

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Omiń Oddział chorych na raka. Profilaktyka nowotworów wątroby w makroregionie północnym.”, finansowanego z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, realizowanego przez Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.

§ 1 INFORMACJE OGÓLNE

1. Niniejszy Regulamin określa warunki rekrutacji i uczestnictwa uczestników w projekcie POWR.05.01.00-00-0016/19 „Omiń Oddział chorych na raka. Profilaktyka nowotworów wątroby w makroregionie północnym.”, który jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 - 2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne
2. Projekt realizowany jest przez **Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.** z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000492201, NIP 586-22-86-770, REGON 19014161
3. Biuro Projektu mieści się w siedzibie Beneficjenta w Gdyni, 81-519 przy ulicy Powstania Styczniowego 1.
4. Okres realizacji Projektu: 2020/05/01 – 2023/08/31

§ 2 CELE I ZAŁOŻENIA PROJEKTU

1. Celem projektu jest wdrożenie programu profilaktyki zdrowotnej pn. programu profilaktyki nowotworów wątroby na terenie województw kujawsko-pomorskiego, pomorskiego i warmińsko-mazurskiego poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HBV i HCV u dorosłych mieszkańców poprzez przeprowadzenie bezpłatnych testów HBV i HCV.

Program przewiduje realizację następujących celów szczegółowych:

- Zwiększenie liczby wykrywanych zakażeń wirusami zapalenia wątroby typu B i C;
- Zwiększenie liczby pacjentów POZ włączonych do programów lekowych;
- Wzrost wiedzy personelu POZ, koordynatorów objętych szkoleniem w programie, w zakresie epidemiologii i leczenia PWZW, czynników ryzyka zakażeń HBV i HCV oraz innych czynników ryzyka marskości wątroby i HCC;
- Wzrost świadomości populacji docelowej w zakresie nowotworów wątroby;
- Zapewnienie satysfakcji pacjentów w przebiegu badań profilaktycznych;

2. Grupę docelową projektu w zakresie edukacji stanowi :

12 000 pacjentów mieszkańców województw objętych działaniami projektu, będących osobami pełnoletnimi, w szczególności do osób z grup ryzyka:

Osoby :

- urodzone w latach 1986-1995r;
- po transfuzjach wykonanych przed 1992r.;
- hospitalizowane 3 i więcej razy i/lub hospitalizacja długotrwała (≥ 10 dni);
- posiadające partnera zakażonego HCV i/lub HBV;
- posiadające partnera przyjmującego środki odurzające w iniekcji;
- używające środków odurzających w iniekcji lub donosowo;
- posiadające tatuaż/e;
- nieszczepione, mające kontakt domowy z osobą zakażoną HBV.

a także

- poddające się zabiegom stomatologicznym (usuwanie zębów, wszczepianie implantów);
- poddające się badaniom diagnostycznym (gastroskopia, kolonoskopia, bronchoskopia);
- usuwające brodawki lub zmiany skórne;
- mające nieprawidłowe wyniki prób wątrobowych;
- utrzymujące kontakty seksualne z wieloma partnerami;
- a także pacjenci, zakwalifikowani z innych istotnych powodów przez lekarza POZ.

3. Kryteria przyjmowania do projektu będą wykluczały stosowanie jakichkolwiek praktyk dyskryminacyjnych, w tym ze względu na płeć czy niepełnosprawność. Wszystkie placówki podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach których prowadzone będą działania rekrutacyjno-informacyjno-edukacyjne oraz świadczenia medyczne, będą przystosowane do obsługi osób niepełnosprawnych ruchowo (brak barier architektonicznych).

§ 3

REKRUTACJA UCZESTNIKÓW

1. Rekrutacja do projektu ma charakter otwarty. Kryterium włączenia zostały opisane szczegółowo w § 2, ust. 2.
2. Ścieżka pacjenta wygląda następująco:
 1. Zgłoszenie się do wybranego POZ, współpracującego w ramach programu. Lista ośrodków dostępna jest na stronie www.szpitalepomorskie.pl/profilaktyka oraz na stronie www.watrobanieboli.pzh.gov.pl
 2. Umówienie wizyty u lekarza POZ
 3. Lekarz POZ podczas kwalifikacji oceni spełnianie przez pacjenta kryteria włączenia do programu.
 4. Osoby spełniające kryterium zostaną poddane szybkiemu testowi przesiewowemu HCV i HBV.
 5. Pacjenci, którzy w badaniu przesiewowym uzyskają wynik negatywny otrzymają materiały informacyjne z zaleceniami zachowań obniżających ryzyko zakażenia HBV/HCV.
 6. Pacjenci z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego są informowani o konieczności przeprowadzenia dalszych, potwierdzających badań laboratoryjnych. Zostaną zbadani w kierunku PWZWB na obecność antygenu powierzchniowego HBV (badanie HBsAg) lub w kierunku PWZWC na obecność kwasu nukleinowego HCV (badanie jakościowe HCV-RNA).
 7. W przypadku potwierdzenia rozpoznania PWZW lekarz przekazuje materiały informacyjne w formie wydruku. W przypadku potwierdzenia PWZWB (dodatni wynik HBsAg) lub PWZWC (dodatni wynik HCV-RNA) lekarz kieruje pacjenta pod opiekę koordynatora.

8. Koordynator omawia z pacjentem obecną sytuację i otacza opieką w dostępie do specjalistycznej opieki zdrowotnej a następnie w zakwalifikowaniu do właściwego programu lekowego.
3. Dana osoba będzie mogła tylko raz skorzystać ze wsparcia w postaci badania przesiewowego.
4. Przystąpienie do projektu odbywa się poprzez wypełnienie i podpisanie przez uczestnika deklaracji uczestnictwa oraz oświadczenia o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.
5. Uczestnik zobowiązuje się do realizacji obowiązków wynikających z przystąpienia do programu.
6. Udział w świadczeniach w ramach programu będzie dobrowolny i bezpłatny.
7. Świadczenia udzielane będą do wyczerpania środków w programie.

§4

ZAKRES ŚWIADCZEŃ W PROJEKCIE.

1. **Wizyta lekarska kwalifikująca do programu.** Wizyta obejmuje przeprowadzenie krótkiego wywiadu lekarskiego. W przypadku spełnienia kryterium włączenia do programu, elementem wizyty kwalifikacyjnej będzie szybki test przesiewowy rapid diagnostics test (RDT) w kierunku HBV i HCV.
Pacjenci, którzy w badaniu przesiewowym uzyskają wynik negatywny otrzymają materiały informacyjne z zaleceniami zachowań obniżających ryzyko zakażenia HBV/HCV.
Natomiast pacjenci z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego są informowani o konieczności przeprowadzenia dalszych, potwierdzających badań laboratoryjnych (szacunkowo 1 na 200 osób badanych testem przesiewowym). Zostaną zbadani w kierunku PWZWB na obecność antygeny powierzchniowego HBV (badanie HBsAg) lub w kierunku PWZWC na obecność kwasu nukleinowego HCV (badanie jakościowe HCV-RNA).
2. **Wizyta edukacyjna z omówieniem wyniku badania potwierdzającego.**
W przypadku potwierdzenia rozpoznania PWZW lekarz przekazuje materiały informacyjne w formie wydruku. W przypadku potwierdzenia PWZWB (dodatni wynik HBsAg) lub PWZWC (dodatni wynik HCV-RNA) lekarz kieruje pacjenta do opieki koordynatora pacjenta a także do specjalistycznej opieki zdrowotnej.

§5

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Koordynator zastrzega sobie prawo zmiany postanowień niniejszego regulaminu w przypadku zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności niezależnych od niego.

§6

ZAŁĄCZNIKI DOI REGULAMINU

Załącznik nr 1 stanowi oświadczenie uczestnika projektu.

Załącznik nr 2 stanowi deklaracja uczestnictwa.

Załącznik nr 2 stanowi Oświadczenie lekarza i pacjenta o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „*Omiń oddział chorych na raka. Profilaktyka nowotworów wątroby w makroregionie północnym.*” - w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (j.t. Dz.U. z 2020 r. poz.818,, z późn. zm.);
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „*Omiń oddział chorych na raka. Profilaktyka nowotworów wątroby w makroregionie północnym.*” - w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Skarbowi Państwa – Ministrowi Zdrowia, 00 – 952 Warszawa, ul. Miodowa 15** oraz Beneficjentowi realizującemu Projekt - **Szpitalom Pomorskim Sp. z o.o.** Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.

5. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie zobowiązującym prawem.
6. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
7. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
8. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@szpitalepomorskie.eu lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@miir.gov.pl.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 17, 18 i 19 RODO.
14. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

** W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Nr telefonu kontaktowego

Wykształcenie

Zawód wykonywany / Zakład pracy

.....

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach programu profilaktycznego: **Pilotażowy program profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski – okres realizacji 2019-2022**".

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w w/w programie oraz zobowiązuję się do realizacji obowiązków wynikających z przystąpienia do programu.

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo w programie ma charakter nieodpłatny.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celach związanych z realizacją **Pilotażowego programu profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski** przez Realizatora.

- zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE. L 119 z 04.05.2016, str. 1) i Umową Nr na realizację w/w programu.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

Oświadczenie lekarza i pacjenta o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni

Tytuł projektu: „Omiń oddział chorych na raka. Profilaktyka nowotworów wątroby w makroregionie północnym” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Potwierdzam, że przeprowadzono: Szybki test diagnostyczny RDT w kierunku HBV Szybki test diagnostyczny RDT w kierunku HCV i otrzymałem materiały edukacyjne	Podpis pacjenta
Nazwa , adres podmiotu leczniczego i w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne	