zapisami art. 14 pkt.2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, samorząd odpowiada za prowadzenie działań w zakresie ochrony zdrowia. W związku z powyższym uznać należy, iż wszelkie projekty składane w obszarze opieki zdrowotnej są względem siebie komplementarne tworząc jeden system ochrony zdrowia na terenie województwa wielkopolskiego. Przewidziany do realizacji projekt będzie zgodny także z Planem działań oraz listą projektów przewidzianych do finansowania w 2015 roku. |
| IV.2 | Czy projekt zakłada realizację działań w kontekście zwiększenia skuteczności i efektywności w tym kosztowej projektu[15]? | TAK |
| | | W przypadku odpowiedzi pozytywnej należy przedstawić szczegółowe i rzetelne informacje w zakresie zapewnienia w jak największym stopniu efektywności, w tym kosztowej projektu. |
| | | Jak wynika z danych statystycznych potencjał gospodarczy obszaru objętego projektem jest ogromny, jednak nietrudno zauważyć bariery jego rozwoju w postaci braków infrastrukturalnych w dziedzinach istotnie wpływających na jakość życia takich jak np. ochrona zdrowia i dostęp do świadczeń medycznych. Szczególnie istotne braki występują w zakresie placówek leczniczych, opiekuńczo-terapeutycznych i rehabilitacyjnych o odpowiednich standardach leczenia przeznaczonych m.in. dla dzieci wymagających opieki specjalistycznej. Rezultatem realizacji projektu będzie poprawa świadczonych usług zdrowotnych w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb mieszkańców regionu. Brak odpowiedniej infrastruktury zdrowotnej we wspomnianych powyżej obszarach uzasadnia efektywność realizacji niniejszego projektu. Ponadto to jak wskazano w Policy Paper dla ochrony Zdrowia na lata 2014 -2020 umieralność na obszarze całego kraju w tym w szczególności dzieci do ukończenia pierwszego roku życia jest zdecydowanie większa niż w innych krajach Unii Europejskiej. Dzięki planowanej do realizacji inwestycji w znacznym stopniu unowocześnione zostanie zaplecze infrastrukturalne umożliwiające odwrócenie negatywnych trendów demograficznych. Planowany do realizacji projekt wykazuje także efektywność kosztową, szczegółowe dane finansowe przedstawione zostaną w studium wykonalności, które stanowić będzie załącznik do właściwego wniosku o dofinansowanie. |
| | | TAK |

| | | |
|---|---|---|
| | | *W przypadku odpowiedzi pozytywnej proszę opisać w jaki sposób[16]* |
| IV.3 | Czy projekt przewiduje poprawę w zakresie efektywności finansowej podmiotu? | Planowana do realizacji inwestycja przyczyni się do utworzenia nowego podmiotu, który przejmie jak wskazano w punkcie IV.6 część działalności Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu oraz Ośrodka Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Kiekrzu. Planowana do przeprowadzenia reorganizacja wraz z niezbędną restrukturyzają oraz planowane do zastosowania rozwiązania techniczne w znacznym stopniu wpłyną na podniesienie efektywnosci finansowej w zakresie świadczonych usług oraz zarządzania jednostką. Szczegółowe wyliczenia efektywności finansowej przedstawione zostaną w studium wykonalności stanowiącym załącznik do wniosku o dofinansowanie. |
| IV.4 | Czy wnioskodawca zapewnia zachowanie zasady trwałości projektów współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych?[17] | TAK |
| | | W przypadku odpowiedzi pozytywnej należy przedstawić szczegółowe i rzetelne informacje w jaki sposób wnioskodawca zapewni zachowanie zasady trwałości projektu. |
| | | WCZD przejmie odpowiadającą profilowi część działalności istniejącego SZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu oraz Ośrodka Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Kiekrzu. Zapewnia to ciągłość prowadzonej działalności przez te podmioty w nowym budynku, realizowaną w ramach kontraktu z NFZ. Ponadto wskazuje się, iż zostanie zachowana trwałość projektu, podczas okresu trwałości nie wystąpią przesłanki wskazane art 71 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 1303/2013 |
| IV.5 | Czy wnioskodawca przewiduje działania konsolidacyjne lub inne formy współpracy podmiotów leczniczych? | NIE |
| | | ---------- |
| | | |
| IV.6 | Czy wnioskodawca zakłada działania w zakresie reorganizacji lub restrukturyzacji wewnątrz podmiotów leczniczych, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów? | TAK |
| | | *W przypadku odpowiedzi pozytywnej należy przedstawić szczegółowe i rzetelne informacje w zakresie reorganizacji lub restrukturyzacji wewnątrz podmiotów leczniczych, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów. Deficyty należy przedstawiać adekwatnie do zasięgu oddziaływania planowanego do realizacji projektu.* |
| | | Nowy szpital – Wielkopolskie Centrum Zdrowia Dziecka, powstanie w sąsiedztwie Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu posiadającego własne lądowisko dla helikopterów oraz istniejące warunki komunikacyjne i uzbrojenie terenu. Planowana placówka jest nową inwestycją, nowy szpital przejmie część działalności Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu oraz Ośrodka Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Kiekrzu. Powstanie Szpitalny Oddział Ratunkowy (POIŚ), którego brak w województwie wielkopolskim dla dzieci. Centrum będzie świadczyć usługi medyczne w zakresie hospitalizacji oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej o profilach: pediatrycznym, neonatologicznym oraz rehabilitacyjnym. Realizacja tego projektu wpłynie na reorganizację i restrukturyzację dotychczasowych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objetym projektem. |
| | | TAK |

| | | |
|---|---|---|
| IV.7 | Czy projekt zakłada realizację inwestycji przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (beneficjent posiada umowę zawartą z właściwym oddziałem NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, objętych zakresem projektu, a w przypadku projektu przewidującego rozwój działalności medycznej, beneficjent zobowiązuje się posiadać ww. umowę najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu realizacji projektu)[19]? | ---------- |

| | | | |
|---|---|---|---|
| IV.8 | Czy projekt zakłada przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz czy będzie promował przejście od opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej zgodnie z „Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności" oraz z „Programem Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu"? | NIE | |
| | | ------- | |
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| IV.9 | Czy realizacja projektu zakłada powstawanie i rozwój środowiskowych form opieki nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi, osobami mającymi problemy ze zdrowiem psychicznym, osobami starszymi, osobami wykluczonymi społecznie bądź zagrożonymi wykluczeniem społecznym, a także usługi społeczne i zdrowotne świadczone w ramach działalności podmiotów ekonomii społecznej? | NIE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| IV.10 | Inne kryteria | 1 | |

**MODUŁ V BUDŻET PROJEKTU**

| Szacowany koszt całkowity | w tym cross-financing | Szacunkowy koszt kwalifikowalny | Szacunkowa kwota dofinansowania UE |
|---|---|---|---|
| w mln PLN | w mln PLN | w mln PLN | w mln PLN |
| *288,0 mln* | | *288,0 mln* | *244,8 mln* |

**PODPIS PRZEDSTAWICIELA IZ/IP UPOWAŻNIONEGO DO PODEJMOWANIA DECYZJI W ZAKRESIE PLANU DZIAŁAŃ I JEGO ZAŁĄCZNIKÓW**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych | | Miejscowość, data | |

**Załącznik (1)**
Opinia o celowości realizacji inwestycji wydana przez właściwego Wojewodę, o której mowa w pkt III.2 *(jeśli dotyczy)*

---

* moduły fiszki są wypełniane przez właściwe instytucje (IZ/IP/wnioskodawca), zgodnie z ustaleniami w ramach odpowiednich Programów Operacyjnych z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność za prawidłowe i rzetelnie wypełnione dane ponosi instytucja przekazująca fiszkę do uzgodnienia Komitetu Sterującego.

[1] Unikalny numer tworzony jest wg wzoru: skrócona nazwa programu operacyjnego/skrót nazwy województwa. numer osi priorytetowej. litera ”P” - dotyczy projektu pozakonkursowego. kolejny numer projektu (np. POIŚ.5.P.XXX).

[2] Krajowy Rejestr Urzędowy Podziału Terytorialnego Kraju - zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. z 1998 r. Nr 157, poz. 1031).

[3]W rozumieniu art. 100 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006.

[4] W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146) oraz zgodnie z Umową Partnerstwa (Podrozdział 5.2.1)..

[5] Zgodnie z Umową Partnerstwa część 5.2.1.

[6] Zgodnie z brzmieniem zapisu ust. 2 Podrozdziału 8.2 Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020.

[7] Szablon matrycy logicznej zgodny z rekomendowanymi przez KE i MIiR przykładami, dostępnymi na stronie: https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403_en_2.pdf oraz https://www.efs.2007

[8] Zgodnie z zapisami art. 95d ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. W zakresie Państwowego Ratownictwa Medycznego (POIŚ 2014-2020), zgodność z wojewódzkim Planem Działania Systemu PRM.

[9] Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U.12.594 z późn. zm.).

[10] Zgodnie z załącznikiem nr 2 do Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

[11] Należy wskazać komplementarność z innymi projektami realizowanymi z udziałem środków UE, innych środków zagranicznych, środków krajowych lub środków własnych beneficjenta. Rekomenduje się aby posługiwać się definicją komplementarności przyjętą w dniu 22 marca 2012 r. przez Komitet Koordynacyjny Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia na lata 2007 - 2013 w ramach Uchwały nr 64 w sprawie definicji „komplementarności", zgodnie z którą: Komplementarność polityk, strategii, programów, działań, projektów to ich dopełnianie się prowadzące do realizacji określonego celu. Podkreślić należy, że do uznania działań czy projektów za komplementarne nie jest wystarczające spełnienie przesłanki takiego samego lub wspólnego celu, gdyż ten warunek może być wypełniony w odniesieniu do projektów konkurujących ze sobą. Warunkiem koniecznym do określenia działań/projektów jako komplementarne jest ich uzupełniający się charakter, wykluczający powielanie się działań.

[12] Komplementarność będzie weryfikowana na podstawie załącznika nr 1 do Planu działań oraz listy programów/działań/projektów finansowanych w 2015 r. ze środków krajowych oraz środków europejskich (w części 46 – Zdrowie) przyjętej uchwałą Komitetu Sterującego.

[13] Kryterium obligatoryjne. Niespełnienie niniejszego kryterium skutkuje brakiem akceptacji fiszki projektu.

[14] Zgodnie z art. 4 ust. 2 oraz załącznikiem nr 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006.

[15] Zgodnie z katalogiem wskaźników przekazanym w dokumencie Komitetu Sterującego dotyczącym kryteriów wyboru projektów, sugeruje się wykorzystanie co najmniej po jednym wskaźniku w zakresie analizy ekonomicznej dotyczących: 1. Płynności finansowej 2. Zadłużenia, 3. Rentowności.

[16] Kryterium obligatoryjne. Niespełnienie niniejszego kryterium skutkuje brakiem akceptacji fiszki projektu.

[17] Trwałość projektu w rozumieniu zapisów art. 71 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 lub odpowiednie zapisy w zakresie trwałości adekwatne dla danego funduszu (tj. inne dla EFS oraz inne dla EFRR).

[18] Kryterium obligatoryjne. Niespełnienie niniejszego kryterium skutkuje brakiem akceptacji fiszki projektu.

[19] W przypadku poszerzenia działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, złożone zostanie zobowiązanie do posiadania umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej objętych zakresem projektu finansowanych ze środków publicznych najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu.

[20] Kryterium obligatoryjne. Niespełnienie niniejszego kryterium skutkuje brakiem akceptacji fiszki projektu (nie dotyczy projektów w zakresie projektów dotyczących obszaru zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 2c).