

Uchwała Nr 1987/2020  
Zarządu Województwa Wielkopolskiego  
z dnia 12 marca 2020 r.

w sprawie: ogłoszenia konkursów ofert na wybór realizatorów programów polityki zdrowotnej w 2020 roku

Na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2019 r. poz. 512) oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373), Zarząd Województwa Wielkopolskiego uchwala co następuje:

§ 1

Ogłasza się konkursy ofert na wyłonienie realizatorów następujących programów polityki zdrowotnej, stanowiących kolejno załączniki do niniejszej uchwały:

1. Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów;  
– kwota na realizację programu w 2020 roku – 150.000,00 zł.
2. Program profilaktyczny wczesnego wykrywania gruźlicy;  
– kwota na realizację programu w 2020 roku – 140.000,00 zł.
3. Program profilaktyczny schorzeń układu oddechowego dla mieszkańców gmin województwa wielkopolskiego na lata 2014-2020;  
– kwota na realizację programu w 2020 roku – 300.000,00 zł.
4. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu moczowo-płciowego mężczyzn w województwie wielkopolskim w latach 2014-2020;  
– kwota na realizację programu w 2020 roku – 400.000,00 zł.
5. Program profilaktyki nowotworów złośliwych szyjki macicy-szczepienia przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych w województwie wielkopolskim w latach 2014-2020; rocznik 2007;  
– kwota na realizację programu w 2020 roku – 50.000,00 zł.

Formularz ofertowy stanowi załącznik nr 6 do niniejszej uchwały.

§ 2

Uchwała wraz z załącznikami zamieszczona zostanie na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej UMWW.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Marszałek Województwa  
Marek Woźniak*

Uzasadnienie do Uchwały Nr 1987/2020  
Zarządu Województwa Wielkopolskiego  
z dnia 12 marca 2020 r.

Zgodnie z przytoczonymi w treści uchwały przepisami prawnymi, organem, który wykonuje budżet województwa wielkopolskiego jest Zarząd Województwa.

Samorząd Województwa realizuje zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia zgodnie z ustawą z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie województwa, ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Zgodnie z dokumentem pn. „Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020”, przyjętym do realizacji przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego w dniu 23 stycznia 2014 roku, stanowiącym założenia polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, realizowane są programy polityki zdrowotnej dotyczące najczęściej występujących w populacji mieszkańców Wielkopolski problemów zdrowotnych tj. nowotworów oraz schorzeń układu oddechowego i zaburzeń zdrowia psychicznego.

Środki finansowe na realizację programów polityki zdrowotnej są zabezpieczone w budżecie województwa wielkopolskiego na 2020 rok w rozdziale 85149 § 2780 w wysokości 1.500.000 zł (w tym: sektor finansów publicznych 690.000 zł; sektor finansów niepublicznych 810.000 zł).

W związku z powyższym przyjęcie niniejszej uchwały jest zasadne.

*Marzena Wodzińska*  
*Członek Zarządu*

## Ogłoszenie

konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów".

### I. Przedmiot konkursu:

Przedmiotem konkursu jest realizacja w 2020 roku programu polityki zdrowotnej pn. "Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów", który stanowi załącznik do niniejszego ogłoszenia.

Kwota przeznaczona na realizację programu w 2020 roku wynosi 150.000,00 zł.

**Koszty kwalifikowane:** promocja programu, psychoedukacja, terapia grupowa, terapia zajęciowa, socjoterapia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowań, koszty administracyjne.

**Koszty administracyjne** nie mogą przekroczyć 15% kwoty przeznaczonej na realizację programu.

**Termin realizacji** programu od dnia zawarcia umowy do 31 grudnia 2020 r.

### II. Oferenci:

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190).

### III. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej.

#### A. Wymagania formalne:

Oferenci wskazani w ogłoszeniu muszą spełniać kryteria wynikające z art.17 ust.1 lub odpowiednio z art.18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190).

Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów – kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta:

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopia rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo-rozwojowych itp.)
2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).
4. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z zakresie niezbędnym do realizacji programu.
5. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.

8. Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

#### **B. Wymagania merytoryczne:**

Ponadto oferenci muszą spełniać szczegółowe warunki:

- 1) Podmiot prowadzący działalność leczniczą, specjalizujący się w psychiatrii dorosłych spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone obowiązującymi przepisami prawa; posiadający minimum 7-letnie doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej z zakresu zdrowia psychicznego.
- 2) Posiadanie sprzętu komputerowego umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.
- 3) Kwalifikacje personelu medycznego :
  - lekarz psychiatra
  - psycholog
  - terapeuta zajęciowy, środowiskowy
  - pracownicy socjalni
- 4) Zapewnienie procedury naboru i przeprowadzenia zajęć w zakresie psychoedukacji, terapii grupowej, terapii zajęciowej, socjoterapii.

#### **IV. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę należy przesłać pocztą na adres:

Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego  
Departament Zdrowia, Al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań

lub złożyć osobiście w zaklejonej kopercie w Punkcie Kancelaryjnym Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego – parter hol główny po prawej stronie w godzinach pracy Urzędu (poniedziałek-piątek 7.30 – 15.30).

Koperta powinna być opisana poprzez oznaczenie nazwy i adresu oferenta oraz opatrzona informacją „*Oferta na konkurs wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów"*”.

2. Ostateczny termin składania ofert upływa 27 marca 2020 r. (nie decyduje data stempla pocztowego).
3. Oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i nie będą rozpatrywane.
4. Oferta winna być sporządzona według wzoru formularza ofertowego.
5. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane załączniki.
6. Formularz oferty można pobrać ze strony:  
[www.umww.pl/departamenty/departamentzdrowia/zdrowiepubliczne/programypolityki\\_zdrowotnej/konkursy](http://www.umww.pl/departamenty/departamentzdrowia/zdrowiepubliczne/programypolityki_zdrowotnej/konkursy)
7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

#### **V. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu.**

1. Informacje dotyczące konkursu udzielane są w Wydziale Zdrowia Publicznego Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, tel. 61 62 66 357.
2. Oferent może wystąpić z pisemnym zapytaniem dotyczącym warunków konkursu ofert i uzyskać wyjaśnienia drogą elektroniczną na adres mailowy: [zdrowie@umww.pl](mailto:zdrowie@umww.pl)
3. Termin przyjmowania zapytań upływa na 3 dni przed terminem składania ofert.

## **VI. Otwarcie, ocena i wybór ofert.**

1. Konkurs składa się z dwóch etapów.
2. W pierwszym etapie Departament Zdrowia UMWW dokonuje oceny pod względem formalnym:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - b) otwiera koperty z ofertami,
  - c) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,
  - d) odrzuca oferty sporządzone wadliwie bądź niekompletne oraz złożone po terminie.
3. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty tj.:
  - a) ocenia oferty pod względem merytorycznym stosując następujące kryteria oraz punktację:
    - jednostkowy koszt proponowanych działań: do 30 pkt
    - warunki kadrowe i kwalifikacje osób realizujących program: do 20 pkt
    - wyposażenie zabezpieczone przez oferenta na potrzeby programu: do 15 pkt
    - doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej: do 35 pktOferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt. Punktacja końcowa obliczana jest jako średnia arytmetyczna punktów przyznanych przez członków komisji konkursowej w poszczególnych kryteriach.
  - b) odrzuca oferty nie spełniające kryteriów merytorycznych tj. oferty, które uzyskały poniżej 50 pkt.,
  - c) w przypadku większej liczby ofert (tj. powyżej 1 oferty), które przekroczyły wymagany próg komisja konkursowa dokonuje wyboru jednej oferty umożliwiającej realizację programu na terenie województwa wielkopolskiego.
4. Uregulowania dotyczące drugiego etapu mają zastosowanie również wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia konkursu zostanie złożona jedna oferta.
5. W toku oceny ofert komisja konkursowa może:
  - a) zwrócić się do oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznych złożonych ofert,
  - b) poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 28 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.
7. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu dokona Zarząd Województwa Wielkopolskiego w formie uchwały, na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez komisję konkursową.
8. Departament Zdrowia UMWW niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie UMWW oraz w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego.

## **VII. Postanowienia końcowe.**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych, o czym niezwłocznie powiadomi poprzez umieszczenie stosowanych informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego siedzibie i na stronie UMWW.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:
  - a) odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert, przedłużenia terminu składania i otwarcia ofert oraz przedłużenia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny,
  - b) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (m.in. zmiany w budżecie).

Rozstrzygnięcie nastąpi również w przypadku wpływu jednej oferty na konkurs.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym ogłoszeniem konkursowym mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego (Dz.U z 2019 poz.1145 t.j.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190) oraz ustawy z dnia z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz.1373) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

Szczegółowe informacje na temat konkursu można uzyskać w Departamencie Zdrowia - Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego:

- 1) Jarosław Cieszkiewicz nr tel. 61 62 66 353 e-mail: [jaroslaw.cieszkiewicz@umww.pl](mailto:jaroslaw.cieszkiewicz@umww.pl)
- 2) Grażyna Szalkowska nr tel. 61 62 66 357 e-mail: [grazyna.szalkowska@umww.pl](mailto:grazyna.szalkowska@umww.pl)

## **Nazwa programu**

# **„Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów”**

**Okres realizacji programu** – od 1 kwietnia 2014 r. do 31 grudnia 2020 r.

## **Realizatorzy programu:**

**a. Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego**

**Os. Kosmonautów 110**

**61-642 Poznań**

**b. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy**

**Ul. Promenada 7**

**63-100 Śrem**

## **1. Opis problemu zdrowotnego**

**a. Problem zdrowotny**

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.

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.

Schizofrenia to zaburzenie psychiczne występujące u około 1 % populacji.

Polityka ochrony zdrowia psychicznego powinna uwzględniać następujące działania:

- rozwijanie świadomości znaczenia dobrego samopoczucia psychicznego dla funkcjonowania społeczeństwa,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby chore psychicznie i ich rodziny,

- opracowanie i wdrożenie systemów ochrony zdrowia psychicznego, które uwzględniają promocję, profilaktykę, leczenie i rehabilitację,
- zapewnienie kształcenia kadr o odpowiednich kompetencjach,
- wykorzystanie do realizacji tych zadań doświadczeń i wiedzy osób doświadczających zaburzeń psychicznych i ich opiekunów.

Schizofrenia jest chorobą obejmującą liczne objawy, które można powiązać w kilka grup:

- objawy wytwórcze - to zaburzenia spostrzegania (omamy) i rozumienia (urojenia);
- objawy negatywne - ograniczenie zakresu i różnorodności czynności psychicznych (stąd izolacja, apatia, brak inicjatywy itd.);
- objawy dezorganizacji - to niespójność i niedostosowanie czynności psychicznych;
- objawy afektywne - najczęściej depresyjne.

Nie możemy pacjenta zapewnić, że ostre objawy chorobowe już nigdy nie wrócą, ale terapia i współpraca z pacjentem znacznie zmniejsza ryzyko nawrotu.

Przebieg choroby ma charakter nawracający, ale bardzo wiele zależy od samego chorego.

Prawidłowe, nowoczesne leczenie schizofrenii jest ukierunkowane.

- 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 przewlekle przyjmowanie neuroleptyków.
- Jednocześnie obok farmakoterapii ważna jest psychoterapia, zależnie od potrzeb - indywidualna lub grupowa.
- 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.
- Socjoterapia i aktywizacja - Pomoc pacjentowi w powrocie do środowiska naturalnego i prawidłowego funkcjonowania w domu, w pracy, na uczelni itd.

#### Bibliografia:

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego /Dz.U.11.24.128/.
2. Rocznik statystyczny 2009 „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej” wydany przez Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii pod redakcją L. Boguszevska Marta Welbel, Marzena Sowińska, Czesław Głazowski, Wanda Langiewicz, Anna Bartnik, Edyta Włodarczyk. Warszawa 2009.
3. Informator liczbowy ochrony zdrowia za 2009 rok - Formularz MZ-30, MZ- 15, dane za rok 2009 i częściowo za 2010 Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego.



4. Informacje przygotowane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu.
5. Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Województwa Wielkopolskiego na lata 2011 – 2015 Poznań październik 2011 r..
6. Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 r.:
  - Program „Razem-więcej-latwiej”
  - Strategia sektorowa w zakresie ochrony zdrowia
7. Biała księga - październik 2011 r. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, „Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce”.
8. Raport NFZ 2004, Raport NFZ 2006

## **b. Epidemiologia**

Wpływ zaburzeń psychicznych na stan zdrowia ludności jest znaczący, gdyż zachodzi ścisły związek między nimi, a schorzeniami somatycznymi. Choroby psychiczne zwiększają ryzyko zarówno chorób zakaźnych, jak i niezakaźnych, bądź też z nimi współwystępują. Utrudnia to dodatkowo ich leczenie, pogarsza efekty terapii i związaną z nimi śmiertelność.

Według danych WHO na zaburzenia psychiczne i 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% ogółu) cierpi na schizofrenię z czego ponad połowa nie otrzymuje odpowiedniej opieki, ok. 25 mln choruje na epilepsję, a więcej niż 90 mln (1,4% ogółu) cierpi z powodu uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Ponadto w jednej na cztery rodziny występuje przynajmniej jedna osoba z zaburzeniami psychicznymi. Około 340 mln ludzi cierpi na depresję, a zaledwie 30% z nich objętych jest odpowiednią opieką.

W Polsce liczba osób leczących się z powodu problemów zdrowia psychicznego oscyluje w okolicy 1,5 mln. Jednakże należy spodziewać się, iż faktyczna liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jest znacznie wyższa. Przytoczone powyżej dane pochodzą z *Rocznika Statystycznego 2009. Zakłady psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej*, przygotowanego przez Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i obrazują jedynie zgłaszalność do placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W obliczu rosnącej zapadalności na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania obowiązkiem władz publicznych jest walka o fundamentalne zmiany w systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zagadnienia z zakresu promocji i ochrony zdrowia psychicznego, a także generowane przez powyższą tematykę problemy społeczne,

powinny być traktowane zarówno przez administracje rządową, jak i samorządową, jako priorytetowe.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania generują olbrzymie koszty, których wysokość szacuje się na 3% do 4% produktu krajowego brutto. Koszty świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień finansowanych ze środków publicznych NFZ, wyniosły w 2010 roku ponad 2 mld zł. Stanowi to 3,5% wszystkich kosztów ponoszonych przez Fundusz na świadczenia zdrowotne.

**c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.**

Województwo wielkopolskie położone jest w zachodniej części kraju. Stanowi jeden z największych regionów Polski. Województwo Wielkopolskie zajmuje obszar 29 826 km<sup>2</sup>, co stanowi 9,5% powierzchni kraju i zajmuje pod tym względem 2 miejsce po województwie mazowieckim, a trzecie pod względem liczby mieszkańców (3 374 038 osób), po województwach mazowieckim i śląskim.

Z danych statystycznych wynika, że w województwie wielkopolskim liczba poradni chorób psychicznych 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, a poradni uzależnień było 36, które udzieliły 112 150 porad. W 4 poradniach psychologicznych zostało udzielonych 1720 porad. Wśród wszystkich porad specjalistycznych udzielonych mieszkańcom województwa, porady z zakresu zdrowia psychicznego stanowią zaledwie 5% tzn., że na jednego mieszkańca liczba udzielonych w ostatnich trzech latach porad wynosi 11.

Natomiast według informatora liczbowego Ochrony Zdrowia Województwa Wielkopolskiego za 2009 r. opracowanego przez Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w Wielkopolsce wyniosła 95 634.

**d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień gwarantuje świadczenia w warunkach:

- 1) stacjonarnych:
  - a) psychiatrycznych,
  - c) w izbie przyjęć;
- 2) dziennych:

a) psychiatrycznych,

3) ambulatoryjnych:

a) psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego),

Do 2013 r. świadczenia z zakresu leczenia środowiskowego nie były kontraktowane przez WOWNFZ w Poznaniu. Wyżej wymienione rozporządzenie narzuca limity świadczeń psychoterapeutycznych, udzielanych w ciągu roku dla każdego pacjenta, oraz określa długości pobytu chorych na oddziałach dziennych i w warunkach stacjonarnych. Długość pobytu chorego uzależniona jest od specyfiki oddziału i rozpoznania jednostki chorobowej.

#### **e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Program nastawiony na opiekę środowiskową, skierowany do chorych na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi. Program stanowi kontynuację terapii osób wypisanych z oddziałów całodobowych i dziennych, w których limitowane są pobyty chorych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia szczegółowo określa z jakich świadczeń i w jakim okresie mogą korzystać pacjenci z określonym rozpoznaniem z zakresu chorób psychicznych. Do programu włączone będą osoby, dla których niewystarczające jest leczenie ambulatoryjne. Narzucenie limitów świadczeń i ograniczanie możliwości skorzystania z innych form pomocy przyczyni się w znacznym stopniu do częstszych nawrotów choroby i konieczności korzystania z hospitalizacji, która jest mało dostępna i znacznie droższa. Realizując program dążymy do zapewnienia ciągłości i kompleksowości świadczeń. W Poznańskim Ośrodku Zdrowia Psychicznego w 2012 r. leczonych było 627 pacjentów chorych na schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne i urojeniowe, 105 pacjentów mogło skorzystać ze świadczeń gwarantowanych przez WOWNFZ na oddziale dziennym rehabilitacyjnym. Wdrożenie programu zdrowotnego pozwoli na włączenie do programu kolejnej 100 osobowej grupy pacjentów.

W Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Śremie w 2012 r. w długoterminowym psychiatrycznym oddziale stacjonarnym leczone były 243 pacjentki, a w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym Rehabilitacyjnym 47 pacjentów mogło skorzystać ze świadczeń gwarantowanych przez WOWNFZ. Wdrożenie programu zdrowotnego pozwoli na włączenie do programu kolejnej 25 osobowej grupy pacjentów.

Jak poniżej wskazano program ma na celu poprawę funkcjonowania społecznego i samodzielność chorych, zmniejszenie potrzeby hospitalizacji chorych psychicznie. Pacjenci korzystający z wcześniejszych programów realizowanych w latach 1999-2013 z chęcią i zaangażowaniem korzystali ze świadczeń, akceptując wszystkie interwencje terapeutyczne. Pacjenci korzystający z wcześniejszych programów realizowanych w latach

2001-2013 z chęcią i zaangażowaniem korzystali ze świadczeń, akceptując wszystkie interwencje terapeutyczne. Program został oparty o potrzeby pacjentów. Realizując ten program należy pamiętać, że Schizofrenia i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi są to choroby przewlekłe, ich leczenie trwa kilka, kilkanaście lat, a najczęściej do końca życia. Przebieg samej schizofrenii może być liniowy (ciągły, stopniowo i powoli postępujący) albo tzw. falujący (epizodyczny), z okresami nasilenia objawów chorobowych/epizodów choroby i powrotów do pełnego lub częściowego zdrowia (remisja pełna, niepełna). W okresach remisji objawy chorobowe nie występują (remisja pełna) lub ich nasilenie jest nieznaczne (remisja niepełna). Jednak niezależnie od przebiegu choroby osoba nią dotknięta wymaga stałego leczenia, a także postępowania profilaktycznego w okresach remisji.

## **2. Cele programu**

### **a. cele główne**

- Cel główny 1: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.
- Cel główny 2: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

### **b. cele szczegółowe**

- cel szczegółowy:
  - upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego,
  - kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego,
  - rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,
- cel szczegółowy:
  - zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
- cel szczegółowy:
  - zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
- cel szczegółowy:
  - organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego;
- cel szczegółowy:
  - upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- cel szczegółowy:
  - upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
- cel szczegółowy:

- zapewnienie ciągłości i kompleksowości świadczeń.

### **c. Oczekiwane efekty**

- poprawa możliwości funkcjonowania społecznego pacjentów,
- wzmocnienie kompetencji społecznej pacjentów,
- aktywizacja pacjentów na poziomie umysłowym, emocjonalnym, fizycznym,
- nauczenie zachowań, które pozwolą radzić sobie w kontaktach z różnymi instytucjami, pracodawcami.
- przeciwdziałanie powstawaniu u pacjentów utrwalonych deficytów funkcjonowania społecznego.

### **d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu**

- liczba pacjentów zgłaszających się do programu,
- liczba pacjentów korzystających z poszczególnych świadczeń realizowanych w ramach programu,
- ilość nawrotów choroby u pacjentów korzystających z programu,
- ilość hospitalizacji pacjentów korzystających z programu.

## **3. Adresaci programu (populacja programu)**

### **a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe**

Rocznie w programie będzie uczestniczyło ok. 100 pacjentów chorych na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychiatrycznymi.

W Zakładzie Pielęgnacyjno Opiekuńczym rocznie w programie będzie uczestniczyło ok. 25 pacjentów

### **b. Tryb zapraszania do programu**

Informacje o programie będą umieszczone na stronie internetowej Ośrodka oraz Zakładu

Dodatkowo:

- Ulotki informujące o programie dostępne będą w siedzibie Ośrodka i Zakładu oraz przekazane lekarzom i terapeutom.

## **4. Organizacja programu**

### **a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne**

- działania organizacyjne:
  - przygotowanie informacji o realizacji programu na stronie internetowej,
  - opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych: ulotka,
  - przygotowanie i prowadzenie dokumentacji programu w tym medycznej,

Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego

- Jeden cykl programu trwa 9 miesięcy. W ciągu jednego roku przewiduje się zrealizowanie ok. 130 spotkań. Na każde świadczenie składać się będą wszystkie procedury tj. psychoedukacja, terapia grupowa, terapia zajęciowa, socjoterapia. W ciągu siedmiu lat zrealizujemy około 910 spotkań,

- świadczenia realizowane będą od 2 do 4 razy w tygodniu w godz. od 12.30 do 16.30,

- każde świadczenie realizowane będzie dla ok. 15-20 pacjentów.

Zakład Pielęgnacyjno Opiekuńczy - w ciągu jednego roku przewiduje się zrealizowanie ok. 150 spotkań, a w okresie siedmiu lat planujemy wykonać 1050 spotkań. Na każdym spotkaniu realizowane będą wszystkie procedury tj. psychoedukacja, terapia grupowa i indywidualna, terapia zajęciowa, socjoterapia.

- świadczenia realizowane będą od 2 do 5 razy w tygodniu w godz. od 12.30 do 16.30,

- każde świadczenie realizowane będzie dla ok. 5-10 pacjentów.

## **b. Planowane interwencje**

### **Realizowane procedury:**

- Psychoedukacja mająca na celu:

- czynne zapobieganie nawrotom choroby,
- wypracowanie u pacjentów akceptacji choroby psychicznej,
- rozpoznawanie objawów psychotycznych i radzenia sobie z nimi,

-Terapia grupowa, na którą składają się regularne, systematycznie powtarzane zajęcia, które poprzez konkretny charakter, z góry określoną tematykę, a także różne formy zachęcania do udziału, wpływają pozytywnie na zainteresowanie i umiejętność współpracy.

- Terapia zajęciowa, której celem jest wyrabianie nawyków codziennej aktywności, pomaganie pacjentom w rozwijaniu własnych możliwości, dostarczanie okazji do kierowania aktywnością i pokonywanie bierności i zależności od otoczenia. Uczestnicy terapii pod kierunkiem terapeuty wykonują zadania zmierzające do poprawy sprawności życiowej koniecznej do samodzielnego funkcjonowania społecznego.

Zajęcia prowadzone będą zgodnie z indywidualnym programem przygotowanym dla każdego uczestnika.

Zajęcia w ramach programu będą odbywać się w 3 pracowniach:

- komputerowej,
- artystycznej,
- kulinarnej.

- W pracowni komputerowej uczestnicy będą uczyć się obsługiwać komputery w celu wykorzystania tych umiejętności poza Ośrodkiem. Powierzone zadania dostosowane będą do aktualnych, indywidualnych możliwości każdego uczestnika i pomogą opanować podstawowe umiejętności potrzebne praktycznie w codziennym funkcjonowaniu.
- Zajęcia w pracowni artystycznej pomogą uczestnikom rozwijać indywidualne zdolności twórcze, a jednocześnie poznawać możliwości wykorzystania różnych przedmiotów jako elementów dekoracyjnych i użytkowych.
- W pracowni kulinarnej uczestnicy zdobywają umiejętności z zakresu przygotowywania prostych posiłków, pomocy w przygotowywaniu posiłków dla innych uczestników Warsztatu, obsługi zmywarki, piekarnika, oraz innych urządzeń używanych na co dzień w pracowni kulinarnej. Wszystkie te czynności ukierunkowane są pod kątem przyszłej niezależności w tej sferze codziennego funkcjonowania.
- Socjoterapia której celem jest sam - chory (np. jego nieumiejętność współdziałania z otoczeniem) lub układy społeczne, które go otaczają (np. rodzina, społeczność lokalna), jeżeli przez swą dysfunkcjonalność wyzwalają, potęgują lub utrwalają objawy choroby.

**c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników**

- do programu będą przyjmowane osoby u których rozpoznano schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi, które wymagają stałej rehabilitacji i aktywizacji,
- podstawą kwalifikacji będzie rozpoznanie jednostki chorobowej i zgoda pacjenta.

**d. Zasady wykonywania zadań w ramach programu**

- podczas każdego świadczenia wykonywane będą wszystkie procedury tj. psychoedukacja, terapia grupowa, terapia zajęciowa, socjoterapia,
- świadczenia będą wykonywane tylko przez fachowy personel POZP, i ZPO
- świadczenia wykonywane będą w godzinach od 12.30-16.30,
- w POZP program realizowany będzie od poniedziałku do czwartku każdego tygodnia z pominięciem dni przypadających jako wolne od pracy oraz dni uzgodnionych z uczestnikami programu.
- w ZPO program realizowany będzie od poniedziałku do piątku każdego tygodnia z pominięciem dni przypadających jako wolne od pracy oraz dni uzgodnionych z uczestnikami programu.

**e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.**

W Poznańskim Ośrodku Zdrowia Psychicznego realizowane są świadczenia z zakresu ambulatoryjnej i dziennej opieki zdrowotnej ale ilość zakontraktowanych świadczeń jest niewystarczająca, dlatego Ośrodek przez wiele lat tj. od 1999 r. do 2008 r. realizował program terapeutyczny ze środków własnych. W związku ze zbyt niskim kontraktowaniem świadczeń psychiatrycznych i niewystarczającą ilością środków, Ośrodka nie było stać na kontynuowanie Programu przez cały rok. Program w latach 2009 r. – 2013 r. realizowany był przez 9 miesięcy każdego roku ze środków Województwa Wielkopolskiego.

Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych podpisanej z WOWNFZ w 2012 r. wykonał 27 462 porady w ramach poradni zdrowia psychicznego w tym porady lekarskie, porady psychologiczne, wizyty domowe, sesje psychoterapeutyczne oraz 8874 osobodni na oddziale dziennym rehabilitacyjnym dla 105 pacjentów.

Zakład Pielęgnacyjno Opiekuńczy w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych podpisanej z WOWNFZ w 2012 r. wykonał 79 403 osobodni w tym porady lekarskie, porady psychologiczne, sesje psychoterapeutyczne oraz 2574 osobodni na oddziale dziennym rehabilitacyjnym dla 47 pacjentów.

**f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.**

Po zakończeniu Programu pacjenci będą mogli korzystać ze świadczeń oferowanych przez Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego wskazanych w pkt. e. oraz przez pozostałe 3 miesiące roku z Programu realizowanego ze środków własnych Ośrodka oraz Zakładu Pielęgnacyjno Opiekuńczego.

**g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

- komputerowa baza danych będzie prowadzona przez Ośrodek i chroniona zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz instrukcją dotyczącą zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych tj. wprowadzoną Polityką Bezpieczeństwa POZP i ZPO,
- pacjenci zgłaszający się do programu będą wyrażali zgodę na udział w programie i przetwarzanie ich danych osobowych zgodnie z opracowanymi wytycznymi,
- dokumentacja związana z programem w tym medyczna będzie przechowywana i archiwizowana zgodnie z prowadzoną w POZP i ZPO Instrukcją organizacji i funkcjonowania składnicy akt zatwierdzoną przez Dyrektora Archiwum Państwowego w Poznaniu.

**h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu**



### **Osoby realizujące program:**

Program realizować będą pracownicy Poznańskiego Ośrodka Zdrowia Psychicznego oraz Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego poza godzinami udzielania świadczeń w ramach WOWNFZ tj:

- lekarze psychiatrzy,
- psychologodzy,
- terapeuci zajęciowi, środowiskowi,
- pracownicy socjalni.

Świadczenia realizowane będą w siedzibie Poznańskiego Ośrodka Zdrowia Psychicznego w pomieszczeniach przygotowanych do przeprowadzenia wszystkich procedur wynikających z programu tj. 2 dużych sal na 30 osób wyposażonych w sprzęt audiowizualny w których przeprowadzone będą zajęcia psychoedukacyjne, terapia grupowa i socjoterapia oraz z 3 pracowni wyposażonych w charakterystyczny dla danej pracowni sprzęt.

Świadczenia realizowane będą również w siedzibie Zakładu Pielęgnacyjno Opiekuńczego w pomieszczeniach Oddziału Dziennego Psychiatrycznego Rehabilitacyjnego przygotowanych do przeprowadzenia wszystkich procedur wynikających z programu tj. 1 dużej sali na 40 osób wyposażonych w sprzęt audiowizualny w których przeprowadzone będą zajęcia psychoedukacyjne, terapia grupowa i socjoterapia oraz z 3 pracowni wyposażonych w charakterystyczny dla danej pracowni sprzęt.

### **i. Dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy[1])**

#### **i. Opinie ekspertów klinicznych**

Według Pani dr n. med. Katarzyny Prot-Klinger Kierownika Centrum Zdrowia Psychicznego, w Instytucie Psychiatrii i Neurologii Warszawie psychiatryczna opieka środowiskowa jest przede wszystkim sposobem myślenia. Nie jest to określona instytucja ani usługa. Jest to myśl, że człowiek chorujący psychicznie powinien mieć dostęp do tych samych dóbr co inni obywatele. Dotyczy to zarówno systemu leczenia, jak szeroko pojętej obecności w społeczeństwie. W tym sensie psychiatria środowiskowa pozostaje w opozycji do psychiatrii instytucjonalnej, której założeniem było długotrwałe lub całkowite odizolowanie chorych w placówce psychiatrycznej. (Zaluska in. 2007)

Termin psychiatria (opieka) środowiskowa odwołuje się do psychiatrii zainteresowanej lokalną wspólnotą społeczną, w której żyją chorzy. (Wciórka 2000)

W USA pojęcie psychiatrii środowiskowej wyrosło z nurtu wyodrębniania się ze środowiska szpitalnego, na rzecz opieki realizowanej w środowisku lokalnym.

Z początku psychiatria środowiskowa powstała z myślą o zwiększaniu potencjału zdrowia psychicznego w oparciu o lokalną wspólnotę. Ten aspekt pociągał za sobą skupienie się na promocji zdrowia psychicznego oraz prewencji zaburzeń psychicznych, a nie jedynie na leczeniu.

Cechą szczególną psychiatrycznej opieki środowiskowej jest stałe podążanie personelu za pacjentami, utrzymywanie stałego kontaktu, co zapewnia opiekę ciągłą. Nadrzędną zasadą jest dostosowanie usług do potrzeb pacjenta. Poprzez możliwość częstego kontaktu z terapeutą, środowiskowa opieka chroni przed gwałtownymi nawrotami choroby i sprzyja powrotowi pacjenta do społeczeństwa, a także pomaga mu w podejmowaniu ról społecznych. Podejście środowiskowe zapewnia jasno określoną osobę terapeuty prowadzącego, interwencje mają miejsce przede wszystkim w środowisku pacjenta, rodzina pacjenta jest aktywnie włączana do leczenia.

Zasady leczenia środowiskowego:

- preferowanym miejscem interwencji terapeutycznej jest naturalne środowisko pacjenta,
- istotnym czynnikiem jest rozpoznanie sytuacji życiowej pacjenta i odbudowa systemu oparcia społecznego pacjenta,
- praca terapeutyczna w oparciu o konkretne cele, dążenie do sformułowania kontraktu z pacjentem,

Zespół terapeutyczny cechuje wymiennosc ról, wysoka odpowiedzialność personelu średniego, włączanie nieprofesjonalistów. Proces zastępowania odizolowanych miejsc długiego pobytu mniejszymi i środowiskowo zorientowanymi formami opieki określony został jako deinstytucjonalizacja. Zawiera w sobie trzy podstawowe zadania:

- przeniesienie pacjentów ze szpitala do środowiska,
- wstrzymanie przyjęć do szpitala,
- rozwój alternatywnych form środowiskowych,

Zadania te muszą być realizowane jedno czasowo celem uniknięcia sytuacji „wypisu w pustkę”, bez dostatecznej dostępności ośrodków środowiskowych. Aktualny balans pomiędzy opieką stacjonarną, a środowiskową jest różny w różnych krajach w zależności od różnej tradycji, sytuacji politycznej oraz środków finansowych.

Skuteczna deinstytucjonalizacja wymaga istnienia właściwych ośrodków środowiskowych.

Deinstytucjonalizacja dotyczy nie tylko szpitala, ale każdej dużej totalnej instytucji. W opiece psychiatrycznej deinstytucjonalizacja polega na zastępowaniu nie tylko szpitali, ale także dużych domów opieki intensywną opieką w domu chorego lub innymi środowiskowo zorientowanymi formami.

W Polsce założenia reformy ujętej w Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP 2007), obejmują deinstytucjonalizację realizowaną poprzez ograniczenie liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych do 300. Zamiast łóżek w dużych instytucjach zaleca się otwieranie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Leczenie psychiatryczne powinno odbywać się poza szpitalem, w specjalnie do tego celu stworzonych ośrodkach obejmujących poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego lub domowego, a także mieszkania terapeutyczne. Plan reformy zakłada także tworzenie i zapewnianie pacjentom wspieranych form zamieszkania, rehabilitację oraz zatrudnienie w warunkach chronionych, w lokalnym środowisku. W myśl odejścia od instytucjonalizacji, tworzy się model społeczności terapeutycznej. Wszystkie wymienione postulaty reformy psychiatrycznej zmierzają w kierunku humanitarnego i partnerskiego podejścia do osoby chorej. Priorytetem reformy jest dostarczanie opieki w najmniej restrykcyjnym otoczeniu, zaangażowanie chorych i ich rodzin w rozwijanie usług i prowadzenie własnej opieki.

Pomimo zmian i rozwoju placówek środowiskowych w Polsce nadal dominuje model „szpitalocentryczny” z towarzyszącą opieką poradnianą i brakiem możliwości realizowania przez poradnie opieki czynnej rozumianej jako aktywne podążanie za pacjentem i jego potrzebami. Zespoły opieki środowiskowej są nieliczne i mają marginalne znaczenie.

Tradycyjnie dobrze osadzonym w polskiej psychiatrii środowiskowej elementem są oddziały dzienne, jednak zbyt często bardziej przynależą do szpitala niż do poradni czy innych form opieki środowiskowej.

Otoczenie pacjenta opieką środowiskową prowadzi nie tylko do znaczącej redukcji kosztów w porównaniu z leczeniem stacjonarnym, ale przede wszystkim powoduje poprawę kliniczną, lepsze funkcjonowanie społeczne pacjenta oraz zwiększa jego satysfakcję życiową. W wielu przypadkach leczenie środowiskowe może przybrać formę hospitalizacji domowej, która pozwala leczyć nawet ostro psychotycznych pacjentów w domu bez konieczności umieszczenia ich w szpitalu psychiatrycznym, co jest najdroższą formą leczenia. Zdaniem ekspertów i zgodnie ze światowymi tendencjami, należy zmniejszać finansowanie modelu stacjonarnej opieki psychiatrycznej na rzecz leczenia środowiskowego. Według niektórych autorów, uzupełnienie standardowej farmakoterapii o pomoc psychologiczną i wsparcie środowiskowe pozwala na redukcję ryzyka nawrotu choroby o około połowę.

## **ii. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek.**

Początek XXI wieku to dla psychiatrii środowiskowej olbrzymia zmiana wynikająca z międzynarodowego uznania jej za jedyny właściwy kierunek rozwoju opieki psychiatrycznej.

Znajduje to wyraz w wielu deklaracjach WHO oraz Komisji Europejskiej. Raport WHO (WHO 2001) zaleca stały wysiłek w kierunku przeniesienia miejsca leczenia pacjenta ze szpitali psychiatrycznych i innych instytucji długiego pobytu do opieki środowiskowej argumentując, że opieka ta wiąże się z wyższą jakością życia, gwarantuje lepsze respektowanie praw człowieka oraz lepszy bilans kosztów i korzyści.

1. Wytyczne WHO (WHO 2003) „Organizacja Ośrodków Zdrowia Psychicznego” – „Opieka nad zdrowiem psychicznym powinna być realizowana przez ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej oraz ośrodki środowiskowe. Duże i scentralizowane instytucje psychiatryczne powinny być zastąpione przez bardziej dostosowane do potrzeb ośrodki zdrowia psychicznego.”
2. Podpisana przez Ministrów Zdrowia europejskiego regionu WHO Deklaracja Zdrowia Psychicznego dla Europy („Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań” 2005) stanowi: „My Ministrowie Zdrowia Państw Członkowskich Europejskiego Regionu WHO zobowiązujemy się popierać (...) rozwój ośrodków środowiskowych mających zastąpić opiekę dużych instytucji nad osobami z poważnymi problemami zdrowia psychicznego”.
3. Towarzyszący powyższej deklaracji Plan Działania Zdrowia Psychicznego dla Europy („Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań” 2005) zawiera w sobie dział zalecający „Zapewnienie efektywnej opieki środowiskowej dla osób z poważnymi problemami zdrowia psychicznego”. W dziale tym zalecane jest „zaplanowanie i wdrożenie specjalistycznych ośrodków opieki środowiskowej, dostępnych 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, z personelem różnych profesji dla opieki nad osobami z poważnymi problemami zdrowia psychicznego jak schizofrenia, psychoza maniakalno-depresyjna, ciężka depresja lub otępienie.”
4. Zielona Karta („Poprawa Zdrowia Psychicznego Ludności.” 2005): „Deinstytucjonalizacja oraz wprowadzenie usług (psychiatrycznych) do opieki podstawowej, łatwo dostępnych ośrodków opieki środowiskowej oraz oddziałów w szpitalach ogólnych stanowi o promocji włączania społecznego. Duże szpitale psychiatryczne lub instytucje („azyle”), które oddzielają usługi psychiatryczne od innych usług medycznych sprzyjają stygmatyzacji. W szczególności dla niektórych z nowych Państw Członkowskich te duże instytucje stale stanowią dużą część infrastruktury opieki psychiatrycznej.”

5. Europejski Pakt dla Zdrowia Psychicznego („Razem na rzecz Zdrowia i Dobrego Samopoczucia Psychicznego” 2008) zaleca:

- zwalczanie stygmatyzacji i wykluczenia społecznego,
- kampanie przeciwko stygmatyzacji,
- promocję kontaktów osób chorujących psychicznie z mediami, w szkole i w pracy,
- zachowanie właściwej równowagi pomiędzy psychiatrią instytucjonalną, a środowiskową,
- poprawienie dostępu osób z problemami psychicznymi do zatrudnienia.

6. W Polsce idee te ogólnie zawarte w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego (1994) zostały przełożone na praktyczne rozwiązania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Jednym z podstawowych celów Programu jest: „Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym (w tym rodzinnym, zawodowym) poprzez systemowe upowszechnienie:

- środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
- zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
- udziału w życiu zawodowym
- koordynacji różnych form opieki i pomocy”.

### **iii. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej**

Ze względu na strukturę opieki psychiatrycznej świadczenia realizowane są przede wszystkim przez jednostki instytucjonalnej opieki psychiatrycznej niespełniające współcześnie obowiązujących wytycznych. Wpływ przekształcenia systemu opieki psychiatrycznej z instytucjonalnej w środowiskową został po raz pierwszy zanalizowany w 1994 r. przez M. Knappai wsp. Przeprowadzone badanie miało na celu porównanie kosztów opieki nad chorymi z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi prowadzonej jako leczenie szpitalne oraz leczenie środowiskowe. Głównym wynikiem badania było wykazanie znaczącej różnicy w kosztach leczenia na korzyść leczenia środowiskowego nie tylko w krótkim horyzoncie czasowym, lecz również w opiece średnioterminowej. W kolejnym badaniu kosztów leczenia ponoszonych w ramach psychiatrycznej opieki środowiskowej (Merson i wsp. 1996) wykazano, że tradycyjna opieka kosztuje nawet o 130% więcej niż opieka środowiskowa podobnej grupy pacjentów, natomiast w przeprowadzonym w 2001 r. przez Marshalla przeglądzie systematycznym wykazano efektywność kosztową opieki środowiskowej na poziomie 65%. Rozpatrując koszty opieki psychiatrycznej prowadzonej w modelu środowiskowym, należy również pamiętać o jakości opieki zapewnianej osobom chorym.

Przy założeniu, że koszty opieki psychiatrycznej prowadzonej w oparciu o model środowiskowy będą nawet na takim samym poziomie jak dotychczas, warto ze względu na efektywność terapii, jakość życia chorych i ich lepsze funkcjonowanie w społeczeństwie ją prowadzić.

W 2009 roku nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień osiągnęły poziom 1,9 mld zł (bez kosztów leków refundowanych), co stanowiło 3,4% wszystkich kosztów świadczeń zdrowotnych wykazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Największa część z tej kwoty, bo 74% (1,5 mld zł) przypada na opiekę stacjonarną i opiekuńczą.

Leczenie schizofrenii pochłania łącznie 23% (447 mln zł) całości nakładów, z czego na zakłady stacjonarne i opiekuńcze przypada blisko 88%. Wielkość nakładów na schizofrenię czterokrotnie przekracza kwotę przypadającą na pozostałe zaburzenia schizotypowe i ponad dwukrotnie (2,4) – na zaburzenia afektywne.

Źródło: Raport NFZ 2004, Raport NFZ 2006

#### **iv. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszających program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne)**

Program realizowano w POZP już od 1999 r. cieszył się szerokim zainteresowaniem pacjentów jak i ich rodzin. O powodzeniu programu świadczy fakt, że nieprzerwanie jest realizowany do dnia dzisiejszego tj. 2013 r.

### **5. Koszty POZP**

#### **a. Koszty jednostkowe**

Jednostkowy koszt całego świadczenia na jednego pacjenta – 32 zł.

#### **b. Planowane koszty całkowite (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 7 ustawy[1])**

32 zł. x 2 150 pacjentów rocznie = 68 800 zł.

W latach 2014 – 2020 z programu skorzysta 15 050 pacjentów. Koszty programu wyniosą 481 600 zł.

-----  
Stawka za 1 godz. każdej procedury = 75 zł. x 765 godz. rocznie = 57 375 zł.

+ 11 429 zł. (ZUS pracodawcy ok. 19.92 %) = 68 800 zł. rocznie x 7 lat = 481 600 zł

Pozostałe koszty związane z obsługą programu w tym koszty materiałowe będą pokrywane ze środków własnych Ośrodka.

### **5.1 Koszty ZPO**

#### **a. Koszty jednostkowe**

Jednostkowy koszt całego świadczenia na jednego pacjenta – 32 zł.

**b. Planowane koszty całkowite (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 7 ustawy[1])**

32 zł. x 470 pacjentów rocznie = 15 000 zł.

W latach 2014 – 2020 z programu skorzysta 3290 pacjentów. Koszty programu wyniosą 105 000 zł.

-----  
Stawka za 1 godz. każdej procedury = 75 zł. x 167 godz. rocznie = 12 525 zł.

+ 2 495zł ( ZUS pracodawcy ok. 19,92 % ) = 15 000 zł rocznie x 7 lat = 105 000 zł.

Pozostałe koszty związane z obsługą programu w tym koszty materiałowe będą pokrywane ze środków własnych Zakładu.

**c. Źródła finansowania, partnerstwo:**

- środki z Województwa Wielkopolskiego
- środki własne Poznańskiego Ośrodka Zdrowia Psychicznego
- środki własne Zakładu Pielęgnacyjno Opiekuńczego

**d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.**

- W Poznańskim Ośrodku Zdrowia Psychicznego ze środków publicznych finansowane będą wynagrodzenia osób udzielających świadczeń tj.

2 pracowników socjalnych x 2 dni w tygodniu po 2 godz. = 8 godz. tygodniowo

1 lekarz psychiatra 2 x w tygodniu po 1 godz. = 2 godz. tygodniowo

2 psychologów 4 dni w tygodniu po 1 godz. = 8 godz. tygodniowo

2 terapeutów zajęciowych/środowiskowych 4 dni w tygodniu po 1 godz. = 8 godz. tygodniowo.

Tygodniowo przewiduje się wykonanie ok. 26 godzin procedur. Ilość procedur i ich rodzaj będą uzależnione od potrzeb pacjentów.

Rocznie przewiduje się wykonanie 765 godzin procedur. Natomiast w latach 2014 - 2020 przewiduje się zrealizowanie 5355 godzin procedur.

Pozostałe koszty związane z obsługą programu w tym koszty materiałowe będą pokrywane ze środków własnych Ośrodka.

- W Zakładzie Pielęgnacyjno Opiekuńczym ze środków publicznych finansowane będą wynagrodzenia osób udzielających świadczeń tj.

1 pracownik socjalny x1 dzień w tygodniu po 1 godz. = 1 godz. tygodniowo

1 psycholog 2 dni w tygodniu po 1 godz. = 2 godz. tygodniowo

2 terapeutów zajęciowych/środowiskowych 5 dni w tygodniu po 1 godz. = 10godz. tygodniowo.

Tygodniowo przewiduje się wykonanie ok. 13 godzin procedur. Ilość procedur i ich rodzaj będą uzależnione od potrzeb pacjentów.

Rocznie przewiduje się wykonanie 167 godzin procedur. Natomiast w latach 2014 - 2020 przewiduje się zrealizowanie 1169 godzin procedur.

Pozostałe koszty związane z obsługą programu w tym koszty materiałowe będą pokrywane ze środków własnych Zakładu Pielęgnacyjno Opiekuńczego

## **6. Monitorowanie i ewaluacja**

### **a. Ocena zgłaszalności do programu**

- prowadzenie komputerowej bazy osób korzystających z programu
- prowadzenie dokumentacji związanej z realizacją programu w tym dokumentacji medycznej.

### **b. Ocena jakości realizacji programu zdrowotnego**

- wizytowanie programu,
- krótka ankieta badająca satysfakcję pacjentów.

### **c. Ocena efektywności programu**

- frekwencja osób korzystających z programu,
- ilość nawrotów choroby u pacjentów korzystających z programu,
- ilość hospitalizacji pacjentów korzystających z programu.

## **7. Okres realizacji programu**

**1 kwiecień 2014 r. – 31 grudzień 2020 r.**



## Ogłoszenie

konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyczny wczesnego wykrywania gruźlicy".

### I. Przedmiot konkursu:

Przedmiotem konkursu jest realizacja w 2020 roku programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyczny wczesnego wykrywania gruźlicy", który stanowi załącznik do niniejszego ogłoszenia.

**Adresaci programu:** osoby z otoczenia chorych na gruźlicę.

**Kwota** przeznaczona na realizację programu w 2020 roku wynosi 140.000,00 zł.

**Koszty kwalifikowane:** wykonanie testów IGRA, promocja programu, szkolenie dla współuczestników- lekarzy rodzinnych, koszty administracyjne.

Koszty administracyjne nie mogą przekroczyć 15% kwoty przeznaczonej na realizację programu.

**Termin realizacji** programu od dnia zawarcia umowy do 31 grudnia 2020 r.

### II. Oferenci:

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190 tj.).

### III. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej.

#### A. Wymagania formalne:

Oferenci wskazani w ogłoszeniu muszą spełniać kryteria wynikające z art.17 ust.1 lub odpowiednio z art.18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190 tj.).

Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów– kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta:

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopia rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo-rozwojowych itp.).
2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).
4. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z zakresie niezbędnym do realizacji programu.
5. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.
8. Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

## B. Wymagania merytoryczne:

Ponadto oferenci muszą spełniać szczegółowe warunki:

- 1) Podmiot prowadzący działalność leczniczą, specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu chorób płuc, ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki i leczenia gruźlicy, spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone obowiązującymi przepisami prawa; posiadający minimum 7-letnie doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania gruźlicy.
- 2) Posiadanie sprzętu komputerowego umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.
- 3) Wyposażenie laboratorium w sprzęt umożliwiający wykonywanie testów IGRA.
- 4) Potwierdzony stosownym certyfikatem udział laboratorium w niezależnym zewnętrznym programie kontroli jakości badań testem IGRA.
- 5) Posiadanie laboratorium, które znajduje się w ewidencji laboratoriów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz należy do krajowej sieci laboratoriów nadzorowanych przez Krajowe Referencyjne Laboratorium Prątka Gruźlicy.
- 6) Kwalifikacje personelu medycznego :
  - diagności laboratoryjni ze specjalizacją w zakresie mikrobiologii.
- 7) Zapewnienie etapów procedury:
  - a) Wykonanie testu IGRA u osób zgłoszonych przez lekarzy rodzinnych lub przewodniczących zespołów zakażeń szpitalnych na podstawie informacji z Inspektoratu Sanitarnego o zaistnieniu bliskiego kontaktu z osobą prątkującą lub lekarzy pulmonologów na podstawie wywiadu lekarskiego lub Inspektorów Sanitarnych,
  - b) przekazanie wyniku do lekarza POZ.

## IV. Miejsce i termin składania ofert.

1. Ofertę należy przesłać pocztą na adres:

Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego  
Departament Zdrowia, Al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań

lub złożyć osobiście w zaklejonej kopercie w Punkcie Kancelaryjnym Urzędu  
Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego – parter, hol główny po prawej stronie  
w godzinach pracy Urzędu (poniedziałek-piątek 7.30 – 15.30).

Koperta powinna być opisana poprzez oznaczenie nazwy i adresu oferenta oraz opatrzona informacją „Oferta na konkurs wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej pn. ”Program profilaktyczny wczesnego wykrywania gruźlicy”.

2. Ostateczny termin składania ofert upływa 27 marca 2020 r. (nie decyduje data stempla pocztowego).
3. Oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i nie będą rozpatrywane.
4. Oferta winna być sporządzona według wzoru formularza ofertowego.
5. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane załączniki.
6. Formularz oferty można pobrać ze strony:  
[www.umww.pl/departamenty/departamentzdrowia/zdrowiepubliczne/programypolityki\\_zdrowotnej/konkursy](http://www.umww.pl/departamenty/departamentzdrowia/zdrowiepubliczne/programypolityki_zdrowotnej/konkursy)
7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

## **V. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu.**

1. Informacje dotyczące konkursu udzielane są w Wydziale Zdrowia Publicznego Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, tel. 61 62 66 357.
2. Oferent może wystąpić z pisemnym zapytaniem dotyczącym warunków konkursu ofert i uzyskać wyjaśnienia drogą elektroniczną na adres mailowy: [zdrowie@umww.pl](mailto:zdrowie@umww.pl)
3. Termin przyjmowania zapytań upływa na 3 dni przed terminem składania ofert.

## **VI. Otwarcie, ocena i wybór ofert.**

1. Konkurs składa się z dwóch etapów.
2. W pierwszym etapie Departament Zdrowia UMWW dokonuje oceny pod względem formalnym:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - b) otwiera koperty z ofertami,
  - c) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,
  - d) odrzuca oferty sporządzone wadliwie bądź niekompletne oraz złożone po terminie.
3. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty tj.:
  - a) ocenia oferty pod względem merytorycznym stosując następujące kryteria oraz punktację:
    - jednostkowy koszt proponowanych działań: do 30 pkt
    - warunki kadrowe i kwalifikacje osób realizujących program: do 20 pkt
    - wyposażenie zabezpieczone przez oferenta na potrzeby programu: do 15 pkt
    - doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej: do 35 pktOferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt. Punktacja końcowa obliczana jest jako średnia arytmetyczna punktów przyznanych przez członków komisji konkursowej w poszczególnych kryteriach.
  - b) odrzuca oferty nie spełniające kryteriów merytorycznych tj. oferty, które uzyskały poniżej 50 pkt.,
  - c) w przypadku większej liczby ofert (tj. powyżej 1 oferty), które przekroczyły wymagany próg komisja konkursowa dokonuje wyboru jednej oferty umożliwiającej realizację programu na terenie województwa wielkopolskiego.
4. Uregulowania dotyczące drugiego etapu mają zastosowanie również wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia konkursu zostanie złożona jedna oferta.
5. W toku oceny ofert komisja konkursowa może:
  - a) zwrócić się do oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznych złożonych ofert,
  - b) poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 28 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.
7. Ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu dokona Zarząd Województwa Wielkopolskiego w formie uchwały, na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez Komisję Konkursową.
8. Departament Zdrowia UMWW niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie UMWW oraz w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego.

## **VII. Postanowienia końcowe.**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych, o czym niezwłocznie informuje poprzez umieszczenie stosowanych

informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, w siedzibie i na stronie UMWW.

2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:
  - a) odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert, przedłużenia terminu składania i otwarcia ofert oraz przedłużenia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny,
  - b) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (m.in. zmiany w budżecie).

Rozstrzygnięcie nastąpi również w przypadku wpływu jednej oferty na konkurs.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym ogłoszeniem konkursowym mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego (Dz.U z 2019 poz.1145 t.j.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz.1373) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

Szczegółowe informacje na temat konkursu można uzyskać w Departamencie Zdrowia - Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego:

- 1) Jarosław Cieszkiewicz, nr tel. 61 62 66 353 e-mail: [jaroslaw.cieszkiewicz@umww.pl](mailto:jaroslaw.cieszkiewicz@umww.pl)
- 2) Grażyna Szalkowska, nr tel. 61 62 66 357 e-mail: [grazyna.szalkowska@umww.pl](mailto:grazyna.szalkowska@umww.pl)

**PROGRAM PROFILAKTYCZNY Wczesnego wykrywania gruźlicy**

**opracowany przez Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. E. i J. Zeylandów  
w Poznaniu**

**Okres realizacji programu: 3 lata**

**(2014-2016)**

## 1. Opis problemu zdrowotnego

### a. Problem zdrowotny

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.

Obecnie, przy braku w pełni skutecznej szczepionki przeciw gruźlicy, coraz większą wagę przywiązuje się do działań profilaktycznych mających na celu przerwanie łańcucha epidemicznego.

W tym celu opracowano wytyczne dotyczące postępowania z osobami, które były narażone na kontakt z chorymi wydalającymi prątki. Nowoczesne metody diagnostyczne pozwalają na wykrycie zakażenia u tych osób, a następnie wyłonienie w tej grupie osób, u których doszło do rozwoju czynnej gruźlicy. Ustalenie tych faktów pozwala na szybkie wdrożenie odpowiednich procedur profilaktycznych/lecniczych.

Stosowne sposoby postępowania w opisanych sytuacjach zostały opisane w wytycznych europejskich i ostatnio także w rekomendacjach polskich, jednakże literalne ich stosowanie bywa trudne lub niemożliwe w systemie finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## b. Epidemiologia

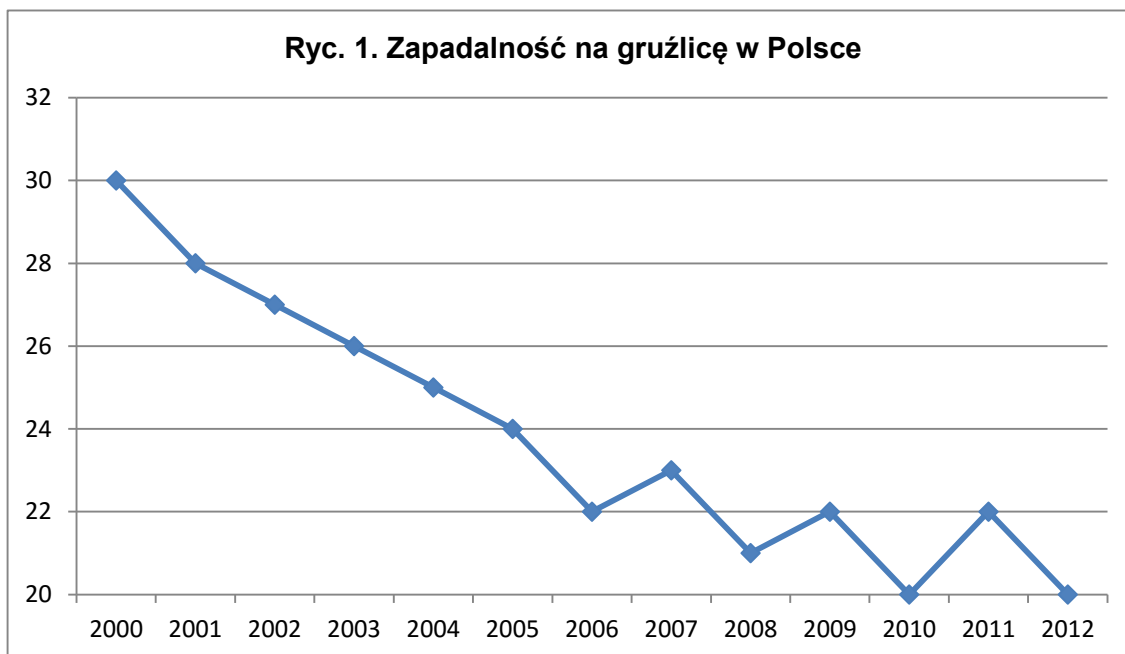
Szczegółowych danych dotyczących epidemiologii gruźlicy w Polsce dostarczają coroczne zestawienia opracowywane przez Zakład Epidemiologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Podstawowy parametr określający sytuację w zakresie gruźlicy, czyli zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci przedstawia dla Polski dla lat 2000 – 2012 ryc. 1. Analogicznie ryc. 2 przedstawia współczynnik zapadalności dla województwa wielkopolskiego.

Województwo wielkopolskie od wielu lat znajduje się w grupie regionów o najniższej w Polsce zapadalności. W roku 2012 współczynnik ten był tutaj ponad trzykrotnie niższy niż w województwach o najgorszej sytuacji epidemiologicznej w zakresie gruźlicy i prawie dwukrotnie niższy od średniej krajowej. Należy przy tym pamiętać, że ciągle była to wartość ponad dwukrotnie wyższa niż w Niemczech.

Równocześnie 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).

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.

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.



- c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu



Populacja województwa wielkopolskiego liczy 3 458 881 mieszkańców (stan na dzień 30.06.2012 r.)

W roku 2012 zanotowano w centralnym rejestrze gruźlicy 377 zachorowań w województwie wielkopolskim, w tym 336 nowych przypadków. Najbardziej niebezpiecznych z epidemiologicznego punktu widzenia postaci gruźlicy, tj. gruźlicy płuc z dodatnim wynikiem bakterioskopii było wśród ogółu około 47 %. Oznacza to, że liczbę nowo rozpoznanych osób prątkujących można szacować na około 160 osób. Osoby które były w bliskim kontakcie z tymi chorymi powinny zostać poddane procedurze oceny ryzyka zakażenia oraz progresji zakażenia utajonego do aktywnej postaci gruźlicy. Przyjmując arbitralnie liczbę 5 osób narażonych na zakażenie otrzymujemy liczbę **800** kandydatów do badania w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy, jakkolwiek stwierdzenie sytuacji masywnego prątkowania w zbiorowiskach zamkniętych (np. przedszkole) może w sposób znaczący wpłynąć na wzrost tej liczby.

d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Od pięciu lat realizowany jest w województwie wielkopolskim program profilaktyki gruźlicy. W jego ramach ściśle współpracują:

- pion nadzoru epidemiologicznego
- lekarze rodzinni
- lekarze specjaliści
- pion diagnostyki laboratoryjnej.

Obecnie postępowanie obejmowało następujące etapy:

1. Zgłoszenie stwierdzenia choroby/rozpoznania czynnika etiologicznego (lekarz specjalista, diagnosta laboratoryjny – mikrobiolog) do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej

2. Rozpoznanie środowiskowe dokonywane przez pion nadzoru epidemiologicznego. Efektem rozpoznania jest ustalenie listy osób z kontaktu.
3. Zgłoszenie przez nadzór epidemiologiczny osób narażonych do właściwego lekarza rodzinnego.
4. Badanie przez lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny przeprowadza badanie przedmiotowe oraz zleca wykonanie testu IGRA. W razie odchylenia od normy (w badaniu przedmiotowym i/lub wyniku testu IGRA) kieruje pacjenta do lekarza specjalisty. W każdym przypadku powinien kierować do specjalisty osoby z kontaktu w wieku poniżej 5 lat oraz osoby z niedoborami odporności.
5. Lekarz specjalista – pulmonolog decyduje o dalszym postępowaniu diagnostycznym i/lub terapeutycznym w ramach NFZ.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Program umożliwia wykorzystanie testów IGRA w procesie ustalania statusu pacjenta w zakresie zakażenia prątkiem gruźlicy. Jest to świadczenie, które nie jest refundowane przez NFZ. Uzasadnieniem wdrożenia programu mogą być dotychczasowe doświadczenia z wykorzystaniem opisanej ścieżki diagnostycznej. Swe walory ujawniał zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych dotyczących dzieci: stwierdzenia źródła zakażenia w przedszkolach lub szkołach. Pozwalał na szybkie wyodrębnienie grupy osób (dzieci) zakażonych, co pozwalało na niemal natychmiastowe wdrożenie procedury chemioprophylaktyki, to zaś zamykało drogę do przejścia stanu bezobjawowego zakażenia w stan czynnej gruźlicy.

## 2. Cele programu

a. Cel główny

Dalsze ograniczenie zapadalności na gruźlicę w populacji województwa wielkopolskiego.

#### b. Cele szczegółowe

Wykrycie za pomocą testu IGRA zakażenia prątkiem gruźlicy wśród osób narażonych na kontakt z chorymi prątkującymi oraz skierowanie ich do pionu specjalistycznej opieki pulmonologicznej.

#### c. Oczekiwane efekty

Spadek zapadalności na gruźlicę w województwie wielkopolskim do poziomu poniżej 10/100.000.

#### d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

- Odstetek osób zakażonych prątkiem gruźlicy w populacji badanej w stosunku do odsetka zakażonych w populacji ogólnej.
- Ilość osób z rozpoznaną czynną gruźlicą wśród uczestników programu.

### **3. Adresaci programu (populacja programu)**

#### a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Na podstawie wcześniej przedstawionej kalkulacji można szacować, że minimalna liczba uczestników programu w ciągu roku wynosi około 800.

#### b. Tryb zapraszania do programu

Kandydatów do przebadania w ramach programu zgłaszają:

- Lekarze rodzinni na podstawie informacji z Inspektoratu Sanitarnego o zaistnieniu bliskiego kontaktu z osobą prątkującą
- Przewodniczący Zespołów Zakażeń Szpitalnych na podstawie informacji z Inspektoratu Sanitarnego o zaistnieniu bliskiego kontaktu z osobą prątkującą
- Lekarze pulmonolodzy na podstawie wywiadu
- Inspektorzy Sanitarni

## 4. Organizacja programu

### a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- Państwowa Inspekcja Sanitarna
- Instytucje otwartego i zamkniętego leczenia pionu pulmonologicznego
- Lekarze rodzinni
- Laboratorium mikrobiologiczne.

### Etapy:

- Stwierdzenie gruźlicy prątkującej
- Zgłoszenie przypadku do Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- Przeprowadzenie wywiadu epidemiologicznego i ustalenie osób z bliskiego kontaktu (w ramach zadań ustawowych inspekcji sanitarnej)
- Przekazanie informacji o kontakcie do lekarza POZ (w ramach zadań ustawowych inspekcji sanitarnej)
- Lekarz POZ wykonuje badanie przedmiotowe oraz kieruje pacjenta na wykonanie testu IGRA finansowane w ramach programu (badanie testem IGRA finansowane ze środków programu)
- U dorosłych pacjentów immunokompetentnych badanie testem IGRA wykonuje się 8 tygodni od ostatniego dnia, w którym stwierdzono kontakt z chorym.
- 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 chemioprophylaktyki oraz diagnostyki w kierunku czynnej postaci gruźlicy.

- Osoby, u których stwierdzono dodatni wynik testu IGRA lekarz POZ kieruje do lekarza specjalisty, który kontynuuje proces diagnostyki w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ.

#### b. Planowane interwencje

W przypadku stwierdzenia źródła zakażenia w środowiskach szczególnie wrażliwych (przedszkola, szkoły), planowane są działania interwencyjne. W takich sytuacjach przewiduje się wykonanie testu IGRA natychmiast po otrzymaniu zgłoszenia sytuacji kryzysowej przez Państwową Inspekcję Sanitarną i po uzyskaniu zgody opiekunów prawnych dzieci narażonych na kontakt.

#### c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Kryterium włączenia uczestnika do programu jest ocena ryzyka i nadawanie rangi osobom z kontaktu (dr hab. med. Maria Korzeniewska-Koseła: „Postępowanie wobec osób z kontaktu z chorym na gruźlicę”).

Pierwszy krąg stanowią blisko kontaktujące się osoby:

- Domownicy chorego, osoby, które utrzymywały kontakty intymne z chorym
- Osoby, które miały z nim częsty, dłuższy kontakt lub spędzały czas w zamkniętej przestrzeni, takiej jak samochód czy cela więzienna
- Osoby po krótkiej intensywnej ekspozycji twarzą w twarz, do której doszło na przykład podczas procedur medycznych, takich jak bronchoskopia, reanimacja, badanie laryngologiczne, itp.

Drugi krąg stanowią kontakty okolicznościowe, czyli osoby często odwiedzające dom, znajomi krewni, osoby razem spędzające czas wolny.

Trzeci krąg stanowią osoby, które mogły mieć sporadyczny kontakt z chorym.

Organizacja i terminy badania osób z kontaktu z chorymi na gruźlicę będącymi źródłem zakażenia			
Grupa osób z kontaktu		Czas od rozpoznania przypadku gruźlicy do badania osób z kontaktu	
		<1 tydzień (lub tak szybko jak to możliwe)	8 tygodni po ostatnim kontakcie z chorym w czasie jego zakaźności
Priorytet wysoki	Osoby z bliskiego kontaktu o dużym ryzyku rozwoju gruźlicy po zakażeniu oraz osoby z objawami gruźlicy	Test IGRA i RTG klatki piersiowej	Test IGRA (jeśli poprzednio był ujemny) i RTG klatki piersiowej
	Inne osoby z bliskiego kontaktu	Badanie zależnie od decyzji: zawsze w przypadku udowodnienia transmisji zakażenia wśród osób z bliskiego kontaktu o dużym ryzyku: test IGRA i RTG klatki piersiowej	Test IGRA
Priorytet średni	Osoby o okolicznościowym kontakcie o dużym ryzyku rozwoju gruźlicy po zakażeniu	w przypadku udowodnienia transmisji zakażenia w grupie o wysokim priorytecie: test IGRA i RTG klatki piersiowej	Test IGRA
	Inne osoby z kontaktu o umiarkowanym priorytecie		w przypadku udowodnienia transmisji zakażenia w grupie o wysokim priorytecie: test IGRA
Priorytet niski			W przypadku udowodnienia znaczącej transmisji zakażenia w grupie o średnim priorytecie: test IGRA

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Finansowane ze środków programu badanie testem IGRA wykonywane jest w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu. Test jest wykonywany na zlecenie jednostek wymienionych w punkcie 3b. Pobranie materiału (krwi) do wykonania testu możliwe jest w miejscu wykonywania testu, bądź po uzgodnieniu, w każdym gabinecie zabiegowym na terenie województwa wielkopolskiego. O wyniku testu informowany jest pacjent oraz jednostka zlecająca.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanym ze środków publicznych.

Wykonywane w ramach programu badanie testem IGRA jest jednym z elementów działań, które należy podjąć w trakcie badania osób z kontaktu z chorymi na gruźlicę. Nieodzownym elementem działań profilaktycznych jest diagnostyka obrazowa (RTG płuc), które to świadczenie powinno być udzielone jako finansowane przez NFZ, podobnie jak porada specjalistyczna. Tylko w taki całościowy sposób potraktowany pacjent jest gwarantem sukcesu programu.

f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Uczestnictwo w programie kończy się z chwilą ustalenia statusu zakażenia/braku zakażenia pacjenta i przekazania go do lekarza specjalisty celem ustalenia dalszych etapów diagnostyki i/lub terapii w ramach świadczeń NFZ.

g. bezpieczeństwo planowanych interwencji

stosowane w programie testy IGRA posiadają wszelkie niezbędne atesty do stosowania ich w diagnostyce In vitro.

h. kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Laboratorium, w którym wykonywane będą testy IGRA znajduje się w ewidencji laboratoriów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, oraz spełnia wymagania dotyczące jakości diagnostyki.

i. dowody skuteczności planowanych działań

i. ii. opinie ekspertów klinicznych, zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Maria Korzeniewska-Koseła: Postępowanie wobec osób z kontaktu z chorymi na gruźlicę. Aktualne zalecenia dla krajów europejskich o małej częstości występowania gruźlicy i polska perspektywa z uwzględnieniem zagadnień pediatrycznych. *Medycyna Praktyczna – Pediatría* 2011, 6: 34-44

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania, leczenia i zapobiegania gruźlicy u dorosłych i dzieci. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2013, 81: 323-379.

Erkens C.G. i wsp. Tuberculosis contact investigation In low prevalence countries: a European consensus. *Eur. Resp.J.* 2010, 36: 925-949.

Mack U. I wsp. LTBI: latent tuberculosis infection or lasting immune responses to *M. tuberculosis*? A TBNET consensus statement. *Eur. Resp. J.* 2009, 33:956-973.

European Centre for Disease Prevention and Control. Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis. Stockholm: ECDC 2011

iii. dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Przewaga testów IGRA w zakresie ich swoistości nad skórnymi odczynami tuberkulinowymi w krajach o małej częstości występowania gruźlicy w których stosuje się szczepienie BCG została udowodniona, czego potwierdzenie znajduje się m.in. w wyżej cytowanych publikacjach.



W zakresie efektywności kosztowej można stwierdzić, że wyższy jednostkowy koszt testu w porównaniu z tuberkulinowym odczynem skórnym uzasadniony jest właśnie wyższą jego swoistością, czego efektem jest lepiej zogniskowane dalsze postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne. Oznacza to, że do dalszych etapów tego postępowania nie będą kierowani pacjenci, u których skórnym odczynem tuberkulinowym wskazywałby w sposób fałszywy stan zakażenia, odciążając w ten sposób sektor świadczeń finansowanych ze środków NFZ.

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

Program oparty na podobnych zasadach funkcjonował w województwie wielkopolskim od roku 2009. Wykazał w tym czasie wysoką efektywność, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych takich, jak stwierdzenie osoby prątkującej w populacjach szczególnie wrażliwych: w szkołach i przedszkolach. W proponowanym obecnie kształcie program uwzględnia zmiany, jakie dokonały się od czasu uruchomienia poprzedniej edycji programu, a które zostały zawarte w cytowanych powyżej zaleceniach i rekomendacjach.

## **5. Koszty**

### **a. Koszty jednostkowe**

jednostkowa cena testu IGRA – 150 zł

### **b. Planowane koszty całkowite**

1000 testów IGRA w ciągu roku – (800 pacjentów, wśród których szacunkowo u 25% badanie będzie wykonane dwukrotnie, zgodnie z opisaną powyżej procedurą) – koszt 150.000 zł/rok

Koszty organizacyjne – promocja programu, szkolenie współuczestników, zwłaszcza lekarzy rodzinnych, koszt obsługi merytorycznej i administracyjnej – 20.000 zł/rok

### **c. Źródło finansowania, partnerstwo**

budżet województwa wielkopolskiego

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych środków jest optymalne

Stosowanie testów IGRA w identyfikacji zakażenia prątkiem gruźlicy osób z kontaktu z chorymi prątkującymi zostało uznane za standard w wielu krajach. Za ich stosowaniem przemawia wysoka specyficzność testu w porównaniu z tuberkulinowym odczynem skórnym. Metaanaliza Diela i wsp. (Diel R., Loddenkemper R., Nienhaus A.: Predictive Value of Interferon- $\gamma$  Release Assays and Tuberculin Skin Testing for Progression From Latent TB Infection to Disease State: A Meta-analysis. Chest. 2012;142(1):63-75) zawiera wniosek, iż pozytywna wartość predykcyjna testów IGRA w określeniu progresji utajonego zakażenia prątkiem do aktywnej gruźlicy w grupach wysokiego ryzyka wynosi 6,8% w porównaniu z zaledwie 2,4% przy zastosowaniu odczynu tuberkulinowego. Ujemna wartość predykcyjna wynosi 99,7% i jest również w sposób statystycznie istotny wyższa niż dla odczynu tuberkulinowego. Oznacza to, że test IGRA jest znacznie lepszym narzędziem do typowania osób, które muszą zostać poddane np. chemioprophylaktyce. Należy pamiętać o kosztach samej chemioprophylaktyki, jak i – w kontekście możliwych skutków ubocznych – kosztach leczenia ewentualnych powikłań. Reasumując, stosowanie testów IGRA pozwala w sposób optymalny wyłonić grupę osób, u których niezbędne są dalsze etapy diagnostyki/terapii. Umożliwienie korzystania z tego narzędzia diagnostycznego eliminuje również postępowanie, w którym lekarze w sytuacji badania kontaktów zlecają diagnostykę aktywnych postaci gruźlicy. Jest to postępowanie długotrwałe (do 10 tygodni w porównaniu z 2 dniami dla testu IGRA), o koszcie porównywalnym z kosztem testu IGRA, a przy tym nie przynoszące oczekiwanego efektu w postaci wykrycia osoby już zakażonej, ale jeszcze nie chorej.

## **6. Monitorowanie i ewaluacja**

a. Ocena zgłaszalności do programu

Ocenę zgłaszalności do programu można ocenić poprzez porównanie liczby wykrytych przypadków gruźlicy z liczbą zgłoszonych do lekarzy POZ przez Inspekcję Sanitarną osób z kontaktu (sprawozdania dostarczane przez Inspekcję Sanitarną).

Skuteczność działania lekarzy POZ można ocenić poprzez porównanie liczby zgłoszonych przez Inspekcję Sanitarną kontaktów z liczbą pacjentów kierowanych przez tych lekarzy do udziału w programie.

Pacjenci, których stwierdzono zakażenie prątkiem będą monitorowani pod kątem wykrycia u nich czynnych postaci gruźlicy.

#### b. Ocena jakości świadczeń w programie

Laboratorium, w którym wykonywane będą testy IGRA znajduje się w ewidencji laboratoriów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, oraz spełnia wymagania dotyczące jakości diagnostyki. Należy do krajowej sieci laboratoriów prątka gruźlicy. Poddaje się, uzyskując pozytywne wyniki, kontrolom zewnętrznym POLMICRO oraz kontrolom organizowanym przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc.

#### c. Ocena efektywności programu

Podstawowym miernikiem efektywności programu będzie utrwalony spadkowy trend zapadalności na gruźlicę w województwie wielkopolskim.

## **7. Okres realizacji programu**

Lata 2014-2016

## Ogłoszenie

konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyczny schorzeń układu oddechowego dla mieszkańców gmin województwa wielkopolskiego na lata 2014-2020".

### I. Przedmiot konkursu:

Przedmiotem konkursu jest realizacja w 2020 roku programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyczny schorzeń układu oddechowego dla mieszkańców gmin województwa wielkopolskiego na lata 2014-2020", który stanowi załącznik do niniejszego ogłoszenia.

**Adresaci programu:** osoby od 18 do 80 roku życia (w tym czynni palacze po 30 roku życia) mieszkańcy gmin województwa wielkopolskiego.

**Kwota** przeznaczona na realizację programu w 2020 roku wynosi 300.000,00 zł.

**Koszty kwalifikowane:** badanie profilaktyczne przeglądowe klatki piersiowej wykonane w ambulansie cyfrowym aparatem rentgenowskim, badanie spirometryczne, spotkania edukacyjne w gminach; koszty administracyjne.

Koszty administracyjne nie mogą przekroczyć 15% kwoty przeznaczonej na realizację programu.

**Termin realizacji** programu od daty podpisania umowy do 31 grudnia 2020 r.

### II. Oferenci:

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190 tj.).

### III. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej.

#### A. Wymagania formalne:

Oferenci wskazani w ogłoszeniu muszą spełniać kryteria wynikające z art.17 ust.1 lub odpowiednio z art.18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190).

Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów – kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta:

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopia rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo-rozwojowych itp.)
2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).
4. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z zakresie niezbędnym do realizacji programu.
5. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.

8. Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

#### **B. Wymagania merytoryczne:**

Ponadto oferenci muszą spełniać szczegółowe warunki:

- 1) Podmiot prowadzący działalność leczniczą, specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu chorób układu oddechowego spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone obowiązującymi przepisami prawa; posiadający minimum 7-letnie doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania chorób układu oddechowego, w tym POChP.
- 2) Posiadanie sprzętu komputerowego umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.
- 3) Posiadanie ambulansu z cyfrowym aparatem RTG oraz spirometrów posiadających aktualne potwierdzone paszporty techniczne.
- 4) Kwalifikacje personelu medycznego:
  - a. lekarz specjalista radiodiagnostyki do opisywania badań RTG
  - b. lekarz specjalista chorób płuc do opisywania spirometrii
  - c. personel do wykonywania spirometrii o odpowiednich kwalifikacjach i prowadzenia prelekcji w zakresie profilaktyki schorzeń układu oddechowego
  - d. technicy RTG posiadający odpowiednie kwalifikacje
- 5) Zapewnienie procedury badania profilaktycznego:
  - a. wykonanie badania radiologicznego klatki piersiowej aparatem cyfrowym RTG w mobilnym ambulansie na terenie wskazanych gmin województwa wielkopolskiego
  - b. wykonanie badania spirometrycznego na terenie wskazanych gmin województwa wielkopolskiego
  - c. zorganizowanie i przeprowadzenie spotkań edukacyjnych w zakresie profilaktyki schorzeń układu oddechowego w miejscu wykonywania badań
  - d. informacja pacjentów o wynikach i ewentualnej konieczności dalszego leczenia w placówkach posiadających umowę z WOW NFZ.

#### **IV. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę należy przesłać pocztą na adres:

Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego  
Departament Zdrowia, Al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań

lub złożyć osobiście w zaklejonej kopercie w Punkcie Kancelaryjnym Urzędu  
Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego – parter hol główny po prawej stronie  
w godzinach pracy Urzędu (poniedziałek-piątek 7.30 – 15.30).

Koperta powinna być opisana poprzez oznaczenie nazwy i adresu oferenta oraz opatrzona informacją „*Oferta na konkurs wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyczny schorzeń układu oddechowego dla mieszkańców gmin województwa wielkopolskiego na lata 2014-2020"*”.

2. Ostateczny termin składania ofert upływa 27 marca 2020 r. (nie decyduje data stempla pocztowego).
3. Oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i nie będą rozpatrywane.
4. Oferta winna być sporządzona według wzoru formularza ofertowego.

5. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane załączniki.
6. Formularz oferty można pobrać ze strony:  
[www.umww.pl/departamenty/departamentzdrowia/zdrowiepubliczne/programypolityki/zdrowotnej/konkursy](http://www.umww.pl/departamenty/departamentzdrowia/zdrowiepubliczne/programypolityki/zdrowotnej/konkursy)
7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

#### **V. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu.**

1. Informacje dotyczące konkursu udzielane są w Wydziale Zdrowia Publicznego Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, tel. 61 62 66 357.
2. Oferent może wystąpić z pisemnym zapytaniem dotyczącym warunków konkursu ofert i uzyskać wyjaśnienia drogą elektroniczną na adres mailowy: [zdrowie@umww.pl](mailto:zdrowie@umww.pl)
3. Termin przyjmowania zapytań upływa na 3 dni przed terminem składania ofert.

#### **VI. Otwarcie, ocena i wybór ofert.**

1. Konkurs składa się z dwóch etapów.
2. W pierwszym etapie Departament Zdrowia UMWW dokonuje oceny pod względem formalnym:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - b) otwiera koperty z ofertami,
  - c) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,
  - d) odrzuca oferty sporządzone wadliwie bądź niekompletne oraz złożone po terminie.
3. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty tj.:
  - a) ocenia oferty pod względem merytorycznym stosując następujące kryteria oraz punktację:
    - jednostkowy koszt proponowanych działań: do 30 pkt
    - warunki kadrowe i kwalifikacje osób realizujących program: do 20 pkt
    - wyposażenie zabezpieczone przez oferenta na potrzeby programu: do 15 pkt
    - doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej: do 35 pktOferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt. Punktacja końcowa obliczana jest jako średnia arytmetyczna punktów przyznanych przez członków komisji konkursowej w poszczególnych kryteriach.
  - b) odrzuca oferty nie spełniające kryteriów merytorycznych tj. oferty, które uzyskały poniżej 50 pkt.,
  - c) w przypadku większej liczby ofert (tj. powyżej 1 oferty), które przekroczyły wymagany próg komisja konkursowa dokonuje wyboru jednej oferty umożliwiającej realizację programu na terenie województwa wielkopolskiego.
4. Uregulowania dotyczące drugiego etapu mają zastosowanie również wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia konkursu zostanie złożona jedna oferta.
5. W toku oceny ofert komisja konkursowa może:
  - a) zwrócić się do oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznych złożonych ofert,
  - b) poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 28 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.
7. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu dokona Zarząd Województwa Wielkopolskiego w formie uchwały, na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez komisję konkursową.
8. Departament Zdrowia UMWW niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie UMWW oraz w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego.

## VII. Postanowienia końcowe.

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych, o czym niezwłocznie informuje poprzez umieszczenie stosowanych informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w siedzibie i na stronie UMWW.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:
  - a) odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert, przedłużenia terminu składania i otwarcia ofert oraz przedłużenia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny,
  - b) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (m.in. zmiany w budżecie).

Rozstrzygnięcie nastąpi również w przypadku wpływu jednej oferty na konkurs.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym ogłoszeniem konkursowym mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego (Dz.U z 2019 poz.1145 t.j.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz.1373) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

Szczegółowe informacje na temat konkursu można uzyskać w Departamencie Zdrowia - Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego:

- 1) Jarosław Cieszkiewicz nr tel. 61 62 66 353 e-mail: [jaroslaw.cieszkiewicz@umww.pl](mailto:jaroslaw.cieszkiewicz@umww.pl)
- 2) Grażyna Szalkowska nr tel. 61 62 66 357 e-mail: [grazyna.szalkowska@umww.pl](mailto:grazyna.szalkowska@umww.pl)

**„Program profilaktyczny schorzeń układu oddechowego dla mieszkańców gmin województwa wielkopolskiego na lata 2014 – 2020”.**

**Opracowany przez Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy pod redakcją dr n.med. Ewy Zalc-Budziszewskiej.**



## **1. Opis problemu zdrowotnego.**

**a.** Choroby układu oddechowego od lat stanowią znaczący problem zdrowotny w Polsce i na świecie. Choroby przewlekłe tego narządu, które są znaczące epidemiologicznie, to:

- astma oskrzelowa,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP),
- alergiczny nieżyt nosa,
- obturacyjny bezdech senny,
- zwłóknienia płuc.<sup>1</sup>

Istotnym problemem epidemiologicznym w Polsce nadal jest także gruźlica - choroba zakaźna, która w XX wieku powinna ulec eradykacji, a co niestety nie stało się<sup>2</sup>. W Polsce aż 20 na 100 tys. osób cierpi na ta chorobę. To znacznie więcej niż w krajach Unii Europejskich gdzie np. w Czechach współczynnik ten wynosi 4.

**b.** Długotrwały trend spadkowy umieralności z powodu chorób układu oddechowego zakończył się w 1994 r. i następnie po paru latach wzrostu i niewielkiego spadku współczynnik zgonów jest mniej więcej ustabilizowany na poziomie z początku lat 90 (ale udział w ogólnej liczbie zgonów jest oczywiście trochę większy). Choroby układu oddechowego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet (po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest ponad dwuipółkrotnie wyższe niż wśród kobiet). Zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet w wieku powyżej 65 lat choroby układu oddechowego są większym zagrożeniem życia niż przyczyny zewnętrzne zgonów.<sup>3</sup> Choroby układu oddechowego ogółem są większym zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach (o 24%), podczas gdy poziom umieralności mieszkańek miast jest o 9% wyższy niż mieszkańek wsi. Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych w znacznie większym stopniu zagrażają życiu mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach (różnica poziomów umieralności aż o 79%), zaś w przypadku kobiet poziom umieralności w miastach jest o 12% wyższy niż na wsi<sup>4</sup>.

Od 2007 roku Wojewódzki Specjalistyczny Zespół ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k. Kalisza realizował Program profilaktyczny schorzeń układu oddechowego dla mieszkańców gmin województwa wielkopolskiego (badanie RTG i spirometria). Program ten jest realizowany jeszcze w roku 2013. Celem programu było

---

<sup>1</sup> Dane ze spotkania Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases (GARD) – inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia powołanej w celu zahamowania narastającej epidemii przewlekłych chorób układu oddechowego z dnia 23 września 2011 w Warszawie.

<sup>2</sup> Dye C., Maher D., Weil D., Espinal M., Raviglione M.: Targets for global tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10: 460-462.

<sup>3</sup> Sytuacja zdrowotna ludności Polski pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego -Państwowy Zakład Higieny Warszawa 2008;

[www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user\\_upload/PZH\\_Raport\\_2008.pdf](http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/PZH_Raport_2008.pdf)

<sup>4</sup> [www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user\\_upload/statystyka/Raport\\_stanu\\_zdrowia\\_2012.pdf](http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/statystyka/Raport_stanu_zdrowia_2012.pdf)

wykrywanie chorych ze zmianami radiologicznymi w płucach pod kątem gruźlicy płuc, ale także raka płuc oraz wykrywanie chorych z zaburzeniami wentylacji płuc. Przykładowo w roku 2011 badania wykryły świeżą gruźlicę u 2% badanych. Jest to duży odsetek w perspektywie, że zachorowalność na gruźlicę w Polsce w roku poprzedzającym wyniosła 19,7/ 100 tys. mieszkańców, w tym w województwie wielkopolskim 12,9/100 tys. mieszkańców. Województwo wielkopolskie w rankingu województw o najmniejszej zachorowalności na gruźlicę zajmuje od lat pierwsze lub drugie miejsce. Nie przystaje to do faktów klinicznych, które obserwujemy od lat. Przypadki gruźlicy, leczone w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k. Kalisz (zwanego Szpitalem w Wolicy), cechuje znaczne zaawansowanie choroby. Gruźlica jest chorobą rozwijającą się podstępnie. Zajęcie płuc również nie zawsze powoduje objawy<sup>5</sup>. W codziennej praktyce klinicznej obserwujemy, że na oddziały Szpitala w Wolicy trafiają chorzy z rozległymi zmianami radiologicznymi w płucach, potwierdzającymi skryte rozwijanie się choroby od 4 -12 miesięcy. Nie ma wśród chorych tzw. przypadków zmian minimalnych. Znaczne zaawansowanie zmian radiologicznych w płucach u chorych świeżo wykrytych, hospitalizowanych w Szpitalu w Wolicy, świadczy o tym, że odnotowywana niska zachorowalność na gruźlicę w województwie wielkopolskim nie przystaje do rzeczywistości. Naszym zdaniem, w województwie wielkopolskim wykrywalność gruźlicy jest poniżej faktycznej zachorowalności na tę chorobę. Wiadomo też, że osoby palące tytoń należą do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania na gruźlicę. Dokładnie to samo możemy powiedzieć o przypadkach raka płuc, trafiających do diagnostyki do Szpitala w Wolicy. Wszystkie przypadki wykrywane z tzw. objawów, to przypadki zaawansowane, gdzie rokowanie, co do skuteczności leczenia, jest złe. Przypadki dobrze rokujące to chorzy wykryci „przypadkowo” np. przy okazji badań wymaganych przy skierowaniu na leczenie sanatoryjne, czasem badania pracownicze okresowe (zdjęcie przeglądowe klatki piersiowej jest wymagane w bardzo niewielu grupach zawodowych). W roku 2011 u 1% przebadanych osób, w ramach realizowanego Programu zdrowotnego, stwierdziliśmy zmiany radiologiczne, podejrzane o proces nowotworowy.

POChP też jest chorobą rozwijającą się skrycie. W Polsce nie przeprowadzono badania epidemiologicznego obejmującego reprezentatywną próbę całej populacji kraju. W badaniach cząstkowych cechy POChP stwierdzono u około 10% badanych powyżej 40. roku życia. Choroba występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, stosunek płci wynosi 2:1. Obserwuje się zmniejszanie różnicy częstości występowania choroby między płciami zgodne z wyrównywaniem się różnic w rozpowszechnieniu palenia tytoniu. Choroby płuc, wśród których najczęstsza jest POChP, są czwartą — po chorobach serca i naczyń, nowotworach złośliwych i śmierci z przyczyn gwałtownych — przyczyną zgonu w Polsce<sup>6</sup>. W codziennym życiu chorzy

---

<sup>5</sup> F.Mejza: Gruźlica i mykobakteriozy.: [www.pulmonologia.mp.pl/choroby](http://www.pulmonologia.mp.pl/choroby)

<sup>6</sup> Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

nie zawsze zauważają początki gorszej tolerancji wysiłku. Poza tym palacz tytoniu nie zawsze uświadamia sobie, że gorsza tolerancja wysiłku nie jest związana z wiekiem, lecz z paleniem tytoniu i uszkodzeniem płuc z tego powodu. W tym aspekcie przesiewowe badanie spirometryczne, nakierowane na osoby palące tytoń, są uzasadnione. Przykładowo, w ramach Programu zdrowotnego w roku 2011 u ok. 18% przebadanych osób - z dodatnim wywiadem nikotynowym - stwierdziliśmy zaburzenia wentylacji płuc, o których te osoby nie wiedziały.

**c.** Nasz program zdrowotny nakierowany jest na najistotniejsze choroby układu oddechowego z punktu widzenia epidemiologii chorób układu oddechowego w Polsce: POChP i gruźlicę, pośrednio także raka płuc. Oczywiście celem realizowanym przy okazji będzie także wykrywanie innych chorób układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, które są powodem odchyleń od normy na zdjęciu przeglądowym klatki piersiowej. Kierujemy ofertę badań głównie do osób palących tytoń, z wywiadem powyżej 20 paczkolet ( po 40 r. ż.). Nie wykluczamy jednak wykonania badań w młodszych grupach wiekowych, jeżeli takie się zgłoszą (po 18 r.ż.). Dysponujemy autobusem z aparatem do badań radiologicznych cyfrowych klatki piersiowej. Mamy także spirometry do badań zaburzeń wentylacji płuc. Jesteśmy w stanie dotrzeć do wszystkich gmin Województwa Wielkopolskiego. Aktualnie ludność województwa liczy 3 462 383 osoby, z czego ok. 16% stanowią dzieci w wieku 0-14 lat<sup>7</sup> i 7,6% młodzież w wieku 15-19 lat. Nasz Program dedykowany jest do mieszkańców Województwa Wielkopolskiego po 18 roku życia, zamieszkałych w miejscowościach, gdzie dostęp do badań rtg i spirometrycznych jest utrudniony. Najlepszą metodą zapobiegania gruźlicy jest jej wczesne wykrywanie oraz podejmowanie skutecznego leczenia. Badanie RTG klatki piersiowej stosowane jest w diagnostyce gruźlicy. Przyjęto zasadę badania osób ze środowiska domowego lub zawodowego chorego na gruźlicę i te badania są finansowane ze środków publicznych. Badania przeglądowe klatki piersiowej u osób z objawami chorobowymi ze strony układu oddechowego są także finansowe ze środków publicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Rozpoznawanie POChP także jest refundowane w ramach świadczeń gwarantowanych i dotyczy to osób z ryzyka zachorowania (głównie palacze tytoniu), które odczuwają objawy choroby.

**d.** System opieki zdrowotnej w Polsce nie zapewnia wykrywania gruźlicy i POChP u osób, które są chore, ale jeszcze nie odczuwają objawów choroby w stopniu, który skłaniałby je do wizyty u lekarza. Problem epidemiologiczny szerzenia się gruźlicy jest bardzo złożony. Istnieją badania, które dowodzą, że tylko około 30% nowo

---

(POChP). Dokument opracował zespół w składzie: prof. dr hab. n. med. Władysław Pierzchała, dr hab. n. med. Adam Barczyk, prof. dr hab. n. med. Dorota Górecka, prof. dr hab. n. med. Paweł Śliwiński, prof. dr hab. n. med. Jan Zieliński. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2010; 78, 5: 318–347.

<sup>7</sup> Ludność w województwie wielkopolskim. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011.

wykrytych przypadków gruźlicy ma związek ze współzachorowaniem rodzinnym. Pozostałych 70% zachorowań to jedyny przypadek w rodzinie. Z jednej strony świadczy to o skuteczności leczenia gruźlicy, ale z drugiej strony zastanawia, od kogo tych 70% chorych się zaraziło i w jakim czasie poprzedzającym wykryte zachorowanie mogli się zarazić?<sup>8</sup> Na to pytanie nie ma odpowiedzi, trzeba zdawać sobie sprawę z „czarnej dziury” w łańcuchu epidemiologicznym. Od kilku już lat w codziennej praktyce klinicznej, w Szpitalu w Wolicy, widzimy jedynie bardzo zawansowane przypadki gruźlicy. Dlatego należy zachęcić mieszkańców wsi i miasteczek do przesiewowych badań radiologicznych klatki piersiowej. Wszystkie inne metody wykrywania gruźlicy (odczyny tuberkulinowe, testy IGRA) zalecane są dla osób, które albo miały kontakt z chorym na gruźlicę lub mają objawy ze strony układu oddechowego, mogące być objawami gruźlicy. W naszym Programie chodzi o te przypadki gruźlicy, której objawy jeszcze nie niepokoją chorego, a można ją udowodnić badaniem radiologicznym klatki piersiowej. U części osób zakażonych *Mycobacterium tuberculosis*, dochodzi do rozwoju gruźlicy w różnym czasie. Najczęściej dotyczy ona płuc. Przebieg choroby może być bardzo różnorodny. Gruźlica płuc niekiedy przebiega bezobjawowo.<sup>9</sup> Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom stanowi cel strategiczny w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015. Zgodnie z NPZ gruźlica wymaga wzmożonego nadzoru. Jednym z priorytetów NPZ w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom jest: zmniejszenie zapadalności na gruźlicę. W 2013 roku Światowy Dzień Gruźlicy obchodzony jest pod hasłem: Uchroń mnie przed gruźlicą i taki cel przyświeca naszemu Programowi.

Drugą chorobą, której wykrywaniem chcemy się zająć to POChP. Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc należy podejrzewać u osoby powyżej 40. roku życia palącej od wielu lat papierosy lub narażonej na zanieczyszczenia i odkrztusza plwocinę, głównie rano. Potwierdzenie zaburzeń wentylacji płuc w badaniu spirometrycznym u palacza jest dowodem na POChP u tej osoby. Badanie spirometryczne jest podstawowym badaniem czynnościowym układu oddechowego służącym do rozpoznawania POChP, określenia stopnia jej zaawansowania i oceny rokowania.

Każda osoba paląca, z bierną ekspozycją na dym tytoniowy lub środowiskowe czynniki narażenia układu oddechowego powinna mieć wykonane badanie spirometryczne<sup>10</sup>. Celem tego badania u osoby z podejrzeniem POChP jest potwierdzenie zaburzeń wentylacji typu obturacyjnego. Wartość diagnostyczną

---

<sup>8</sup> E. Zalc-Świerczewska: Gruźlica płuc w rodzinach chorych na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie : rozprawa doktorska na stopień doktora nauk medycznych; Oddział Ftizjopneumonologii Kliniki Pneumonologii i Alergologii IMW Akademii Medycznej w Łodzi ; Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sieradzu ; promotor prof. dr hab. med. Iwona Grzelewska-Rzymowska.

<sup>9</sup> Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania, leczenia i zapobiegania gruźlicy u dorosłych i dzieci. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2013; 81, 4: 332–379.

mają przede wszystkim: FEV1, pojemność życiowa płuc (VC, vital capacity) lub natężona pojemność życiowa płuc (FVC, forced vital capacity) i wyliczony wskaźnik odsetkowy FEV1/VC lub FEV1/FVC. Stałym elementem rozpoznawania POChP jest także zdjęcie przeglądowe klatki piersiowej, co zaleca Polskie Towarzystwo Chorób Płuc<sup>10</sup>. Celowo pominęliśmy zalecenie PTChP wykonywania spirometrii u osób z dodatnim wywiadem nikotynowym, które mają obawy kaszlu z odkrztuszaniem, zwłaszcza z rana. Takie osoby są diagnozowane w ramach świadczeń gwarantowanych (NFZ). Nasza praktyka kliniczna dowodzi, że w stadium GOLD 1 i GOLD 2 (odpowiednio obturacja łagodna i umiarkowana) duża ilość chorych nie uświadamia sobie istnienia choroby. Łagodna obturacja nie obniża jakości życia chorego w stopniu niepokojącym go. Obturacja w stopniu umiarkowanym to bardzo szeroki przedział zaburzeń od 79% do 50% wartości należnej FEV1, więc także poczucie choroby bywa różne. Dlatego chorzy na tym etapie choroby nie zgłaszają się do lekarza, nie korzystają ze świadczeń zdrowotnych gwarantowanych, bo nie mają poczucia choroby. Wykrycie POChP na etapie jeszcze nie odczuwanej obniżonej jakości życia, to szansa na namówienie chorego do rzucenia palenia tytoniu i zatrzymania procesu chorobowego nieuchronnie prowadzącego do inwalidztwa. Nasz Program ma służyć wykryciu POChP u chorych, którzy sami z siebie jeszcze nie zgłosiliby się z problemem zdrowotnym do lekarza. Natomiast zgłoszą się na przesiewowe badania spirometryczne, dostępne w gminie, w której mieszkają. W latach ubiegłych nasza obecność w gminach skutkowałą wzrastaniem zgłaszalności na badania. Byliśmy też chętnie zapraszani przez gminy do powtórzenia badań w następnym roku.

W toku prowadzonych badań przesiewowych przewidujemy, że jak w latach poprzednich, wykryjemy także przypadki raka płuca i astmy oskrzelowej, co również jest celem Programu.

## **2. Cele programu.**

### **a. Cel główny.**

**Profilaktyka zachorowań na gruźlicę i POChP wśród mieszkańców miast i wiosek województwa wielkopolskiego.**

### **b. Cele szczegółowe.**

- **Zwiększenie wykrywalności gruźlicy we wczesnych fazach choroby wśród mieszkańców miast i wiosek województwa wielkopolskiego.**
- **Zwiększenie wykrywalności POChP we wczesnych fazach choroby wśród mieszkańców miast i wiosek województwa wielkopolskiego.**

---

<sup>10</sup> Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2010; 78, 5: 318–347

- **Wykrywanie raka płuc, innych chorób układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, które są powodem odchyłeń od normy na zdjęciu przeglądowym klatki piersiowej**
- **Promocja postaw prozdrowotnych.**
  - **Zachęcenie osób palących do porzucenia nałogu poprzez przeprowadzenie działań edukacyjnych w postaci prelekcji oraz rozdawanie materiałów oświatowych, głównie odpowiednio przygotowanych ulotek osobom, które zgłosiły się do Programu.**
  - **Rozpowszechnienie wiedzy o najczęstszych chorobach układu oddechowego (astmy oskrzelowej, POChP, nieżyty górnych dróg oddechowych) poprzez prelekcje i rozdawanie ulotek.**
  - **Rozpowszechnianie wiedzy o gruźlicy i czynnikach ryzyka zachorowania, takich jak nikotynizm, nadużywanie alkoholu, cukrzyca, choroba wrzodowa żołądka, stany obniżonej odporności.**
- c. **Oczekiwany efekt jest zwiększenie wykrywalności gruźlicy i POChP wśród ludności gmin województwa wielkopolskiego, a pośrednio także innych chorób układu oddechowego, ze szczególnym uwzględnieniem raka płuc.**
- d. **Miernikiem efektywności, odpowiadającym celom Programu będzie stosunek wyników dodatnich badania diagnostycznego do całkowitej ilości wykonanych badań.**

### **3. Adresaci programu.**

Planowany program skierowany jest do osób:

- 1) w wieku od 18 do 80 roku życia, w tym czynnych palaczy po 30 roku życia.
- 2) z ubogich warstw społecznych, gdzie są zwiększone czynniki ryzyka,
- 3) w gminach i miejscowościach z utrudnionym dostępem do badań rtg, spirometrii i specjalistów pulmonologów.

W opinii specjalistów liczba zachorowań na gruźlicę może być dużo wyższa niż wskazują oficjalne statystyki, a tylko wczesne wykrycie i leczenie zapobiega szerzeniu się zakażenia w otoczeniu. Wczesna diagnostyka jest jednak utrudniona zwłaszcza wśród mieszkańców wsi i małych miasteczek, którzy z uwagi na odległość do najbliższego specjalistycznego ośrodka zdrowia mają ograniczony dostęp do specjalistycznych badań. Możliwość dokonania bezpłatnego badania rtg w ambulansie, który może dotrzeć do każdej miejscowości także do ludzi żyjących w niedostatku jest zasadniczym argumentem świadczącym o celowości programu. Związek między pozycją

społeczną a zaburzeniami zdrowia są potwierdzone w badaniach krajowych i zagranicznych.

W Polsce, podobnie jak na świecie, pali około 30% osób. Do tej populacji oraz biernych palaczy przede wszystkim skierowany jest nasz Program. Osoby palące tytoń, mające w wywiadzie ponad 10 paczkolet tj. 10 papierosów przez 10 lat lub 10 papierosów przez 20 lat, należą do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania na POChP. Palacze tytoniu należą także do grupy osób o większym ryzyku zachorowania m.in. na gruźlicę płuc i raka płuc. Badaniami: przeglądowym zdjęciem klatki piersiowej i badaniami spirometrycznymi chcemy objąć wszystkie osoby powyżej 18 roku życia, ale będziemy podkreślać, iż badania spirometryczne są głównie skierowane do palaczy tytoniu: czynnych i biernych. Zaproszenie do Programu będzie odbywać się poprzez urzędy gminne i lekarzy poz. Mamy już doświadczenie, że ilość badań wykonanych uwarunkowana jest właściwie prowadzoną kampanią informacyjną przez urząd gminy i dobrą współpracą gminy z realizatorami „Programu”.

#### **4. Organizacja Programu.**

##### **a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne.**

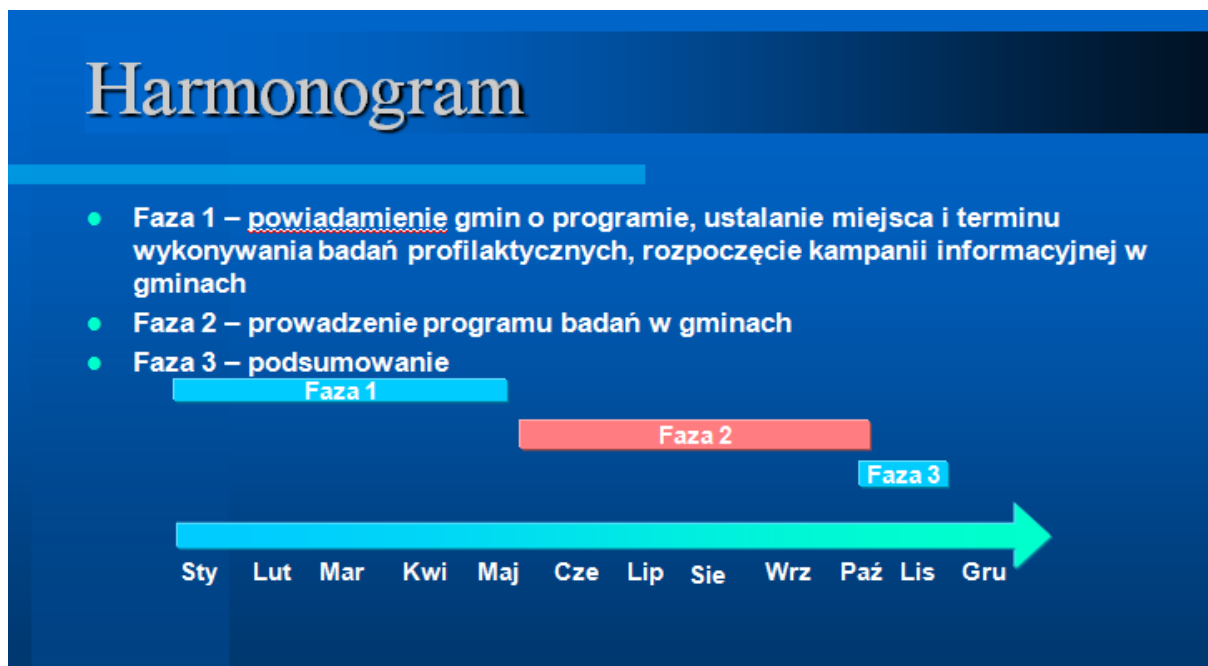
Wykonawcą programu i jego koordynatorem jest Wojewódzki Specjalistyczny Zespół ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy koło Kalisza (zwany dalej WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy). Wykonawca dysponuje ambulansem z cyfrowym aparatem rtg oraz spirometrami. Wykonawca jest w stanie dotrzeć z wymienioną aparaturą do każdej gminy województwa wielkopolskiego. Program będzie realizowany przy czynnym udziale: samorządów lokalnych (wójtów, burmistrzów) i ośrodków zdrowia, wskazanych przez samorząd lokalny. Plan strategiczny Programu uwzględnia poszczególne etapy.

- Kalendarium badań na dany rok z uwzględnieniem poszczególnych gmin, miast.
- Nawiązanie współpracy z władzami gminy lub miasta, kilka miesięcy wcześniej niż nastąpi realizacja Programu.
- Ustalenie miejsca realizacji Programu w danej gminie (mieście).
- Nawiązanie współpracy z przychodniami, wskazanymi przez samorząd lokalny. Lekarze rodzinni w terenie najlepiej znają problemy zdrowotne i zachowania zdrowotne środowiska lokalnego. Informacja do ludności o Programie może być ze strony ośrodka zdrowia najbardziej trafnie adresowana.
- Przygotowanie ulotki informacyjnej o Programie i jego głównych założeniach do obwieszczenia lub odczytania w różnych instytucjach użyteczności publicznej na danym terenie np. w kościołach.
- Realizacja Programu na danym terenie. Badania przeglądowe klatki piersiowej wykonywane będą nowej generacji cyfrowym aparatem rentgenowskim w ruchomym ambulansie, który dojeżdża na miejsce po

wcześniejszym ustaleniu terminu z urzędem gminy (jak zaznaczono wyżej z kilkumiesięcznym wyprzedzeniem). Aparat rtg obsługuje technik radiologii. Pielęgniarki biorące udział w programie uczestniczyły w szkoleniu wykonywania spirometrii, przeprowadzonym przez specjalistę chorób płuc z WSZZOZ Ch. Płuc i Gruźlicy w Wolicy oraz pielęgniarkę koordynującą w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy w Kaliszu. W ramach planowanego programu profilaktycznego na przestrzeni lat 2014-2020 przewiduje się przebadanie aparatem rtg około 90.000 osób oraz wykonać około 70.000 badań spirometrycznych. Zakładając zainteresowanie według lat ubiegłych przewidujemy zgłaszalność na poziomie 80 %.

- Ocena wykonanych badań przez lekarzy specjalistów chorób płuc WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy.
- Przesłanie wyników do uczestników, w przypadku stwierdzenia odchyień od normy - z zaleceniami dalszego postępowania.
- Podsumowanie i ocena efektywności na koniec każdego roku realizacji Programu.

Rys. 1 Harmonogram etapów Programu w danym roku.



### b. Planowanie interwencyjne.

Dla osób oczekujących na wykonanie badań pielęgniarki będą prowadzić prelekcje w zakresie profilaktyki schorzeń układu oddechowego o tematyce:

- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP);



- wpływ nikotyny na drogi oddechowe i układ krążenia;
- higiena układu oddechowego;
- zdrowy styl życia ( w tym omówienie metod rzucenia palenia tytoniu);
- znaczenie badań radiologicznych we wczesnym wykrywaniu schorzeń układu oddechowego.

Program edukacyjny będzie mógł być realizowany dzięki temu, że w badaniu na danym terenie będą brały udział zawsze dwie pielęgniarki. Jedna wykonuje badania spirometryczne, a druga w tym czasie prowadzi pogadankę na wyżej wymienione tematy.

#### **c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników.**

Zgłaszanie się do Programu zakłada zasadę dobrowolności i spontanicznej zgłaszalności. Natomiast odpowiednio podana informacja powinna spowodować zainteresowanie programem głównie osób, które od dłuższego czasu nie poddawane były badaniom, palących tytoń, nadużywających alkohol, chorych na choroby przewlekłe np. na cukrzycę. Godziny rozpoczęcia Programu na danym terenie będą ustalone z władzami samorządu, uwzględniając zarówno czas dopołudniowy, jak i popołudniowy.

#### **d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.**

Badania przeglądowe klatki piersiowej i badania spirometryczne będą udzielane nieodpłatnie, bez sprawdzania prawa do ubezpieczenia zdrowotnego. Zależy nam na tym, ażeby badaniami objąć najbiedniejszych mieszkańców danej gminy lub miasta, żeby nie stawiać barier. Zainstalowany w ambulansie cyfrowy aparat rtg IMIX ARD z 2007 r. posiada aktualny paszport techniczny i jest pod stałą kontrolą radiologiczną Sanepidu. Spirometry z serii Microlab także są nowymi aparatami z potwierdzanym na bieżąco paszportem technicznym. Przed badaniem spirometrycznym, uczestnik wypełnia ankietę, której celem jest ustalenie przeciwwskazań do badania spirometrycznego oraz ustalenie skali nałogu palenia tytoniu.

Wyniki wykonanych badań powinny dotrzeć do uczestników w terminie do 30 dni od wykonania badań.

#### **e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.**

Badania przeglądowe klatki piersiowej i badania spirometryczne wykonywane w ramach Programu są dostępne w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Jednak w ramach NFZ badania te wykonuje się u osób z objawami ze strony układu oddechowego. Natomiast Program ma objąć osoby, które nie mają poczucia choroby, ale są poinformowane, iż należą do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania na gruźlicę lub POChP. Wiedzę na ten temat powinny

nabyć na podstawie ogłoszeń, obwieszczeń o Programie w różnych publicznych miejscach (urząd gminy, kościół, ośrodek zdrowia i inne budynki użyteczności publicznej).

**f. Sposób zakończenia udziału w Programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.**

Uczestnik, u którego w badaniach stwierdzono odchylenia od normy, otrzymuje zalecenie zgłoszenia się do swojego lekarza rodzinnego, który skieruje go do dalszej diagnostyki pulmonologicznej w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych.

W przypadku wykrycia zmian radiologicznych w płucach, wymagających szybkiej hospitalizacji, zostanie to odnotowane na wyniku badania. WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy jest w stanie hospitalizować, diagnozować i leczyć każdego chorego, wykrytego w Programie. Natomiast ze względu na miejsce zamieszkania, może być wygodniej uczestnikowi Programu skorzystać z innych placówek pulmonologicznych.

W przypadku zaburzeń spirometrycznych u uczestnika Programu zazwyczaj pośpiech diagnostyczno-terapeutyczny nie będzie konieczny. Uczestnik skorzysta z porady pulmonologa w terminie standardowym. Istotne jest to, że uczestnik dowie się o zaburzeniach, a z założenia Programu nie ma przecież poczucia choroby.

**g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji.**

Program nie przewiduje podawania leków. Poszanowanie godności osób korzystających z usług systemu ochrony zdrowia jest obowiązkiem wszystkich pracowników ochrony zdrowia, niezależnie od płci, wieku, statusu społecznego, stanu cywilnego, wykształcenia, rasy (Konstytucja RP, art. 47; ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, art. 19,1 pkt 4; ustawa o zawodzie lekarza, art. 36, kodeks etyki zawodowej, art. 3,12, ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej art. 17).

**h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji Programu**

Badania radiologiczne będą wykonywane w ambulansie, którym dojeżdżamy do miejsca, wskazanego przez samorząd terytorialny. Warunki lokalowe do wykonywania badań spirometrycznych i prowadzenia pogadarek zdrowotnych zapewnia lokalny samorząd.

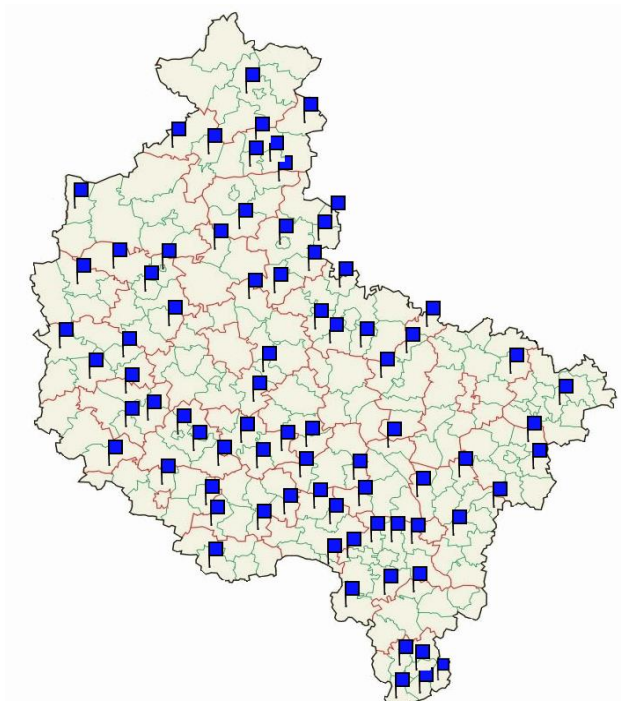
**i. Dowody skuteczności planowanych działań.**

Programy zdrowotne realizowane do 2011 r. znalazły swoje podsumowanie na Spotkaniu realizatorów programów zdrowotnych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w grudniu 2011 r., które odbyło się w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym UMP. Przedstawiliśmy wówczas efekty naszych badań wśród ludności województwa wielkopolskiego. Poniżej przedstawiamy niektóre dane.

W roku 2011 byliśmy z przesiewowymi badaniami radiologicznymi i spirometrią w 78 gminach województwa wielkopolskiego. Zaburzenia wentylacji płuc stwierdzono u 13% uczestników Programu. Jeżeli wziąć pod uwagę uczestników z dodatnim wywiadem tytoniowym, to u 18 % tych osób stwierdzono zaburzenia wentylacji płuc. Zmiany radiologiczne na zdjęciu przeglądowym klatki piersiowej odnotowaliśmy u 3,59% osób.

RTG	L. osób	Zmiany rtg
Kobiety	4033	124
Mężczyźni	3337	140
Razem	7370	235

Mapka województwa wielkopolskiego z zaznaczonymi gminami, w których byliśmy w 2011 roku.



Wśród osób ze zmianami radiologicznymi świeże zmiany gruźlicze stwierdzono u 4 osób tzn. 1 przypadek na 1,8 tys. zdjęć. Jak na województwo o najmniejszej zachorowalności na gruźlicę w Polsce – wynik zaskakujący.

Z badań radiologicznych przesiewowych(małoobrazkowych) w Polsce zrezygnowano, kiedy statystycznie udokumentowano, że aby wykryć 1 przypadek gruźlicy trzeba wykonać od 3 tys. do 5 tys. badań. Wydawałoby się, że Województwie Wielkopolskim nie będzie inaczej. Z pewnością dobrze prowadzona faza wstępna Programu, ze wskazaniem na grupy wysokiego ryzyka zachorowania na choroby układu oddechowego, miała wpływ na wyniki badań. Niezależnie od tego, wynik uzyskany w 2011 r. potwierdza naszą codzienną kliniczną obserwację, że województwo wielkopolskie nie tyle cechuje się niską zachorowalnością na gruźlicę płuc, co raczej niskim wskaźnikiem wykrywalności nowych przypadków gruźlicy. Nadal zdjęcie radiologiczne jest podstawową metodą potwierdzania zachorowania na gruźlicę, a badania mikrobiologiczne i testy IGRA służą jedynie do ostatecznego ustalenia etiologii zmian w płucach.

## 5. Koszty

### a. Koszty jednostkowe

Według planowanych na 2013 kosztów jednostkowych badania rtg oraz spirometrii opracowano przewidywane koszty jednostkowe badań na 2014 r.

Tabela nr 1 Koszt jednostkowy 1 badania rtg

Lp.	Rodzaj kosztu	Planowane koszty 2013 r.	Przewidywane koszty 2014 r.
1.	Koszty materiałów i usług związanych z organizacją i realizacją oraz amortyzacji sprzętu Programu	16,30	16,30
2.	Wynagrodzenie dla bezpośrednich wykonawców	10,00	11,00
3.	Koszty organizacyjne i nadzoru	3,70	3,70
<b>4.</b>	<b>Razem</b>	<b>30,00</b>	<b>31,00</b>

Tabela nr 2 Koszt jednostkowy 1 badania spirometrycznego

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj kosztu</b>	<b>Planowane koszty 2013 r.</b>	<b>Przewidywane koszty 2014 r.</b>
1.	Koszty materiałów i usług związanych z organizacją i realizacją oraz amortyzacji sprzętu Programu	6,80	6,80
2.	Wynagrodzenie dla bezpośrednich wykonawców	9,50	9,50
3.	Koszty organizacyjne i nadzoru	3,70	3,70
<b>4.</b>	<b>Razem</b>	<b>20,00</b>	<b>20,00</b>

Przewidywane koszty jednostkowe na 2014 r. pozostawiono na poziomie 2013r. to jest 30,00 zł. za rtg oraz 20,00 zł. za spirometrię, zakładając wzrost ilości wykonanych badań. Prognozowane koszty jednostkowe w następnych latach uzależnione będą od wzrostu cen towarów i usług, przy czym rzeczywisty koszt jednostkowy uzależniony jest od ilości wykonanych badań gdyż niektóre jego składniki jak na przykład koszty amortyzacji i niektóre koszty organizacyjne maleją wraz z rosnącą liczbą badań.

#### **b. Planowane koszty całkowite**

Planowane koszty całkowite uzależnione są od ilości zamówionych badań.

W 2014 r. przy założeniu wykonania 7.500 badań rtg i 3.750 spirometrii oraz cen jednostkowych założonych powyżej wyniosłyby 300.000 zł.

W następnych latach prognozowane koszty całkowite uzależnione byłyby od ilości badań oraz wzrostu cen towarów i usług.

#### **c. Źródła finansowania**

Finansowanie programu podobnie jak w latach ubiegłych w ramach „Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2014 – 2020” ze środków budżetu Województwa Wielkopolskiego.

#### **d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne**

Realizacja Programu będzie miała charakter mobilny dzięki zainstalowanemu aparatowi cyfrowemu rtg w ambulansie, który może dotrzeć do oddalonych miejscowości, skąd mieszkańcy z uwagi na odległość oraz biedę mają jedyną okazję bezpłatnego skorzystania z badań. Na niepokojące zróżnicowanie szans

zdrowotnych w zależności od sytuacji społeczno-ekonomicznej Polaków oraz nieuwzględnienia ich wpływu w działaniach prewencyjnych zwracała między innymi uwagę dr Zofia Słońska z Zakładu Epidemiologii.

Ambulans rtg posiadamy jako jedyny specjalistyczny szpital w Polsce. Ponadto w 2014 r. mamy szansę na zakup nowego pojazdu z otrzymanej dotacji, gdyż aktualnie użytkowany jest wyeksploatowany.

Program realizowany będzie przez pracowników Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, posiadającego 60 letnie doświadczenie w leczeniu chorób płuc.

Koszty jednostkowe badań rtg i spirometrii są niższe niż proponowane przez specjalistyczne szpitale i poradnie.

Rekomendowane często działania edukacyjne w środowiskach gdzie będzie realizowany Program powinny być elementem uzupełniającym.

## 6. Monitorowanie i ewaluacja

### a. Ocena zgłaszalności do programu

#### Realizacja „Programu profilaktyki chorób układu oddechowego” w latach 2007 - 2013

Lata	Liczba gmin objętych programem	rtg			Spirometria		
		ilość wykonanych	liczba wyników nieprawidłowych	% wyników nieprawidłowych	ilość wykonanych	liczba wyników nieprawidłowych	% wyników nieprawidłowych
2007	31	4 258	249	5,80	2 525	320	12,67
2008	71	7 062	272	3,85	4 001	579	14,47
2009	68	6 612	139	2,11	4 171	485	11,63
2010	72	7 098	165	2,34	3 883	523	13,47
2011	78	7 370	250	3,40	3 847	513	13,34
2012	74	7 580	185	2,40	3 863	482	12,48
2013 – przewidywane	79	6 121	wyniki po zakończeniu programu		4 832	wyniki po zakończeniu programu	
RAZEM	473	46 101	1260	3,16	27 122	2 902	13,02

W latach 2007 – 2013 akcją objęto 473 gminy i około 4 % dorosłych mieszkańców gmin województwa wielkopolskiego. Zainteresowanie mieszkańców jest bardzo duże i w ramach środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu nie byliśmy w stanie przeprowadzić

badan we wszystkich zgłaszających się gminach. W nowym programie przewidujemy podobne zainteresowanie.

### **b. Ocena jakości świadczeń w programie**

Badania wykonujemy nowoczesnym cyfrowym aparatem rentgenowskim o wysokiej czułości i niskiej ekspozycji na promienie RTG. Wykonywane zdjęcia nie są zdjęciami małoobrazkowymi, dlatego też mamy dużą wykrywalność zmian chorobowych w populacji przebadanych osób.

W 2007 roku prześwietlono 4.258. Wykryto w obrębie klatki piersiowej zmiany u 249 osób, co stanowiło 5,8 % przebadanych.

W 97 przypadkach stwierdzono zmiany z podejrzeniem: gruźlicy płuc, zapaleniem płuc i chorób śródmiążzowych.

Zmiany w obrębie wnęk obu płuc tj.: raka płuc, sarkoidozy, nowotworów śródpiersia stwierdzono w 101 przypadkach.

U ośmiu pacjentów stwierdzono zmiany tzw. pilne kwalifikujące się do szybkiej hospitalizacji.

Badania spirometryczne wykonano 2.525 osobom, odchylenia od normy stwierdzono w 320 przypadkach.

W 2008 roku wśród 7.062 osób, którzy poddali się badaniu RTG stwierdzono 272 przypadków zmian w obrębie klatki piersiowej tj. 3,85 %.

W 102 przypadkach tj. 1,45% przebadanych stwierdzono zmiany z podejrzeniem gruźlicy płuc, zapaleniem płuc i chorób śródmiąższowych.

Zmiany w obrębie wnęk obu płuc – podejrzenie raka płuca, sarkoidozy, nowotworów śródpiersia to 120 ogólnie przebadanych, co stanowi 1,7% ogółu badanych.

Zmian w postaci cieni okrągłych, woli zamostkowych, dextrokardii, anomalii rozwojowych w obrębie struktur kostnych stwierdzono w 50 przypadkach.

Wśród 4.001 wykonanych spirometrii stwierdzono 579 nieprawidłowości tj. 15 %.

W 2009 roku przebadano 6.612 wykonując radiogramy klatki piersiowej u osób 139 osób znaleziono nieprawidłowości co stanowi 2,1 % przebadanej populacji, 25 osób skierowano pilnie do leczenia.

W 6 przypadkach, co stanowi 4,3% wszystkich nieprawidłowości, stwierdzono zapalenie płuc i gruźlicę płuc, odmę opłucną.

W 19 przypadkach, co stanowi 13,6% wszystkich nieprawidłowości, stwierdzono podejrzenie nowotworu płuc lub śródpiersia.

W 114 przypadkach, co stanowi 82% wszystkich nieprawidłowości, stwierdzono zmiany łagodne w obrębie opłucnej, przepony, obu wnęk płucnych, wola zamostkowego, cienie okrągłe bardzo drobnych rozmiarów.

Z możliwości wykonania badania spirometrycznego skorzystało 4.171 osób z czego u 485 osób wykryto zmiany tj. 11,6 % z czego do dalszego leczenia skierowano 336 osób.

W 2010 roku przebadano 7.098 osób radiogramy klatki piersiowej. Nieprawidłowych wyników było 165 co stanowi 2,34% wszystkich przebadanych. Wśród 165 nieprawidłowych wyników w 102 przypadkach podjęto podejrzenie nowotworów płuc, co stanowi 61,9% nieprawidłowości. Spośród 102 podejrzeń nowotworów płuc wyodrębniono 27 izolowanych cieni okrągłych różnej wielkości oraz 75 zmian w obrębie jednej wnęki płucnej sugerującej obecność raka płuc. Pozostałe zmiany to w:

- 31 przypadkach (18,8%) rozpoznano gruźlicę płuc
- 7 przypadkach (4,2%) rozpoznano płyn w jamie opłucnej
- 3 przypadkach (1,8 %) rozpoznano zapalenie płuc
- 2 przypadkach (1,2%) rozpoznano sarkoidozę
- 1 przypadku ( 0,6%) odmę opłucnową
- 19 przypadkach ( 11,5%) łącznie rozpoznano powiększenie serca, podejrzenie tętniaków w śródpiersiu, uniesienie kopuły przepony, pogrubienie opłucnej, wola zamostkowego.

146 osoby pilnie wezwano celem hospitalizacji w oddziale pulmonologicznym. Wśród 3.883 wykonanych spirometrii stwierdzono 523 nieprawidłowości tj. 13,5 %, z czego do dalszego leczenia skierowano 458 osób.

W 2011 roku podczas akcji profilaktycznej przebadano 7.370 osób, w tym liczba badań z wynikami nieprawidłowym to 250 (3,4%). Rozpoznano zmiany podejrzane o nowotworowe u 117 osób (1,6%). Zmiany patologiczne o charakterze nienowotworowym rozpoznano u 133 osób (1,8). Spośród 133 zmian patologicznych nienowotworowych rozpoznano:

- 2 zapalenia płuc,
- 4 zmiany o charakterze aktywnej gruźlicy płuc,
- 31 zmiany pogruźlicze,
- 73 kardiomyopatie,
- w 2 przypadkach płyn w jamie opłucnej,
- 1 przepuklina rozworu przełykowego,
- 18 relaksacji przepony,
- 2 sarkoidozy płucne.

Z możliwości wykonania badania spirometrycznego skorzystało 3847 osób. Zaburzenia wentylacji płuc – zazwyczaj obturację - wykryto u 18,0% osób, było to 359 osób.

W 2012 roku podczas akcji profilaktycznej wykonano badanie RTG klatki piersiowej u 7580 osób. Liczba badań z wynikami nieprawidłowymi to 185



(2,4%). Wśród nieprawidłowych wyników stwierdzono możliwość wystąpienia nowotworu płuc u 115 osób ( 1,5%). Wszystkie te osoby skierowano do dalszej diagnostyki i leczenia. Zmiany nienowotworowe rozpoznano u 70 osób (0,9%). Wśród zmian nienowotworowych rozpoznano:

- 13 aktywnych gruźlic płuc,
- 26 zmian pogrążliczych,
- 3 zapalenia płuc,
- 13 kardiomiopatii,
- 5 płynów w opłucnej,
- 2 przepukliny rozworu przełykowego,
- 5 relaksacji przepony,
- 3 podejrzenia o sarkoidozę.

Wszystkie te przypadki skierowano do leczenia bądź dalszej diagnostyki.

Z możliwości wykonania badania spirometrycznego skorzystało 3.862 osoby, u 482 osób stwierdzono zaburzenia wentylacji płuc.

Program w 2013 r. jest w trakcie realizacji, w związku w czym nie przedstawiono jego efektywności.

### **c. Ocena efektywności programu**

Biorąc pod uwagę wykrytą liczbę zmian chorobowych u pacjentów, program wykazuje dużą efektywność i jest jedynym tego typu programem, który pozwala na dotarcie do pacjenta w te rejony Wielkopolski, gdzie dostęp do badań i lekarzy specjalistów jest znacznie utrudniony. Jest to jednym z założeń realizowanego programu. W porównaniu do tomografii komputerowej nasze badania są znacznie tańsze i to my docieramy do pacjenta, a nie pacjent musi zgłaszać się do szpitala na badania. Biorąc pod uwagę koszt jednego badania tomograficznego , nawet kraje znacznie bogatsze od Polski nie wykonują badań tomograficznych jako badań skriningowych.

O efektywności programu świadczą przedstawione powyżej dane epidemiologiczne.

## **7. Okres realizacji programu**

Proponowany okres realizacji Programu to lata 2014 – 2020. Corocznie program rozpoczynałaby się w miesiącu maju i trwałaby do listopada. Terminy proponowane są wynikiem doświadczeń z lat ubiegłych.

### Ogłoszenie

konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki wczesnego wykrywania chorób układu moczowo-płciowego mężczyzn w województwie wielkopolskim w latach 2014-2020".

#### I. Przedmiot konkursu:

Przedmiotem konkursu jest realizacja w 2020 roku programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu moczowo-płciowego mężczyzn w województwie wielkopolskim w latach 2014-2020", który stanowi załącznik do niniejszego ogłoszenia.

**Adresaci programu:** mężczyźni od 50 roku życia.

**Kwota** przeznaczona na realizację programu w 2020 roku wynosi 400.000,00 zł.

**Koszty kwalifikowane:** etap podstawowy- wykonanie oznaczeń poziomu PSA, wywiad genetyczny, edukacja w miejscu zamieszkania, etap pogłębiony: konsultacja lekarza specjalisty, badanie uzupełniające usg gruczołu krokowego, kwalifikacja i wykonanie biopsji; koszty administracyjne.

Koszty administracyjne nie mogą przekroczyć 15% kwoty przeznaczonej na realizację programu.

**Termin realizacji** programu od daty podpisania umowy do 31 grudnia 2020 r.

#### II. Oferenci:

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190 tj.).

#### III. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej.

##### A. Wymagania formalne:

Oferenci wskazani w ogłoszeniu muszą spełniać kryteria wynikające z art.17 ust.1 lub odpowiednio z art.18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190 tj.).

Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów – kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta:

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopia rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo-rozwojowych itp.)
2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).
4. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z zakresie niezbędnym do realizacji programu.
5. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.

6. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.
8. Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

#### **B. Wymagania merytoryczne:**

Ponadto oferenci muszą spełniać szczegółowe warunki:

- 1) Podmiot prowadzący działalność leczniczą, specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych, spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone obowiązującymi przepisami prawa; posiadający minimum 7-letnie doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania chorób układu moczowo – płciowego mężczyzn, w tym oznaczania poziomu antygenu PSA w krwi żyłnej, posiadający doświadczenie w organizowaniu i prowadzeniu badań poza siedzibą placówki; posiadający doświadczenie w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej (promocja zdrowia i profilaktyka) dla różnych grup odbiorców.
- 2) Posiadanie sprzętu komputerowego umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu z możliwością dystrybucji wyników on-line.
- 3) Posiadanie laboratorium, które znajduje się w ewidencji laboratoriów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych
- 4) Kwalifikacje personelu medycznego :
  - diagności laboratoryjni
  - lekarze specjaliści z zakresu onkologii i urologii
  - specjaliści zdrowia publicznego
  - konsultanci genetyczni
- 5) Zapewnienie dwuetapowej procedury badania profilaktycznego, w tym:
  - etap podstawowy : nawiązanie współpracy ze wskazanymi gminami z województwa wielkopolskiego w zakresie organizacji badań na ich terenie edukacja w miejscu zamieszkania, rejestracja, wywiad genetyczny z analizą rodowodowo-kliniczną, pobranie krwi, oznaczenie poziomu PSA, dystrybucja wyników wraz z zaleceniami drogą elektroniczną on-line, wysyłka wyników do wskazanych przez beneficjentów lekarzy POZ);
  - etap pogłębionej diagnostyki (konsultacja lekarza urologa, przeprowadzenie badań uzupełniających z USG gruczołu krokowego, kwalifikacja do biopsji gruczołu krokowego, wykonanie biopsji, zalecenia dotyczące dalszego postępowania).

#### **IV. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę należy przesłać pocztą na adres:

Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego  
Departament Zdrowia, Al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań

lub złożyć osobiście w zaklejonej kopercie w Punkcie Kancelaryjnym Urzędu  
Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego – parter, hol główny po prawej stronie  
w godzinach pracy Urzędu (poniedziałek-piątek 7.30 – 15.30).

Koperta powinna być opisana poprzez oznaczenie nazwy i adresu oferenta oraz opatrzona informacją „Oferta na konkurs wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej pn. ”Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu moczowo-płciowego mężczyzn w województwie wielkopolskim w latach 2014-2020”.

2. Ostateczny termin składania ofert upływa 27 marca 2020r.(nie decyduje data stempla pocztowego).
3. Oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i nie będą rozpatrywane.
4. Oferta winna być sporządzona według wzoru formularza ofertowego.
5. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane załączniki.
6. Formularz oferty można pobrać ze strony:  
[www.umww.pl/departamenty/departamentzdrowia/zdrowiepubliczne/programypolityki/zdrowotnej/konkursy](http://www.umww.pl/departamenty/departamentzdrowia/zdrowiepubliczne/programypolityki/zdrowotnej/konkursy)
7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

#### **V. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu.**

1. Informacje dotyczące konkursu udzielane są w Wydziale Zdrowia Publicznego Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, tel. 61 62 66 357.
2. Oferent może wystąpić z pisemnym zapytaniem dotyczącym warunków konkursu ofert i uzyskać wyjaśnienia drogą elektroniczną na adres mailowy: [zdrowie@umww.pl](mailto:zdrowie@umww.pl)
3. Termin przyjmowania zapytań upływa na 3 dni przed terminem składania ofert.

#### **VI. Otwarcie, ocena i wybór ofert.**

1. Konkurs składa się z dwóch etapów.
2. W pierwszym etapie Departament Zdrowia UMWW dokonuje oceny pod względem formalnym:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - b) otwiera koperty z ofertami,
  - c) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,
  - d) odrzuca oferty sporządzone wadliwie bądź niekompletne oraz złożone po terminie.
3. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty tj.:
  - a) ocenia oferty pod względem merytorycznym stosując następujące kryteria oraz punktację:
    - jednostkowy koszt proponowanych działań: do 30 pkt
    - warunki kadrowe i kwalifikacje osób realizujących program: do 20 pkt
    - wyposażenie zabezpieczone przez oferenta na potrzeby programu: do 15 pkt
    - doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej: do 35 pktOferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt. Punktacja końcowa obliczana jest jako średnia arytmetyczna punktów przyznanych przez członków komisji konkursowej w poszczególnych kryteriach.
  - b) odrzuca oferty nie spełniające kryteriów merytorycznych tj. oferty, które uzyskały poniżej 50 pkt.,
  - c) w przypadku większej liczby ofert (tj. powyżej 1 oferty), które przekroczyły wymagany próg komisja konkursowa dokonuje wyboru jednej oferty umożliwiającej realizację programu na terenie województwa wielkopolskiego.
4. Uregulowania dotyczące drugiego etapu mają zastosowanie również wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia konkursu zostanie złożona jedna oferta.
5. W toku oceny ofert komisja konkursowa może:
  - a) zwrócić się do oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznych złożonych ofert,
  - b) poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 28 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.

7. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu dokona Zarząd Województwa Wielkopolskiego w formie uchwały, na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez komisję konkursową.
8. Departament Zdrowia UMWW niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie UMWW oraz w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego.

#### **VII. Postanowienia końcowe.**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych, o czym niezwłocznie informuje poprzez umieszczenie stosowanych informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, w siedzibie i na stronie UMWW.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:
  - a) odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert, przedłużenia terminu składania i otwarcia ofert oraz przedłużenia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny,
  - b) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (m.in. zmiany w budżecie).

Rozstrzygnięcie nastąpi również w przypadku wpływu jednej oferty na konkurs.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym ogłoszeniem konkursowym mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego (Dz.U z 2019 poz.1145 t.j.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz.1373) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

Szczegółowe informacje na temat konkursu można uzyskać w Departamencie Zdrowia - Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego:

- 1) Jarosław Cieszkiewicz nr tel. 61 62 66 353 e-mail: [jaroslaw.cieszkiewicz@umww.pl](mailto:jaroslaw.cieszkiewicz@umww.pl)
- 2) Grażyna Szalkowska nr tel. 61 62 66 357 e-mail: [grazyna.szalkowska@umww.pl](mailto:grazyna.szalkowska@umww.pl)

**PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA  
CHORÓB UKŁADU  
MOCZOWO – PŁCIOWEGO MĘŻCZYŹN  
W WOJEWÓDZTWIE WIELKOPOLSKIM  
W LATACH 2014 – 2020**

opracowany przez Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej w  
Poznaniu

## **Spis treści**

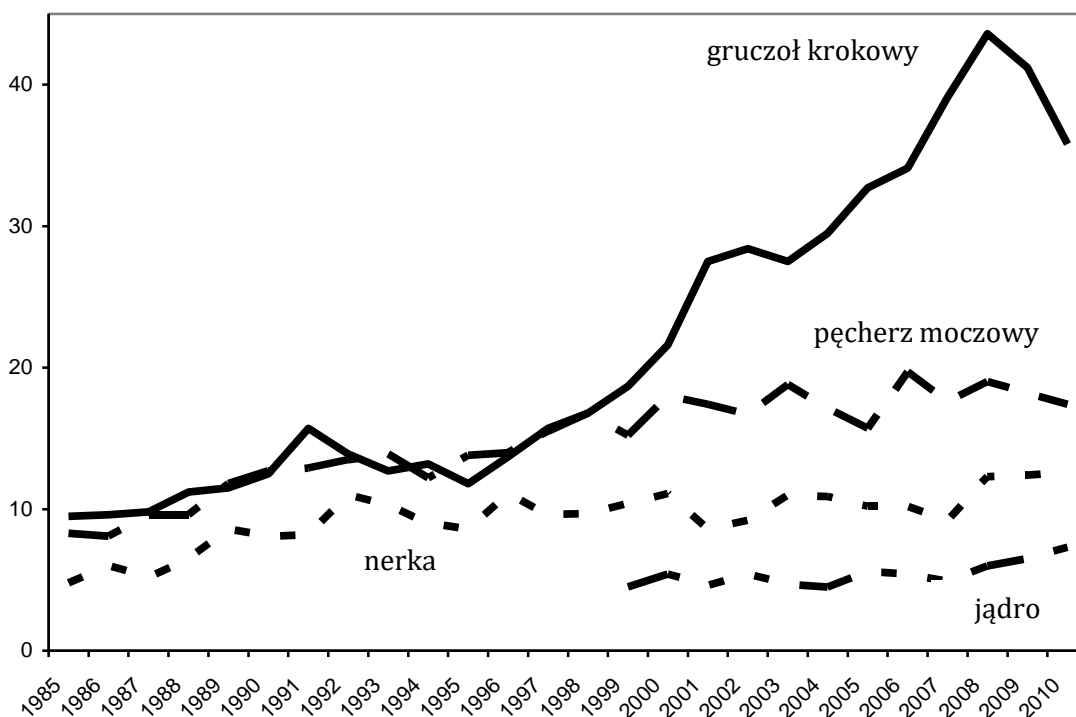
Opis problemu zdrowotnego.....	3
Cele programu .....	5
Adresaci programu .....	6
Organizacja programu .....	6
Koszty .....	8
Monitorowanie i ewaluacja.....	9
Okres realizacji programu .....	10
Załączniki .....	10

## Opis problemu zdrowotnego

Wskaźniki epidemiologiczne wskazują, iż choroby układu moczowo – płciowego mężczyzn stanowią znaczący problem, pociągający za sobą skutki natury medycznej, społecznej i ekonomicznej. Wzrost częstości zachorowań odnotowuje się u mężczyzn powyżej 50 roku życia w stosunku do populacji ogólnej.

W 2010 roku rozpoznano u mężczyzn na terenie Wielkopolski prawie 1700 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe układu moczowo-płciowego (gruczoł krokowy, pęcherz moczowy, nerka, jądro). Ok. 1/3 przypadków występuje u mężczyzn aktywnych zawodowo, co oznacza, iż duża część z nich wskutek choroby może zostać zmuszona do rezygnacji z pracy. Analiza trendów zachorowalności wskazuje na systematyczny wzrost częstości występowania nowotworów układu moczowo-płciowego.

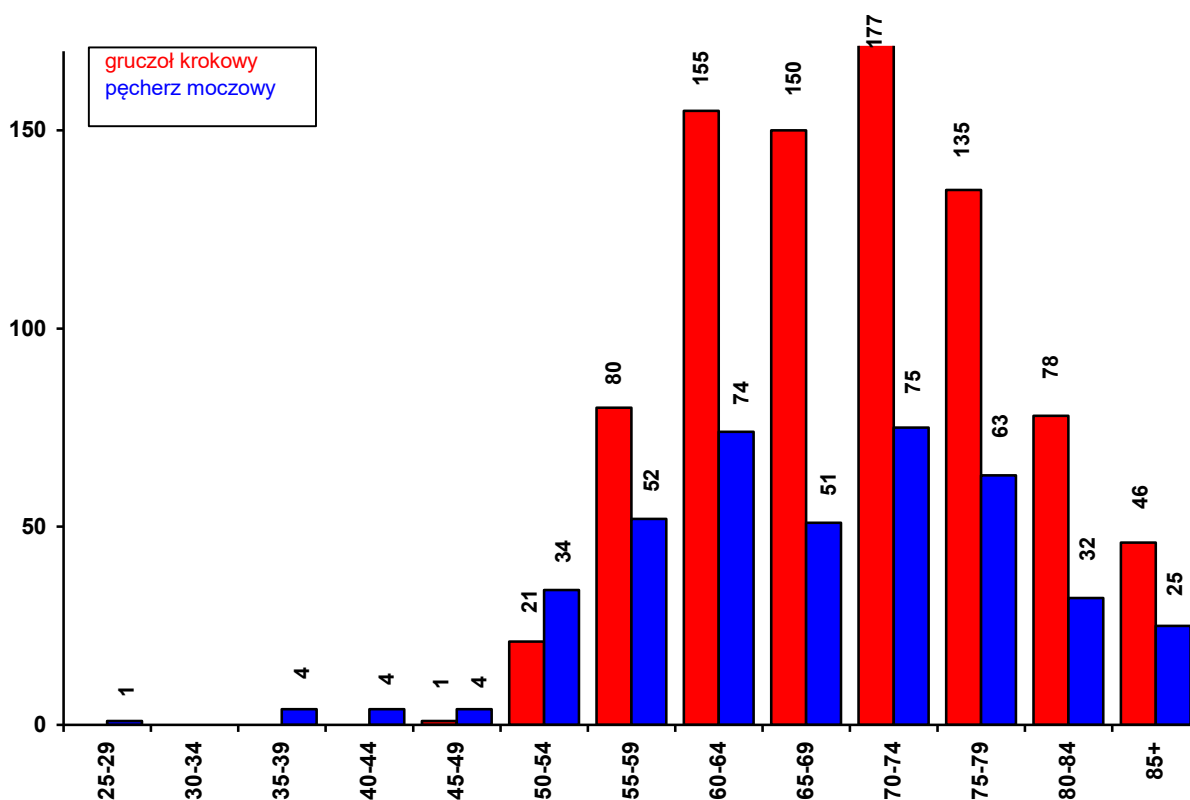
**Wykres 1.** Zachorowalność na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w latach 1985 – 2010, ASR / 100 tys.





Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego stanowią trzecią przyczynę zachorowań i zgonów w populacji mężczyzn w Wielkopolsce i zdecydowanie dominują wśród nowotworów układu moczowo-płciowego. (Zachorowalność na raka gruczołu krokowego mieszkańców poszczególnych powiatów Wielkopolski na tle całego kraju obrazuje załączona mapa.) W 2010 roku rozpoznano w województwie 843 nowe zachorowania na ten nowotwór. Z kolei nowotwory złośliwe pęcherza moczowego to czwarta przyczyna zachorowań i piąta przyczyna zgonów u mężczyzn w Wielkopolsce. W 2010 roku w Wielkopolsce rozpoznano 419 przypadków nowych zachorowań na nowotwory pęcherza moczowego. Większość zachorowań na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego i pęcherza moczowego dotyczy mężczyzn po 50 roku życia.

**Wykres 2.** Zachorowania na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce, 5-letnie grupy wieku, rok 2010



Proponowany program jest odpowiedzią na zapotrzebowanie społeczne w dziedzinie profilaktyki chorób u mężczyzn. Podstawą właściwej realizacji programu są działania edukacyjne kształtujące postawy prozdrowotne w społeczeństwie, dzięki którym wzrośnie świadomość odnośnie przyczyn i objawów chorób nowotworowych w obrębie męskiego układu moczowo - płciowego, co przyczyni się do promocji zachowań sprzyjających zapobieganiu nowotworom i ich wczesnej diagnostyce. W konsekwencji planowa i systematycznie prowadzona edukacja ma szansę wpłynąć na obniżenie zachorowalności na nowotwory u

mężczyzn w podanym przedziale wiekowym oraz zmniejszyć obciążenia społeczne i ekonomiczne związane z chorobami przewlekłymi.

Pośrednim miernikiem skuteczności podejmowanych działań może okazać się poprawa wskaźnika przeżyć, jednak takiej oceny będzie można dokonać dopiero ok. 5 lat po zakończeniu realizacji programu. W obecnej chwili skuteczność leczenia raka pęcherza w Polsce kształtuje się na poziomie 57%, i jest jedną z najniższych w Europie, co związane jest z późną rozpoznawalnością i większym zaawansowaniem choroby w chwili diagnozy.

Badanie stercza *per rectum* jest podstawowym badaniem, które powinno być regularnie wykonywane przez urologa, ale także internistę lub lekarza rodzinnego. Należy zauważyć, że konsultacja urologiczna w ramach ubezpieczenia zdrowotnego możliwa jest wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego specjalisty. Oznaczanie poziomu PSA oraz dalsze ewentualne badania diagnostyczne w kierunku raka gruczołu krokowego również ograniczone jest do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co wpływa na ich słabą dostępność. Realizacja program wpłynie na poprawę dostępności świadczeń i zwiększy wykrywalność nowotworów złośliwych układu moczowo – płciowego wśród mężczyzn na terenie Wielkopolski.

Należy zwrócić także uwagę na aspekt psychologiczny. Rozpowszechniony w Polsce stereotyp mężczyzny sprawia, iż mężczyźni niechętnie korzystają z porad lekarskich, a tym samym diagnoza zwykle stawiana jest zbyt późno. W konfrontacji z pierwszymi objawami choroby większość mężczyzn nie dostrzega, racjonalizuje lub wypiera problem. Najczęściej podyktowane jest to uczuciem bezradności, lękiem przed badaniami, wstydem, strachem przed bólem. Oferowana w ramach programu edukacja zdrowotna ma za zadanie wpływać również na te postawy i zmieniać je.

## Cele programu

Celem głównym programu jest doprowadzenie do zmniejszenia umieralności z powodu schorzeń gruczołu krokowego i układu moczowego, w tym nowotworów złośliwych, wśród mężczyzn w wieku 50 – 74 lata, ze szczególnym naciskiem na nowotwory gruczołu krokowego – podstawowy problem zdrowotny w obrębie układu moczowo – płciowego.

Trudny dostęp do poradni urologicznych w ramach kontraktów z NFZ sprawia, że pomimo wskazań wielu mężczyzn podejmuje leczenie z opóźnieniem bądź nie otrzymuje odpowiedniego leczenia.

Cel główny zostanie osiągnięty poprzez realizację celów szczegółowych:

- ułatwienie dostępu do pogłębionej diagnostyki chorób układu moczowo – płciowego mężczyznom z podwyższoną wartością wskaźnika PSA
- edukację zdrowotną odnośnie czynników ryzyka zachorowania na wybrane jednostki chorobowe.

Upowszechnienie pełnego zakresu zachowań prozdrowotnych wpłynie jednocześnie na podwyższenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HQRL) w populacji Wielkopolan, wydłużając okres aktywności społecznej i zawodowej tej grupy mężczyzn.

## **Adresaci programu**

Wg danych GUS w 2011 na terenie województwa wielkopolskiego mieszkało 1 680 585 mężczyzn, w tym 442 462 w wieku 50 - 74 lata. Program zakłada dystrybucję (wysyłka/doręczanie) imiennych zaproszeń do udziału w edukacji dotyczącej schorzeń układu moczowo - płciowego oraz do uczestnictwa w badaniach. Do zaproszenia zostanie dołączona ulotka zawierająca podstawowe informacje adresowane do mężczyzn w wieku 50 - 74 lata, zgodnie z corocznie aktualizowaną listą. W ciągu trwania programu zaproszenia objęłyby 90% populacji docelowej, a więc niemal 400 tys. mężczyzn.

Beneficjentów programu można podzielić na dwie zasadnicze grupy:

- Jedną będą stanowiły osoby, które otrzymają informację medialną, dotrze do nich zaproszenie wraz z podstawowymi informacjami o profilaktyce, a które nie skorzystają z badania (beneficjenci bierni).
- W drugiej grupie znajdują się beneficjenci aktywni - mieszkańcy, którzy skorzystają z poszerzonej edukacji oraz z udziału w badaniu (maksymalna liczba rund badań - trzy do czterech przy zastosowaniu dwuletniego interwału).

Biorąc pod uwagę istotność świadomej zgody na udział w badaniu, do pobrania krwi kwalifikowani będą jedynie mężczyźni, którzy wcześniej wzięli udział w spotkaniu edukacyjnym, by uczestnictwo opierało się na świadomej zgodzie i miało szansę kształtować prozdrowotne zachowania wśród aktywnych beneficjentów programu.

Opierając się na przywołanych wcześniej doświadczeniach z realizowanych w minionych latach programów, liczbę aktywnych beneficjentów programu można szacować na około 56 tysięcy osób, z czego z powodu nieprawidłowego wyniku oznaczenia PSA, u około 4200 mężczyzn rocznie konieczne będzie wykonanie badania klinicznego, badania ultrasonograficznego i ewentualnie biopsji z oceną histopatologiczną. (Szacunki te oparte są na analizie zgłaszalności do programów profilaktycznych finansowanych przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego i prowadzonych przez Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu.)

## **Organizacja programu**

Program zostanie zrealizowany w następujących po sobie kolejnych etapach:

Etap I - pozyskanie i aktualizacja danych, budowa bazy danych i zakup niezbędnego sprzętu,

Etap II - dostarczenie do mieszkańców wybranego terenu (powiaty/gminy) imiennych zaproszeń wraz z informacjami edukacyjnymi, organizacja spotkań edukacyjnych w gminach województwa wielkopolskiego, połączonych z indywidualnymi rozmowami wyjaśniającymi,

Etap III - pobieranie krwi w celu oznaczenia poziomu PSA od mężczyzn, obecnych na spotkaniach edukacyjnych, zbieranie wstępnego wywiadu genetycznego dotyczącego zachorowań wśród spokrewnionych osób na nowotwory gruczołu krokowego i inne nowotwory zlokalizowane w obrębie układu moczowo - płciowego,

Etap IV – wysyłka wyników do uczestników badań, kwalifikacja mężczyzn do badań pogłębionych, zaproszenie na konsultację genetyczną,

Etap V – przeprowadzanie pogłębionych badań diagnostycznych, wyłonienie przypadków zachorowań na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego/stanów przednowotworowych, kierowanie na leczenie ambulatoryjne lub szpitalne,

Etap V – podsumowanie działań i stworzenie raportu z realizacji programu.

Sukces programu zależy od dobrego do niego dostępu, a tym samym powszechności uczestnictwa mieszkańców, a zwłaszcza uczestnictwa świadomego, opartego na postępujących zmianach mentalnych oraz zapewnieniu dostępu do pogłębionych badań diagnostycznych. Tym samym dużego znaczenia dla powodzenia programu nabiera położenie nacisku na promocję programu oraz powszechną edukację, adresowaną do mieszkańców, obejmującą:

- Kampanię promocyjno – informacyjną na terenie gmin, subregionów i regionu, umożliwiającą przekazanie informacji na temat pierwszych sygnałów świadczących o zachwianiu zdrowia, z uwzględnieniem elementów niezbędnych do budowania właściwej postawy i zachowań prozdrowotnych, w tym m. in.: informacje radiowe, telewizyjne, prasowe, bazujące na lokalnych mediach, utworzenie portalu internetowego dedykowanego programowi, umożliwiającego dostęp do bardziej szczegółowych i specyficznych informacji itp.;
- Doręczenie imiennych zaproszeń na spotkania edukacyjne poprzedzają badania wraz z ulotką zawierającą podstawowe informacje ;
- Przeprowadzenie spotkania edukacyjnego w każdej gminie w terminach podanych na wysłanych zaproszeniach, skoncentrowane na przekazaniu kompendium wiedzy na temat profilaktyki i diagnostyki chorób (a zwłaszcza nowotworów) układu moczowo – płciowego mężczyzn, jak również przeprowadzenie rozmów indywidualnych. (W pierwszych dwóch latach zapewnienie możliwości zbadania się 14 tysiącom mieszkańców, po 7 tys. w każdym roku. Warto zaznaczyć, że w badaniach oznaczających poziom PSA będą mogli wziąć udział wyłącznie mężczyźni, którzy uczestniczyli w spotkaniach edukacyjnych.);
- Po uwzględnieniu trudnego dostępu do bezpłatnych badań diagnostycznych spodziewany odsetek uczestników programu z nieprawidłowym wynikiem będzie oscylował wokół 7,0% zbadanej w danym roku próby i wyniesie około 490 osób rocznie. U tych uczestników programu konieczne będzie przeprowadzenie konsultacji urologicznej, przedmiotowego i podmiotowego badania lekarskiego, uzupełnionego przeprowadzeniem badania ultrasonograficznego oraz wykonaniem biopsji z oceną histopatologiczną preparatów pobranych z dziesięciu miejsc gruczołu krokowego;
- Utworzenie i aktywne prowadzenie bazy osób zaproszonych do programu i uczestników badań, co umożliwi kontrolę przestrzegania przyjętego interwału, ułatwi prześledzenie losów uczestników oraz dostarczy wiarygodnego materiału do opracowania końcowego;
- Wielkość województwa oraz różnice subregionalne przemawiają za koordynacją kampanii promocyjno-informacyjnej, edukacji i realizacji badań na poziomie powiatów.

Program będzie wymagał pełnego zabezpieczenia dostępu części diagnostycznej, czyli zarówno do specjalistycznej konsultacji, jak i badań USG czy biopsji z pobraniem kilku próbek materiału, poddanego następnie ocenie histopatologicznej oraz 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 badań.

Do udziału w programie zakwalifikowani będą mężczyźni w wieku 50 -74 lata, zameldowani na terenie województwa wielkopolskiego, u których nie wykryto wcześniej zmian nowotworowych w obrębie układu moczowo – płciowego i którzy nie byli leczeni w tym zakresie, którzy wzięli udział w spotkaniu edukacyjnym (weryfikacja poprzez imienne listy obecności). Osoby zbadane w ramach programu, u których poziom PSA będzie prawidłowy, otrzymają odpowiednią informację drogą listowną. Osoby, u których wskaźnik stężenia PSA będzie wyższy niż 4ng/ml, zostaną skierowane do specjalisty urologa w celu wykonania dalszych badań diagnostycznych (*per rectum*, USG, biopsja etc). Po wykonaniu odpowiednich badań wyniki zostaną wysłane pocztą – w przypadku wykrycia zmian nowotworowych wraz ze skierowaniem do podjęcia leczenia i/lub zaproszeniem na konsultację onkologiczną.

Opublikowana w 2010 roku metaanaliza badań klinicznych<sup>1</sup> wskazuje, iż skryning w kierunku raka stercza prowadzi do zwiększenia wykrywalności tego nowotworu we wczesnych etapach rozwoju, i z tego powodu profilaktyczne oznaczanie poziomu PSA jest zalecane w praktyce klinicznej. Jednakże w związku z występującym ryzykiem (nadwykrywalność, skutki uboczne leczenia) badania kliniczne sugerują, aby udział w testach PSA był poprzedzony świadomą zgodą pacjenta, stąd udział w spotkaniach edukacyjnych oraz rozmowach indywidualnych mężczyzn chętnych do poddania się badaniu jest obowiązkowy.

Liczne badania wskazują, że programy profilaktyczne obejmujące badanie stężenia PSA i transrektalne USG są przydatne pod warunkiem zapewnienia ich ciągłości. W związku z planowaną wieloletnią realizacją programu wymienione działania wydają się uzasadnione i efektywne we wczesnym wykrywaniu zmian nowotworowych gruczołu krokowego.

***(W latach 2004 – 2013 Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej w Poznaniu był realizatorem wielu programów powierzonych przez Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego (profilaktyka raka piersi, szyjki macicy, gruczołu krokowego, dolnego odcinka przewodu pokarmowego, profilaktyczne badania dzieci z domów dziecka pod kątem obciążenia nowotworami złośliwymi).***

***Po wyłączeniu roku 2013 (program nie został zakończony) oznaczanie poziomu PSA zostało przeprowadzone u 55.238 mężczyzn, co umożliwiło wykrycie 3.283 przypadków podwyższonego stężenia PSA w surowicy krwi oraz ponad 120 przypadków nowotworów złośliwych gruczołu krokowego.)***

## **Koszty**

Całkowity planowany koszt realizacji programu wynosi 5,576,000,- zł., w tym:

- kampania promocyjno-informacyjna (spoty telewizyjne, informacja w programach telewizji lokalnej, utworzenie portalu internetowego), opracowanie programu edukacyjnego, przeprowadzenie spotkań edukacyjnych dla mieszkańców we wszystkich

---

<sup>1</sup> *BMJ 2010;341:c4543*

gminach, opracowanie, druk i wysyłka zaproszeń oraz materiałów informacyjnych – 400,000- zł.,

- wykonanie ok. 56.000 oznaczeń poziomu PSA – 1.680.000,- zł. (jednostkowa cena badania – 30,- zł.),
- pogłębiona diagnostyka u około 7,0% mężczyzn z podwyższonym wynikiem PSA rocznie, czyli u około 4200 osób w czasie sześciu lat realizacji programu (w tym badania ultrasonograficzne i biopsje z oceną histopatologiczną 10 preparatów wraz z zakupem niezbędnego sprzętu diagnostycznego (aparatury ultrasonograficznej z głowicą brzuszną i rektalną oraz „pistoletem” do biopsji i cystoskopem) – 2.996.000,- zł.,
- założenie i prowadzenie bazy danych, administrowanie, monitorowanie i koordynacja programu, wstępny wywiad genetyczny w kierunku obciążenia dziedzicznymi postaciami nowotworów –500,000,- zł.

**Szacowane koszty realizacji programu w pierwszym roku wynoszą 1.221.000,- zł. i obejmują:**

- kampanię promocyjną etc. (proporcjonalnie najwyższe koszty związane z opracowaniami, utworzeniem portalu, drukiem itp.) –150,000,- zł. (w latach późniejszych koszty będą związane z dodrukiem, powieleniem, kontynuacją);
- oznaczenie poziomu PSA u 7 tys. mężczyzn – 210.000,- zł. (w kolejnych latach, wraz ze zwiększaniem się liczby uczestników koszty będą proporcjonalnie rosły);
- zakup aparatury ultrasonograficznej z podanym wyżej oprzyrządowaniem oraz uśredniony koszt konsultacji specjalistycznych i biopsji z oceną histopatologiczną 10 preparatów od każdego badanego (prognozowana liczba 490 osób) – 791.000,- zł. (w kolejnych latach utrzymane zostaną koszty konsultacji i badań specjalistycznych dla zwiększającej się liczby beneficjentów);
- założenie bazy, wdrożenie monitoringu i koordynacji, podstawowy wywiad genetyczny – 70,000,- zł (w kolejnych latach pozostanie prowadzenie bazy danych, administrowanie programem, jego koordynacja oraz wywiady genetyczne).

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.

## **Monitorowanie i ewaluacja**

W ramach programu planowana jest organizacja spotkań informacyjno – edukacyjnych dla mieszkańców gmin na terenie województwa wielkopolskiego. Monitorowanie frekwencji na spotkaniach będzie możliwe dzięki imiennym listom obecności.

Udzielane świadczenia będą zgodne z polityką jakości laboratorium analityczno-diagnostycznego OPEN oraz obowiązującymi standardami.

Miarą efektywności programu będzie:

- liczba mężczyzn uczestniczących w spotkaniach edukacyjnych w stosunku do liczby zaproszonych do udziału.
- liczba przeprowadzonych oznaczeń stężenia PSA (ok. 56tys.),
- liczba wykonanych badań w etapie pogłębionym (u ok. 4200 osób),
- liczba wykrytych nowotworów i stanów przednowotworowych gruczołu krokowego.

## **Okres realizacji programu**

Program realizowany będzie od stycznia 2014 roku do grudnia 2020 roku, zgodnie z harmonogramem. Taki okres realizacji programu umożliwi jego uczestnikom stałą kontrolę stanu zdrowia poprzez cykliczne przeprowadzanie oznaczeń poziomu PSA (w zależności od czasu włączenia do programu, możliwe będzie nawet 4 – krotne skorzystanie z badań, przy zachowaniu dwuletniego interwału czasowego).

## **Załączniki**

**Tabela 1.** Prognozy zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce w roku 2018;  
źródło: opracowanie własne OPEN

ICD-10	Site	Number of cancer cases			Change overall	Change overall (%)	Change due to change in:	
		2004-8	2018	95%CI			population (%)	risk (%)
C00-C06	ORAL CAVITY	110	82	52 - 113	- 28	- 25.4	21.8	- 47.2
C15	ESOPHAGUS	95	122	75 – 169	27	28.4	27.4	1.0
C16	STOMACH	326	330	261 – 400	4	1.2	33.4	-32.2
C18-C21	COLORECTAL	733	1160	1025 – 1294	427	58.2	32.6	25.6
C25	PANCREAS	150	159	111 – 208	9	6.0	29.3	- 23.3
C33-C34	LUNG	1287	1507	1347 – 1668	220	17.1	31.5	- 14.4
C32	LARYNX	184	164	118 – 210	-20	- 10.9	25.0	- 35.9
C43	MELANOMA	99	170	122 – 219	71	71.7	23.2	48.5
C61	PROSTATE	783	1944	1796 – 2092	1161	148.2	37.9	110.3
C62	TESTIS	99	105	67 – 143	6	6.1	- 4.0	10.1
C64-C66, C68	KIDNEY	225	326	255 -397	101	44.9	26.7	18.2
C67	BLADDER	390	591	493 – 689	201	51.5	31.3	20.2
C71-C72	BRAIN	123	155	106 -205	32	26.0	17.1	8.9
C82-C85	LYMPHOMAS	128	184	131 – 236	56	43.7	25.0	18.7
C91-C95	LEUKEMIAS	133	162	103 – 222	29	21.8	21.0	0.8



## Ogłoszenie

konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki nowotworów złośliwych szyjki macicy-szczepienia przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych w województwie wielkopolskim".

### **I. Przedmiot konkursu:**

Przedmiotem konkursu jest realizacja w 2020 roku programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki nowotworów złośliwych szyjki macicy-szczepienia przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych w województwie wielkopolskim", który stanowi załącznik do niniejszego ogłoszenia.

**Adresaci programu:** dziewczynki pensjonariuszki placówek opiekuńczo-wychowawczych w województwie wielkopolskim rocznik 2007.

**Kwota** przeznaczona na realizację programu w 2020 roku wynosi 50.000,00 zł.

**Koszty kwalifikowane:** organizacja i przeprowadzenie spotkań edukacyjnych w czterech placówkach opiekuńczo-wychowawczych, badanie lekarskie przed podaniem każdej dawki szczepionki, koszty szczepionki, koszty administracyjne.

**Koszty administracyjne** nie mogą przekroczyć 15 % kwoty przeznaczonej na realizację programu.

**Termin realizacji** programu od daty podpisania umowy do 31 grudnia 2020 r.

### **II. Oferenci:**

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190 tj.).

### **III. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej.**

#### **A. Wymagania formalne:**

Oferenci wskazani w ogłoszeniu muszą spełniać kryteria wynikające z art.17 ust.1 lub odpowiednio z art.18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190 tj.).

Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów – kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta:

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopia rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo-rozwojowych itp.)
2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).
4. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z zakresie niezbędnym do realizacji programu.
5. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

7. Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.
8. Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

#### **B. Wymagania merytoryczne:**

Ponadto oferenci muszą spełniać szczegółowe warunki:

- 1) Podmiot prowadzący działalność leczniczą, specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych, spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone obowiązującymi przepisami prawa; posiadający minimum 7-letnie doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej z zakresu prowadzenia szczepień przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), posiadający doświadczenie w organizowaniu i prowadzeniu szczepień poza siedzibą placówki; posiadający doświadczenie w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej (promocja zdrowia i profilaktyka) dla różnych grup odbiorców.
- 2) Posiadanie sprzętu komputerowego umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.
- 3) Kwalifikacje personelu medycznego :
  - lekarze specjaliści z zakresu onkologii
  - specjaliści zdrowia publicznego
- 4) Procedura szczepienia w placówkach opiekuńczo-wychowawczych- przeprowadzenie rekrutacji uczestniczek programu,
  - zorganizowanie i przeprowadzenie spotkań edukacyjnych w nie mniej niż czterech miejscach na terenie województwa,
  - przeprowadzenie badania lekarskiego bezpośrednio przed podaniem każdej dawki szczepionki w miejscu pobytu beneficjentek,
  - obecność lekarza podczas szczepienia.

#### **IV. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę należy przesłać pocztą na adres:

Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego  
Departament Zdrowia, Al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań

lub złożyć osobiście w zaklejonej kopercie w Punkcie Kancelaryjnym Urzędu  
Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego – parter hol główny po prawej stronie  
w godzinach pracy Urzędu (poniedziałek-piątek 7.30 – 15.30).

Koperta powinna być opisana poprzez oznaczenie nazwy i adresu oferenta oraz opatrzona informacją „*Oferta na konkurs wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki nowotworów złośliwych szyjki macicy-szczepienia przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych w województwie wielkopolskim"*”.

2. Ostateczny termin składania ofert upływa 27 marca 2020 r. (nie decyduje data stempla pocztowego).
3. Oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i nie będą rozpatrywane.
4. Oferta winna być sporządzona według wzoru formularza ofertowego.
5. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane załączniki.
6. Formularz oferty można pobrać ze strony:  
[www.umww.pl/departamenty/departamentzdrowia/zdrowiepubliczne/programypolityki\\_zdrowotnej/konkursy](http://www.umww.pl/departamenty/departamentzdrowia/zdrowiepubliczne/programypolityki_zdrowotnej/konkursy)
7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

## **V. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu.**

1. Informacje dotyczące konkursu udzielane są w Wydziale Zdrowia Publicznego Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, tel. 61 62 66 357.
2. Oferent może wystąpić z pisemnym zapytaniem dotyczącym warunków konkursu ofert i uzyskać wyjaśnienia drogą elektroniczną na adres mailowy: [zdrowie@umww.pl](mailto:zdrowie@umww.pl)
3. Termin przyjmowania zapytań upływa na 3 dni przed terminem składania ofert.

## **VI. Otwarcie, ocena i wybór ofert.**

1. Konkurs składa się z dwóch etapów.
2. W pierwszym etapie Departament Zdrowia UMWW dokonuje oceny pod względem formalnym:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - b) otwiera koperty z ofertami,
  - c) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,
  - d) odrzuca oferty sporządzone wadliwie bądź niekompletne oraz złożone po terminie.
3. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty tj.:
  - a) ocenia oferty pod względem merytorycznym stosując następujące kryteria oraz punktację:
    - jednostkowy koszt proponowanych działań: do 30 pkt
    - warunki kadrowe i kwalifikacje osób realizujących program: do 20 pkt
    - wyposażenie zabezpieczone przez oferenta na potrzeby programu: do 15 pkt
    - doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej: do 35 pktOferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt. Punktacja końcowa obliczana jest jako średnia arytmetyczna punktów przyznanych przez członków komisji konkursowej w poszczególnych kryteriach.
  - b) odrzuca oferty nie spełniające kryteriów merytorycznych tj. oferty, które uzyskały poniżej 50 pkt.,
  - c) w przypadku większej liczby ofert (tj. powyżej 1 oferty), które przekroczyły wymagany próg komisja konkursowa dokonuje wyboru jednej oferty umożliwiającej realizację programu na terenie województwa wielkopolskiego.
4. Uregulowania dotyczące drugiego etapu mają zastosowanie również wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia konkursu zostanie złożona jedna oferta.
5. W toku oceny ofert komisja konkursowa może:
  - a) zwrócić się do oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznych złożonych ofert,
  - b) poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 28 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.
7. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu dokona Zarząd Województwa Wielkopolskiego w formie uchwały, na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez komisję konkursową.
8. Departament Zdrowia UMWW niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie UMWW oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w siedzibie i na stronie UMWW.

## **VII. Postanowienia końcowe.**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych, o czym niezwłocznie informuje poprzez umieszczenie stosowanych

informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego.

2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:
  - a) odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert, przedłużenia terminu składania i otwarcia ofert oraz przedłużenia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny,
  - b) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (m.in. zmiany w budżecie).

Rozstrzygnięcie nastąpi również w przypadku wpływu jednej oferty na konkurs.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym ogłoszeniem konkursowym mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego (Dz.U z 2019 poz.1145 t.j.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.2190) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz.1373) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

Szczegółowe informacje na temat konkursu można uzyskać w Departamencie Zdrowia - Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego:

- 1) Jarosław Cieszkiewicz nr tel. 61 62 66 353 e-mail: [jaroslaw.cieszkiewicz@umww.pl](mailto:jaroslaw.cieszkiewicz@umww.pl)
- 2) Grażyna Szalkowska nr tel. 61 62 66 357 e-mail: [grazyna.szalkowska@umww.pl](mailto:grazyna.szalkowska@umww.pl)

**PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH  
SZYJKI MACICY – SZCZEPIENIA PRZECIWKO ZAKAŻENIOM  
WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV)  
PODOPIECZNYCH PLACÓWEK OPIEKUŃCZO-  
WYCHOWAWCZYCH W WOJEWÓDZTWIE WIELKOPOLSKIM  
W LATACH 2014 - 2020**

opracowany przez Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej  
w Poznaniu

## **Spis treści**

Opis problemu zdrowotnego .....	3
Cele programu .....	7
Adresaci programu .....	8
Organizacja programu .....	9
Koszty.....	10
Monitorowanie i ewaluacja .....	10
Załączniki .....	11

## Opis problemu zdrowotnego

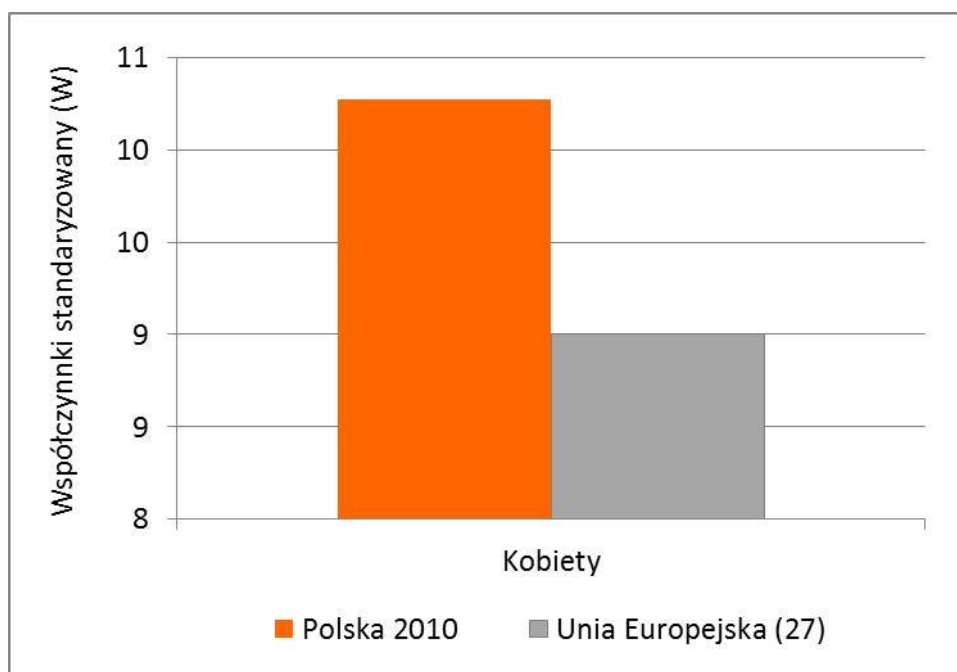
Od wielu lat epidemiolodzy oraz specjaliści w zakresie zdrowia publicznego wskazują na niepokojącą tendencję wzrostową zachorowalności na nowotwory złośliwe. Przyczyn tego zjawiska należy upatrywać zarówno w zmianach w strukturze demograficznej, prowadzonym stylu życia, dziedzicznych predyspozycjach, jak również w narażeniu na wpływ czynników inicjujących proces nowotworzenia.

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.

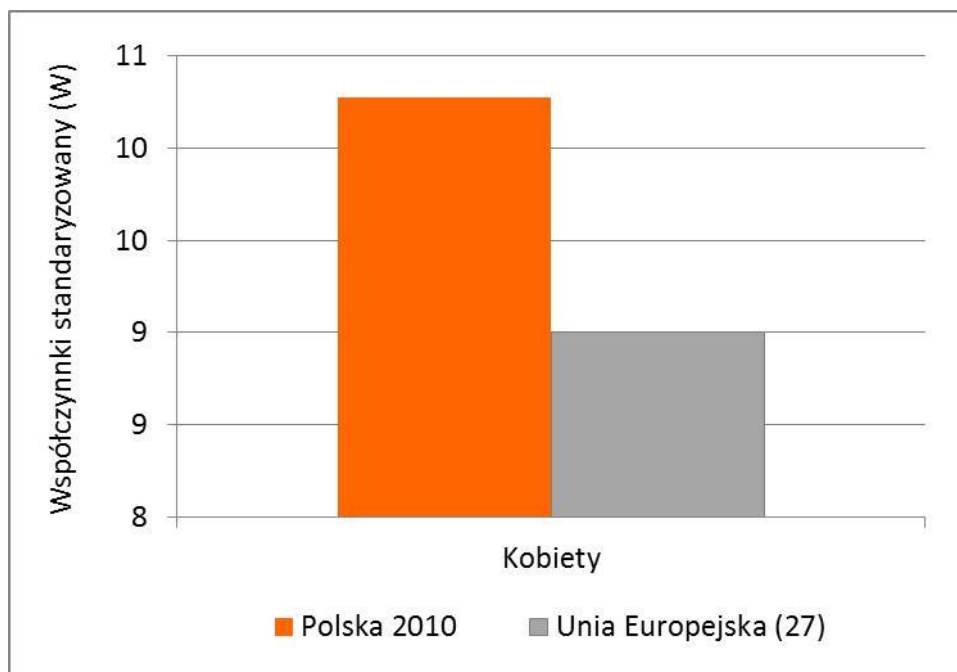
Zachorowalność na nowotwory złośliwe szyjki macicy nie stanowi największego zagrożenia dla zdrowia kobiet na świecie, gdyż dzięki działaniom poszczególnych państw problem ten został skutecznie wyeliminowany. W porównaniu do innych krajów, zachorowalność w Polsce utrzymuje się niezmiennie na wysokim poziomie.

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 [wykres 1], a umieralność z ich powodu była nawet 70% wyższa w Polsce od przeciętnej dla innych krajów Unii Europejskiej [wykres 2].

**Wykres 1.** Porównanie zachorowalności na raka szyjki macicy w Polsce i w krajach Unii Europejskiej  
źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów (onkologia.org.pl)



**Wykres 2.** Porównanie umieralności na raka szyjki macicy w Polsce i w krajach Unii Europejskiej  
źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów (onkologia.org.pl)

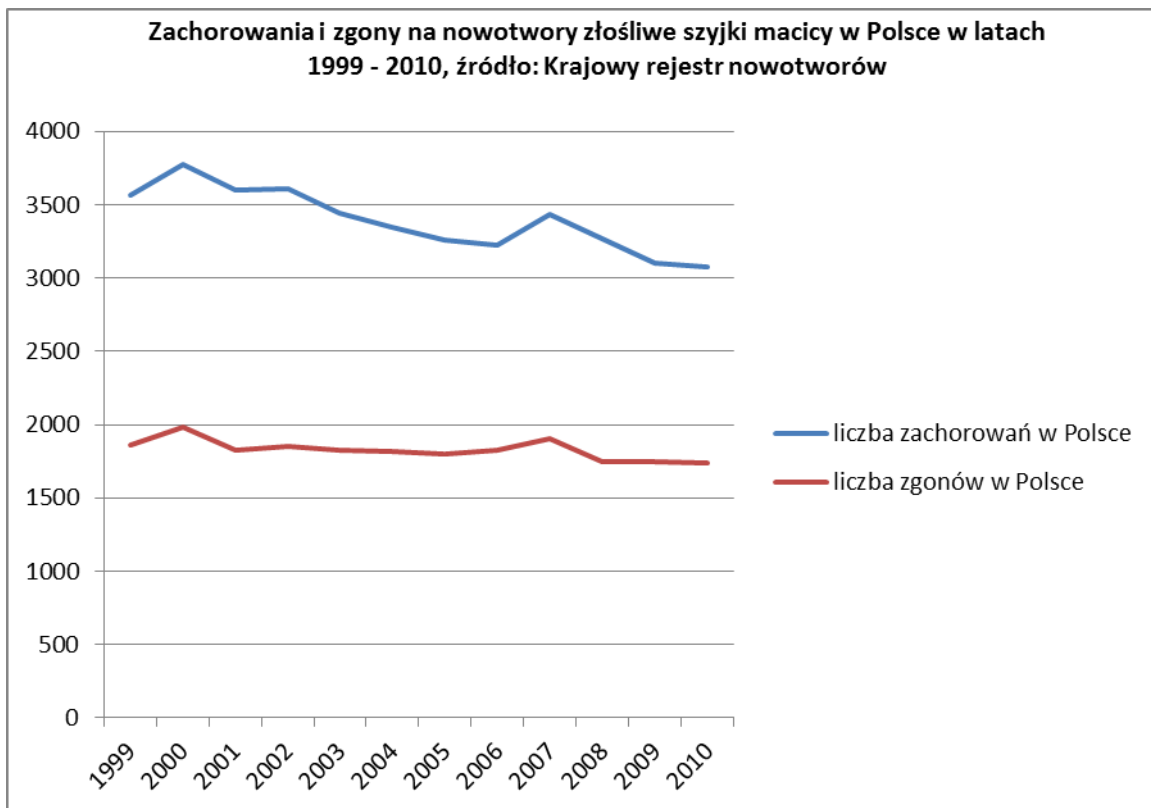


Z prowadzonych badań i obserwacji wynika, że znacząco częściej rak szyjki macicy rozpoznawany jest u kobiet uprzednio zakażonych wirusem brodawczaka ludzkiego, przed którym skutecznie chronią szczepienia uodparniające. (Około 70% przypadków zachorowań związanych jest z zakażeniem HPV typu 16 i 18, a 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.

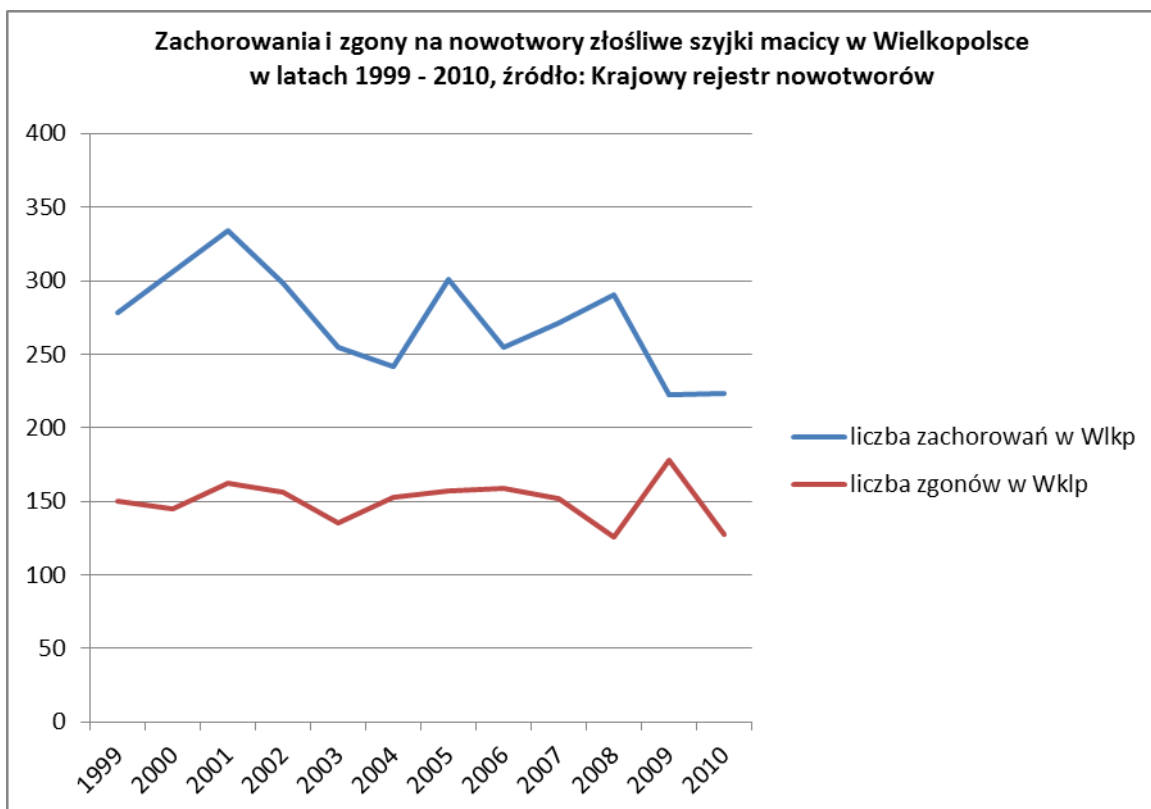
W 2010 roku w Polsce zgłoszonych do rejestru zostało 3078 nowych zachorowań na raka szyjki macicy i 1735 zgonów z jego powodu. Poniższe wykresy ilustrują zachorowalność i liczbę zgonów na ten nowotwór w kraju i województwie wielkopolskim.



**Wykres 3.** Liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe szyjki macicy w Polsce



**Wykres 4.** Liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe szyjki macicy w województwie wielkopolskim



W ostatnich latach, co ilustrują zamieszczone wykresy, obserwuje się niewielki spadek liczby zachorowań i zgonów. Jest to jednak zbyt krótki okres, by można uznać iż problem został opanowany, a tendencja spadkowa ma charakter trwały. Szczepienia ochronne nie są prowadzone na masową skalę, by można uznać spadek liczby nowych zachorowań i zgonów za wskaźnik ich skuteczności.

Efektom 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).

Realizowany w Polsce Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy oparty na cytologicznych badaniach przesiewowych, skierowany jest do kobiet w wieku 25 – 59 lat nie spełnia oczekiwań, ponieważ uczestnictwo uprawnionych kobiet kształtuje się przeciętnie na poziomie 22% wybranej populacji rocznie, co wpływa na jego małą skuteczność i wąski zakres działania.

Na terenie województwa wielkopolskiego realizowanych jest kilka programów szczepień przeciwko HPV, przy czym są to programy lokalne finansowane z budżetów samorządowych i realizowane w niewielkiej populacji (wybrany rocznik mieszkanek danego terenu).

Proponowany program szczepień ochronnych adresowany jest do dziewcząt w wieku 13 lat (czyli odpowiednio z roczników 2001 – 2007), przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych na terenie województwa wielkopolskiego. Doświadczenie zdobyte podczas realizacji szczepień w poprzednich latach pozwala oszacować liczbę takich dziewcząt na około 40 rocznie, a więc w ciągu trwania programu szczepieniami objęto by około 240 dziewcząt. Wybór grupy beneficjentek uzasadniony jest nie tylko względami zdrowotnymi i profilaktycznymi, lecz również opiera się na ważkich przesłankach społecznych, co zostało przedstawione w opisie celów programu.

Zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na rok 2013, szczepienia przeciwko HPV znajdują się w wykazie szczepień zalecanych – niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie ministerstwa Zdrowia. Szczepienia te są więc całkowicie dobrowolne, jednak ich finansowanie zostało przerzucone na barki rodziców bądź samorządów, a tym samym ich dostępność jest ograniczona możliwościami finansowymi i organizacyjnymi, i zależna od dobrej woli decydentów.

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 wydaje się być w pełni uzasadniona.

## Cele programu

Celem głównym programu jest obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy wśród mieszkanek Wielkopolski poprzez objęcie szczepieniami osób z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania.

Wybór beneficjentek programu nie jest przypadkowy. 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 dysfunkcyjnej 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 własną seksualnością. Nie sprzyja też wytworzeniu nawyków prozdrowotnych, co decyduje o dalszym życiu i zdrowiu tej grupy dziewcząt. Jest to cel odległy i możliwy do osiągnięcia wyłącznie w przypadku konsekwentnej realizacji programu szczepień profilaktycznych kolejnych roczników dziewcząt. Drugim strategicznym celem głównym jest edukacja prozdrowotna, która przygotowuje pod względem świadomościowym i mentalnym młode pokolenie kobiet do odpowiedzialnego traktowania spraw zdrowia, zwłaszcza w przypadku braku edukacji rodzicielskiej w tym zakresie.

Cele szczegółowe mają charakter bardziej krótkoterminowy i łatwiejszy do monitorowania w krótszym czasie. Należą do nich:

- Uświadomienie adresatkom oraz ich opiekunom znaczenia profilaktyki raka szyjki macicy, a szerzej zachowań prozdrowotnych i profilaktycznych;
- Dostarczenie opiekunom beneficjentek informacji na temat znaczenia profilaktycznych szczepień oraz zagrożenia dla zdrowia wynikającego z zaniechań i zaniedbań w tym zakresie poprzez przeprowadzenie spotkań informacyjno-edukacyjnych, co wzmocni przekaz adresowany bezpośrednio do zainteresowanych;
- Przekazanie uczestniczkom programu broszur edukacyjnych poświęconych profilaktyce raka szyjki macicy oraz mechanizmowi działania szczepionki HPV;
- Podanie trzech dawek szczepionki przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (*Human Papilloma Virus*) 240 dziewczętom urodzonym w latach 2001 – 2007, mieszkającym w placówkach opiekuńczo-wychowawczych na terenie województwa wielkopolskiego;
- Przeprowadzenie poszczególnych rund szczepień w sposób sprawny i skoordynowany.

W efekcie przeprowadzonych działań wzrośnie realne zainteresowanie opiekunów adresatek programu tematyką profilaktyki chorób, a szczególnie możliwościami radykalnego obniżenia ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy podopiecznych w późniejszych

okresach życia. Poszerzy się także wiedza adresatek programu i ich opiekunów odnośnie profilaktyki raka szyjki macicy i mechanizmu ochronnego działania szczepienia przeciwko zakażeniom HPV, co w przyszłości zaowocuje większą gotowością dziewcząt do poddawania się regularnym badaniom przesiewowym.

Miernikami efektywności programu będzie liczba dziewcząt i ich opiekunów biorących udział w spotkaniach informacyjno – edukacyjnych oraz liczba dziewcząt poddanych pełnemu szczepieniu przeciwko HPV (tzn. takich, które przyjęły wszystkie trzy dawki szczepionki).

## **Adresaci programu**

Program profilaktycznych szczepień przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego skierowany jest do dziewcząt zamieszkałych na terenie województwa wielkopolskiego w domach dziecka, rodzinnych domach dziecka i przebywających w pogotowiu opiekuńczym, z odpowiednich grup wiekowych. W roku 2014 szczepieniami i edukacją objęte zostaną dziewczęta urodzone w roku 2001, w roku 2015 – dziewczęta urodzone w roku 2002, itd.

Na podstawie dotychczas realizowanych przez OPEN programów szczepień można oszacować populację docelową na 40 dziewcząt rocznie, co daje ok. 240 dziewcząt zaszczepionych w ciągu trwania całego programu (do roku 2020 włącznie).

Zaproszenia do udziału w programie będą adresowane do placówek opiekuńczo – wychowawczych na terenie województwa, tym samym udział w programie podopiecznych danego ośrodka będzie uzależniony od zgody kierownika placówki zarówno na ich uczestnictwo w spotkaniach informacyjno – edukacyjnych, poprzedzających akcję szczepień, jak i w cyklu szczepień.

## Organizacja programu

Planowany program profilaktyczny, podobnie jak inne działania tego typu, będzie składał się z kilku etapów.

Pierwszy etap będzie polegał na nawiązaniu kontaktu i zaproszeniu do udziału w programie, urodzonych w wybranym roku podopiecznych placówek opiekuńczo – wychowawczych terenie województwa wielkopolskiego. Następnie zostanie utworzona baza placówek, które w programie chcą wziąć udział, a tym samym możliwe będzie uzyskanie informacji odnośnie liczby mieszkanki tych ośrodków kwalifikujących się do szczepienia w danym roku kalendarzowym.

Drugim etapem będzie przeprowadzenie 4 -5 grupowych spotkań informacyjno – edukacyjnych dla dziewcząt oraz ich opiekunów na terenie wybranych placówek oraz w OPEN, by beneficjentki wraz z opiekunami miały możliwie dogodny dojazd. Jednocześnie zostanie przeprowadzony przetarg na zakup szczepionek przeciwko HPV. Po przeprowadzeniu każdego spotkania edukacyjnego tworzona będzie lista dziewcząt chętnych do poddania się szczepieniom.

Trzecim etapem będzie właściwe wykonanie szczepień ochronnych przez lekarza onkologa, po uprzednim badaniu kwalifikującym, na terenie domów dziecka bądź w OPEN. Każda z dziewcząt otrzyma trzy dawki szczepionki. Po wykonaniu kompletu szczepień każda z dziewcząt otrzyma kartę informacyjną szczepienia, zawierającą daty podania poszczególnych dawek oraz numer serii podanej szczepionki.

Czwartym i ostatnim etapem będzie stworzenie sprawozdania z realizacji programu po wykonaniu każdego cyklu szczepień. Wszystkie te etapy będą przeprowadzane corocznie, aż do zakończenia programu w roku 2020, kiedy powstanie sprawozdanie końcowe z realizacji programu.

Reasumując, do działań podejmowanych w ramach programu będą należały: kampania informacyjno – edukacyjna w formie spotkań z mieszkankami placówek opiekuńczo – wychowawczych, przeprowadzenie poprzedzonego badaniami dopuszczającymi cyklu szczepień w trzech dawkach u każdej z zakwalifikowanych do programu dziewcząt oraz podsumowanie realizacji programu i złożenie odpowiedniego sprawozdania. Planowane jest także wydrukowanie broszur informacyjnych odnośnie zapobiegania nowotworom szyjki macicy, przeznaczonych dla opiekunów i ich podopiecznych.

Bezpieczeństwo planowanych interwencji zapewnia przechowywanie szczepionek do chwili podania w temperaturze zalecanej przez producenta (transport w przenośnych lodówkach), użycie jednorazowego sprzętu, przeprowadzenie lekarskiego badania dopuszczającego do szczepienia każdorazowo bezpośrednio przed szczepieniem, podanie szczepionki przez lekarza, a tym samym jego obecność podczas szczepienia

## **Koszty**

Całkowity koszt realizacji programu wyniesie ok. 317.600,- zł, w tym:

- Wykonanie szczepień u 240 dziewcząt na przestrzeni 7 lat realizacji programu – 312.000,- zł.
- Organizacja spotkań informacyjno – edukacyjnych – 5.600,- zł. (4 spotkania każdego roku = 800zł. przez 7 lat = 5.600)

(Cena jednostkowa wynosi ok. 1.300,- zł. i obejmuje zakup szczepionek, zużywalne materiały medyczne, dopuszczające badania lekarskie, koszty dojazdu realizatorów do placówek, przygotowanie i druk broszur, prowadzenie bazy danych, koszty biurowe, administracyjne i księgowo.)

Koszty będą rozłożone w poszczególnych latach realizacji programu w zależności od liczby chętnych do udziału placówek i liczby szczepionych dziewcząt.

Źródło finansowania programu - środki zarezerwowane w budżecie Samorządu Województwa Wielkopolskiego.

## **Monitorowanie i ewaluacja**

Efekty i skuteczność podejmowanych działań będą monitorowane przez realizatora programu (Ośrodek OPEN) we współpracy z Departamentem Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW poprzez bieżącą koordynację i monitorowanie liczby dziewcząt i ich opiekunów biorących udział w spotkaniach informacyjno – edukacyjnych, liczby dziewcząt poddanych szczepieniom oraz liczby dziewcząt, które otrzymały trzy dawki szczepionki w danym roku kalendarzowym. Dodatkowym miernikiem może być liczba broszur informacyjnych wydrukowanych i rozdysponowanych wśród beneficjentów programu.

Proponowany program szczepień profilaktycznych jest programem wieloletnim, dlatego bieżące monitorowanie i ocena jakości podejmowanych działań będzie miała kluczowe znaczenie dla planowania interwencji w kolejnych latach kalendarzowych.

## **Załączniki**

.....  
(pieczęć firmowa Oferenta)

.....  
(miejsowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

„.....”

(nazwa programu polityki zdrowotnej)

### **I. Dane dotyczące Oferenta**

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk:

4. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:

5. Nr identyfikacyjny NIP:

6. Nr identyfikacyjny Regon:

7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

8. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

10. Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

(wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
--	--

11. Wyposażenie na potrzeby realizacji programu:

--

**II. Informacje o planowanym sposobie realizacji programu.**

1. Planowana liczba uczestników programu:

--

2. Część organizacyjna, udzielenie świadczeń zdrowotnych i inne zgodnie z programem (opisać):

--

**III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.**



### 1. Przewidywane koszty zadania

I.p.	Rodzaj kosztu	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)	z tego do pokrycia z wnioskowanej dotacji (kwota brutto w zł)	z tego z finansowych środków własnych (kwota brutto w zł)
1.	(Wymienić kolejno)						
2.	Ogółem:						

### 2. Przewidywane źródła finansowania zadania

1.	Wnioskowana kwota dotacji	..... zł	.....%
2.	Środki finansowe własne	..... zł	.....%
3.	Ogółem	..... zł	100 %

### IV. Informacje dodatkowe.

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia (rodzaje programów, termin realizacji, zleceniodawca programu)	
----	---	--

### Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Zarządu Województwa oraz załącznikami do ww. ogłoszenia,
2. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,
3. osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
4. spełnia kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 lub odpowiednio art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 poz. 2190).
5. wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych,

6. jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie byłam/em karana/y zakazem pełnienia funkcji związanych z środkami publicznymi oraz nie byłam/em skazana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
7. w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
8. podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.

.....

podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania oferenta

**Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:**

1. kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopię wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopię rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo – rozwojowych itp.).
2. kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki),
4. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
5. upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców,
8. oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

**Pouczenie:**

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
3. Załączniki przedstawione przez Oferenta, stanowiące składowe części oferty, powinny być ponumerowane.
4. Dokumenty przedłożone w ofercie będą stanowiły podstawę potwierdzenia spełnienia przez oferenta wymagań związanych z przystąpieniem do konkursu oraz oceny parametrów placówki.