

Protokół z posiedzenia Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

1.	Data i miejsce posiedzenia:
XII posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce 16 marca 2017 r. w JM Hotel przy ul. Grzybowskiej 45 w Warszawie.	
2.	Porządek obrad:
<p>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</p> <p>W XII posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyło łącznie 85 osób (40 członków i zastępców członków lub osób upoważnionych do głosowania, 3 stałych obserwatorów oraz 42 inne zaproszone osoby), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 35 osób z prawem do głosowania (członkowie, zastępcy lub osoby upoważnione). Imienna lista uczestników spotkania stanowi załącznik nr 1 do protokołu.</p> <p>Spotkanie otworzyła Zastępca Przewodniczącego Komitetu Sterującego Pani Agnieszka Kister, Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia (MZ), która poinformowała, że Przewodniczący Komitetu Sterującego Pan Minister Piotr Gryza ze względu na inne obowiązki służbowe nie może być obecny na posiedzeniu oraz w jego imieniu podziękowała za przybycie na spotkanie.</p> <p>Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż posiedzenie rozpocznie się tradycyjnie od zatwierdzenia porządku obrad, a następnie oddała głos przedstawicielce województwa kujawsko-pomorskiego, która poprosiła członków KS o wyrażenie zgody na procedowanie Planu działań woj. kujawsko-pomorskiego jako pierwszego, tj. przed Planem działań Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (PO IiŚ), ze względu na konieczność opuszczenia posiedzenia przez Pana Marszałka ok. godz. 13.00. Nikt z obecnych na posiedzeniu nie wyraził sprzeciwu wobec zgłoszonego wniosku.</p> <p>Kolejna propozycja zmiany w agendzie, zgłoszona przez uczestnika posiedzenia, dotyczyła skrócenia przerwy obiadowej do 30, maksymalnie 45 minut. Pani Dyrektor Kister zaproponowała, aby pozostawić godzinną przerwę, argumentując, iż dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że 60 minut jest minimalnym czasem na przerwę obiadową. Ponadto ze względu na intensywność prac przed planowaną przerwą, godzinny odpoczynek byłby wskazany. Następnie, wobec braku innych wniosków formalnych, zaproponowała przyjęcie porządku obrad uwzględniającego zmianę w kolejności poszczególnych punktów, tj. przyspieszenie procedowania Planu działań województwa kujawsko-pomorskiego.</p> <p>Porządek obrad został przyjęty jednogłośnie (23 głosy – za przyjęciem, 0 głosów - przeciw, 0 głosów – wstrzymujących się).</p>	

3. Przebieg posiedzenia:

Sprawozdanie z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2016 r.

Pierwszym punktem merytorycznym omawianym na posiedzeniu było Sprawozdanie z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2016 roku. Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż jedyne uwagi do przedmiotowego dokumentu wpłynęły z województwa wielkopolskiego i były o charakterze doprecyzowującym, poprawiającym pewne nieścisłości. Następnie oddała głos Pani Katarzynie Przybylskiej, Naczelnik Wydziału Koordynacji Polityki Rozwoju w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ (DFZ MZ), która przedstawiła 3 zgłoszone uwagi. Pierwsza dotyczyła korekty kwoty alokacji w przypadku konkursu RPO WWL.7.K.1, druga - doprecyzowania przyczyn zmiany alokacji w tym konkursie. Natomiast trzecia uwaga związana była z kwestią ogłoszenia przez Wielkopolskę konkursu, który nie został uwzględniony w Planie działań, a istniały obawy, że dotyczy opieki zdrowotnej. MZ otrzymało z Instytucji Zarządzającej (IZ) wyjaśnienia w tej sprawie, które zostały przyjęte i zostało to odzwierciedlone w Sprawozdaniu.

W związku z brakiem pytań/uwag do Sprawozdania przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 2/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Sprawozdania z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2016 r.*

Uchwała została podjęta większością głosów.

Aktualizacja rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a - *Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych*

Kolejny punkt posiedzenia dotyczył aktualizacji rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów w zakresie Priorytetu Inwestycyjnego (PI) 9a. Projekt uchwały dot. rekomendacji - zawierający proponowane przez MZ zmiany - w dniu 6 marca br. został przekazany mailowo wszystkim członkom i obserwatorom KS oraz ich zastępcom, a także osobom zaangażowanym w przygotowywanie Planów działań, z prośbą o zgłaszanie do niego uwag. Pani Dyrektor Kister poinformowała, że wpłynęły 44 uwagi, które zostały szczegółowo przeanalizowane. Następnie po kolei omówiła najważniejsze zmiany wprowadzone do dokumentu (tekst rekomendacji w trybie rejestruj zmiany był wyświetlany na ekranach), wynikające ze zgłoszonych uwag.

Pierwsza uwaga – do pkt I.5 – dotyczyła dodania zapisu umożliwiającego wybieranie projektów na podstawie pozytywnej opinii konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radioterapii onkologicznej oraz konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny nuklearnej, tj. że gdyby taka pozytywna opinia była,

wówczas niezależnie od tego, co wynika z map i z danych będących podstawą stworzenia map potrzeb zdrowotnych, projekty mogłyby być procedowane. MZ uważa przedmiotową uwagę za niezasadną m.in. ze względu na niezgodność z dokumentem *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 (Policy paper)*, który wyraźnie mówi o tym, że mapy - oparte na twardych danych - są punktem wyjścia do oceny projektów. Opinia konsultanta jest subiektywnym spojrzeniem na konkretne zagadnienia i nie można map potrzeb zdrowotnych i opinii traktować w sposób równorzędny.

W przypadku pkt I.6 zaproponowano dopisanie przypisu, że w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w zakresie dziedzin już zmapowanych oraz opieki długoterminowej, geriatrycznej, hospicyjnej lub paliatywnej, derogacja nie ma już zastosowania. Zdaniem MZ nie ma takiej potrzeby, gdyż zapis mówiący o tym, że pewne derogacje obowiązują do momentu publikacji map, jest precyzyjny i nie wymaga aktualizowania w związku z mapami.

Kolejna uwaga została zgłoszona do pkt I.7 i dotyczyła wyłączenia obowiązku posiadania opinii o celowości inwestycji (OCI) w przypadku POZ oraz opieki geriatrycznej, długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej. Stanowisko MZ wobec tej uwagi jest negatywne z uwagi na to, że obecny zapis jest o tyle dobry, że wprost odsyła do ustawy. W takim zakresie, w jakim ustawa przewiduje możliwość wydania OCI, jeżeli inwestycja ma być finansowana ze środków w ramach PI 9a, jest ona wymagana przy ocenie projektu. Zakresy, w których opinie mogą być wydane, definiuje sama ustawa. Pani Dyrektor dodała, że w Ministerstwie Zdrowia rozpoczęte zostały prace nad nowelizacją przepisów ustawy w taki sposób, aby zmienić zakres obszarów, w których OCI może być wydana. Następnie poprosiła o zabranie głosu przez Pana Dyrektora Jakuba Adamskiego, który kieruje pracami w zakresie tej nowelizacji.

Pan Jakub Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ (DAS MZ), potwierdził, iż w Ministerstwie trwają prace nad nowelizacją przepisów ustawy w zakresie OCI - obecnie są one na etapie konsultacji wewnętrznych. Po ustaleniu wersji ostatecznej wewnątrz resortu, zostanie ona wysłana do konsultacji zewnętrznych. Planowane zmiany, które na chwilę obecną można potwierdzić, to rozszerzenie zakresu świadczeń, w przypadku których można będzie uzyskać opinię. Ustawowy obowiązek nie zostanie wprowadzony, tylko prawo do uzyskania takiej opinii zostanie rozszerzone. Ponadto, na wniosek wojewodów, wprowadzona zostanie zmiana polegająca na tym, że w ramach protestów dopuszczona zostanie pewnego rodzaju samokontrola.

W dalszej kolejności głos zabrał Pan Arkadiusz Bratkowski, Członek Zarządu Województwa Lubelskiego, który zaapelował, aby zwolnić POZ z obowiązku uzyskiwania OCI. Podkreślił, że podczas spotkań z przedstawicielami POZ z woj. lubelskiego lekarze sygnalizowali, że ze względu na kształt obecnej procedury administracyjnej otrzymywania OCI oraz biorąc pod uwagę dość niską kwotę ewentualnego wsparcia, POZ nie będą korzystać ze wsparcia w ramach RPO.

Pan Dyrektor Adamski podkreślił, że MZ ma świadomość, iż obecna wysokość opłaty za wydanie OCI (4 tys. zł) może stanowić istotną barierę dla wielu POZ, dlatego Ministerstwo postara się dokonać zmian w tym zakresie. Dodał, że rozważane są różne warianty rozwiązań w kwestii opłaty za złożenie wniosku o OCI.

Pani Dyrektor Kister spytała, czy problemem jest trudność z wypełnieniem wniosku, czy chodzi o barierę finansową, tj. że w przypadku niewielkich inwestycji opłata za wydanie OCI jest relatywnie wysoka.

Pani Anna Brzyska, reprezentująca Urząd Marszałkowski (UM) Województwa Lubelskiego, odpowiedziała, że problem jest zarówno natury finansowej, jak i z wypełnieniem IOWISZ. Zwróciła uwagę, że w woj. lubelskim struktura większości POZ to jeden lekarz i dwie pielęgniarki.

Pani Małgorzata Wiśniewska, Zastępca Dyrektora Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia w UM Województwa Kujawsko-Pomorskiego, poparła podejście, aby zrezygnować z OCI dla jednostek podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku funduszy europejskich.

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że ustawa nie nakłada obowiązku pozyskania OCI, mówi tylko, w jakich sytuacjach ta ocena może być wydana. Dopiero rekomendacje KS mówią o tym, że w przypadku projektów finansowanych w ramach PI 9a, we wskazanych sytuacjach ta opinia powinna być pozyskana i następnie uwzględniona w procesie oceny projektów. Pani Dyrektor podkreśliła, że dostrzega problem przy uzyskiwaniu OCI w przypadku małych – dwu- trzysobowych - podmiotów POZ i niewielkich inwestycji, jednak nie zna stanowiska Komisji Europejskiej (KE) nt. ewentualnej możliwości wprowadzenia odstępstwa w tym zakresie.

Pani Joanna Charytonowicz, reprezentująca Dyрекję Generalną ds. Zatrudnienia KE, odpowiedziała, że nie jest upoważniona do zajęcia jednoznacznego stanowiska w imieniu Komisji i że kwestia ta musi być uzgodniona również z Dyrekcją Generalną ds. Polityki Regionalnej KE.

W związku z powyższym, Pani Dyrektor Kister poinformowała, że w chwili obecnej nie jest możliwe rozstrzygnięcie tego problemu. Zaproponowała, aby ewentualna zmiana rekomendacji w tym zakresie została dokonana, po pozytywnym ustosunkowaniu się do niej przez Komisję.

Uczestniczka posiedzenia spytała, czy można byłoby zmienić rekomendacje warunkowo, tj. wprowadzić zapis, że zmiana taka będzie wprowadzona pod warunkiem wyrażenia pozytywnej opinii przez KE.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że jest to na tyle istotna zmiana, że nie można jej wprowadzić „na gorąco”. Zobowiązała się, że MZ wspólnie z KE postara się jak najszybciej te kwestie uzgodnić.

Kolejna zgłoszona uwaga dotyczyła pkt I.11 Rekomendacji. W chwili obecnej ww. rekomendacja mówi o tym, że zmienione rekomendacje nie mają zastosowania do Planów działań przyjętych przed datą przyjęcia rekomendacji lub ich zmiany. Dodano zapis doprecyzowujący, że Instytucje Zarządzające i Instytucje Pośredniczące mają możliwość aktualizacji Planów działań. Dodała, że intencją brzmienia dotychczasowego było tylko i wyłącznie to, że IZ/IP nie ma obowiązku dostosowywać Planów działań do zmienionych Rekomendacji. Natomiast możliwość taka zawsze istniała, ale, aby dotychczasowy zapis nie budził wątpliwości, dodano odpowiedni zapis.

Następnie głos zabrał Pan Marcin Marczak, przedstawiciel UM Województwa Małopolskiego, który poprosił o potwierdzenie, czy dobrze interpretuje pkt I.10. Pytanie brzmiało, czy w przypadku projektów pozakonkursowych, w których zakres tematyczny projektu nie pozwala zastosować pewnych kryteriów premiujących, bo tematyka projektu jest nieadekwatna, to czy w takiej sytuacji, IZ ma możliwość nie

stosowania kryteriów premiujących obligatoryjnych.

Pani Dyrektor Kister powołała się na wypowiedź przedstawiciela Komisji Europejskiej Pana Hawrysa na jednym z poprzednich posiedzeń KS, który zwrócił uwagę na to, że kryteria są przyjmowane przez Komitety Monitorujące, więc pewne decyzje *de facto* zapadają już poza Komitetem Sterującym. Jeśli jest sytuacja, w której jakieś kryterium jest pozbawione logiki w kontekście danej inwestycji, to IZ/IP może z niego zrezygnować lub je zmodyfikować. Zwróciła uwagę, że rekomendacje KS są tylko rekomendacjami dla kryteriów, mają odzwierciedlać pewne cele, które tutaj się pojawiają oraz pewne konkretne wskaźniki, natomiast same kryteria są formułowane przez IZ/IP odrębnie. Dodała, że istotnym jest, aby rzeczywiście było to poparte jakimś rzetelnym, faktycznym uzasadnieniem, a nie było próbą obejścia decyzji podejmowanych przez KS.

Pani Joanna Charytonowicz, przedstawicielka KE, wyraziła poparcie dla słów Pani Dyrektor, że rozsądne podejście i uzasadnienie jest konieczne.

Pan Marcin Marczak wyjaśnił, że nie chodzi o omijanie zapisów, ale o sytuację, gdy rekomendacje dotyczą konkretnych oddziałów, a niektóre projekty tego oddziału nie obejmują. W takiej sytuacji ciężko jest premiować oddział, w którym nie będzie inwestycji. Takie działanie byłoby nielogiczne.

Następnie Pani Dyrektor Kister, na prośbę jednej z uczestniczek posiedzenia, przeczytała ostateczną wersję przyjętej rekomendacji I.11: *„Rekomendacje dla Kryteriów nie mają zastosowania do Planów działań uzgodnionych przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia przed datą przyjęcia Rekomendacji dla Kryteriów. W przypadku zmiany Rekomendacji dla Kryteriów zmiana ta nie ma zastosowania do Planów działań uzgodnionych przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia przed datą przyjęcia zmiany Rekomendacji dla Kryteriów. Instytucje Zarządzające i Instytucje Pośredniczące mogą dostosowywać Plany działań w sektorze zdrowia uzgodnione przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia do zmienionych Rekomendacji dla Kryteriów, przy czym zmieniony Plan działań wymaga ponownego uzgodnienia przez ww. Komitet.”*

Kolejne uwagi – do rekomendacji do pkt I.13 - zostały zgłoszone przez Departament Polityki Zdrowotnej MZ. Nie zostały one uwzględnione, jednak kwestie te zostały wyjaśnione w drodze kontaktów bilateralnych.

Kolejna uwaga, dotycząca całego pkt II i III, tj. rekomendacji obligatoryjnych. Zgłoszone uwagi w tym zakresie dotyczyły dookreślenia czasookresu, w ramach którego podmiot powinien zrealizować pewne działania, do których się zobowiązuje, ponieważ często w rekomendacjach pojawia się sformułowanie, że podmiot spełnia lub zobowiązuje się, że w wyniku realizacji projektu będzie spełniał jakiś warunek. MZ stoi na stanowisku, aby tej uwagi nie przyjmować (tj. nie określać czasookresu), ponieważ specyfiki realizowanych projektów są tak bardzo różne, że wydaje się, iż byłoby to zbyt daleko idące usztywnienie. Zapisy określające w jakim okresie należy konkretne zobowiązania spełnić powinny ewentualnie pojawić się na poziomie formułowanych przez IZ kryteriów wyboru projektów. Pani Dyrektor dodała, że jest zwolennikiem tego, aby kryteria były bardzo precyzyjne i wskazywały, w jakim okresie pewne zobowiązania beneficjent powinien zrealizować, ale na poziomie kryteriów wyboru projektu, a nie rekomendacji, które mają bardziej ogólny charakter.

Kolejna poruszona rekomendacja to pkt II.3, dotyczący opinii o celowości inwestycji. Została zgłoszona uwaga, aby w samym brzmieniu rekomendacji - jako generalną zasadę - wprowadzić zapis, że OCI mogłyby być załączane przez beneficjentów na późniejszym etapie niż wskazane w rekomendacji. Pani Dyrektor Kister przypomniała, że takie rozwiązanie funkcjonuje obecnie, ale zostało wprowadzone jako tymczasowe, dopóki proces opiniowania celowości inwestycji nie nabędzie pewnej płynności. Przedstawiła stanowisko MZ, które opowiada się za tym, aby obecne rozwiązania traktować jako tymczasowe i pewien wyjątek, a treść rekomendacji, aby pozostała w obecnym brzmieniu. Pani Dyrektor poprosiła o opinie w tej sprawie, w szczególności Komisję Europejską.

Pan Marcin Marczak spytał do kiedy ta tymczasowa sytuacja miałaby trwać, tj. do kiedy można byłoby stosować takie rozwiązania.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że termin nie został określony. Ministerstwo Zdrowia w uzgodnieniu z Ministerstwem Rozwoju wyraziło na takie rozwiązanie zgodę, aby uniknąć sytuacji, w których ogłaszane są konkursy, a wnioskodawcy nie są w stanie skutecznie składać wniosków o dofinansowanie, bo ich wnioski o OCI nadal są procedowane, a opinia musi być załączona do wniosku i jest wymagana na etapie oceny formalnej. Nie przyjęto daty granicznej, ale założenie jest takie, że w pewnym momencie nastąpi powrót do wymogów wynikających wprost z rekomendacji. Pani Dyrektor dodała, że obecna propozycja, która wpłynęła w toku opiniowania projektu aktualizacji Rekomendacji, jest taka, aby wprowadzić to jako pewną zasadę ogólną.

Ponownie głos w dyskusji zabrał Pan Marcin Marczak, który poparł rozwiązanie polegające na tym, że projekty pozakonkursowe mogą być uzgadniane przez Komitet Sterujący warunkowo, bez załączania OCI, a opinia może być dostarczona wtedy, kiedy zostanie wystawiona. Uzasadnił to tym, że takie rozwiązanie przyspiesza proces kontraktacji projektów pozakonkursowych.

Pani Dyrektor Kister ponownie zauważyła, że taka możliwość istnieje w chwili obecnej i została ona uzgodniona z Ministerstwem Rozwoju. Dodała, że nawet podczas bieżącego posiedzenia procedowane są Plany działań zawierające projekty pozakonkursowe bez OCI i są warunkowo uzgadniane. Natomiast pytanie jest takie, czy to rozwiązanie powinno być wprost odzwierciedlone w samym brzmieniu rekomendacji. W związku z brakiem dalszych głosów w dyskusji nad tym punktem, Pani Dyrektor zaproponowała, aby pozostać przy obecnym rozwiązaniu, ponieważ i tak projekty procedowane są właśnie z tym elastycznym podejściem. Natomiast docelowo zasada ogólna zawarta w Rekomendacjach jest rozwiązaniem lepszym i już wcześniej na forum KS uzgodnionym.

Kolejna uwaga dotyczyła usunięcia propozycji zawartej w pkt II.7.iii, czyli zapisu: „*w wyniku realizacji projektu będą przeprowadzać 400 porodów i jednocześnie zmiana udziału porodów powikłanych wśród wszystkich porodów będzie nie większa niż zmiana ogólnopolska*”. Propozycja wykreślenia była uzasadniona tym, że szpitale będą odsyłać trudniejsze przypadki. MZ jest przeciwne tej zmianie, gdyż z map potrzeb zdrowotnych wynika, że porody powikłane stanowią 6% porodów przyjmowanych w podmiotach leczniczych o I stopniu referencyjności. Co do zasady ww. świadczenia są udzielane w wysokospecjalistycznych podmiotach; w małych szpitalach takich przypadków raczej nie ma. Istnieje ryzyko, że wykreślenie tego wymogu mogłoby spowodować, że szpitale małe, które nie zawsze są

przygotowane do tego, aby poradzić sobie z trudniejszymi przypadkami, zamiast odsyłać kobiety do bardziej specjalistycznych placówek, będą je przyjmować po to, aby wyrobić minimum 400 porodów. Dlatego - zdaniem MZ - jak najbardziej należy pozostawić tę rekomendację w obecnym brzmieniu.

Kolejna uwaga została zgłoszona do rekomendacji II.7.ii, która brzmi: „*których funkcjonowanie jest niezbędne dla zapewnienia szybkiego dostępu do świadczeń położniczych, tj. które jako jedyne zapewniają świadczenia w promieniu 40 km*”. Tu chodzi o przypadki, kiedy nie da się zrealizować 400 porodów rocznie, ale zasadnym jest wyrażenie zgody na realizację projektu w tym podmiocie, gdyż jest on istotny ze względu na dużą odległość do podmiotu innego, który udziela świadczeń położniczych. Zgłoszono propozycję, aby wykreślić drugą część zdania i pozostawić tylko zapis: „*których funkcjonowanie jest niezbędne dla zapewnienia szybkiego dostępu do świadczeń położniczych*”. MZ jest przeciwne takiej zmianie, gdyż byłoby to rozmycie wymagania, w zasadzie zawsze można byłoby próbować znaleźć jakąś okoliczność, która byłaby takim uzasadnieniem.

W przypadku rekomendacji II.7.i zostało przekazane pytanie dlaczego rekomendacja odnosi się tylko do 2020 r. Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że wynika to z mapy potrzeb zdrowotnych, gdzie przyjęty został model prognostyczny na rok 2020.

Następnie głos zabrał Pan Marcin Marczak, który wrócił do pkt II.7.iii i poprosił o wyjaśnienie kwestii, jakie okresy należy brać pod uwagę obliczając zmianę, o której mowa w ww. punkcie. Ponadto spytał o źródło weryfikacji tych danych, tj. z jakiego dokumentu beneficjent będzie mógł się dowiedzieć, jaka była zmiana ogólnopolska porodów powikłanych.

Pani Barbara Więckowska, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii MZ, odpowiedziała, że pierwszym źródłem informacji, jakie obecnie jest opublikowane, są mapy potrzeb zdrowotnych. Model tam zastosowany bazuje na wyborze pacjenta i prognozie liczby urodzeń. Ponieważ spadek liczby urodzeń, który był prognozowany przez Główny Urząd Statystyczny nie do końca się sprawdza oraz nie wiadomo na ile wzrost, który obecnie występuje, utrzyma się w czasie, dlatego prognozy dokonano tylko do roku 2020. Natomiast sprawdzenie, czy zmiana liczby porodów powikłanych będzie wyższa bądź niższa niż średnia ogólnopolska będzie możliwe już w 2018 roku, bo wówczas opublikowane zostaną kolejne mapy potrzeb zdrowotnych i kolejne mapy potrzeb zdrowotnych w cyklach, więc świadczeniodawca będzie mógł w tych dokumentach weryfikować informacje o sobie. Gdy mapy potrzeb zdrowotnych będą opracowywane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, dane będą pokazywane co roku - prognoza będzie robiona raz na cztery lata, ale dane, które będą przedstawiane w dokumentach, będą roczne, więc corocznie będzie można pokazać, jakie są zmiany u danego świadczeniodawcy oraz średnia w skali kraju. Pani Dyrektor potwierdziła swojemu przedmówcy, że źródłem weryfikacji danych w przyszłości powinny być mapy, gdyż wówczas metodyka postępowania dla wszystkich świadczeniodawców i sposób obliczania będzie taki sam.

Pan Marcin Marczak poprosił o wyjaśnienie, jaki horyzont czasowy należy przyjąć w kryteriach konkursowych, jeżeli jest w nich mowa o „zmianie”, tj. pomiędzy jakimi momentami powinna ta zmiana nastąpić.

Pani Dyrektor Więckowska podała przykład świadczeniodawcy, który obecnie nie spełnia kryterium 400 porodów i chciałby wejść w jakieś inwestycje. W tym przypadku punktem startowym jest moment złożenia wniosku, czy rozpoczęcia tej inwestycji, a punktem końcowym jest to, co zostanie ogłoszone w konkursie. Pani Dyrektor Kister dodała, że na poziomie rekomendacji nie jest wskazywany dokładnie ten okres, natomiast IZ już w kryteriach go definiują, a następnie weryfikują, czy ten warunek został spełniony przez beneficjenta – np. w trakcie kontroli trwałości projektu.

Pani Joanna Banat, reprezentująca UM Województwa Podkarpackiego, wyraziła wątpliwość czy jest w ogóle zasadność stosowania takiego kryterium. Szpitale, które nie osiągają liczby 400 porodów są to szpitale o pierwszym, drugim poziomie referencyjności, w związku z tym udział porodów powikłanych będzie w tym przypadku znikomy.

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że należy spojrzeć na całą tę rekomendację, bo ona pokazuje kilka przypadków, dając placówce szanse na spełnienie warunków określonych w jednym z wymienionych przypadków. Zasadą jest to, że oddział realizuje 400 porodów rocznie. Jeżeli nie, pod uwagę bierze się odległość do innego podmiotu leczniczego, który świadczy usługi położnicze. Jeżeli podmiot nie spełnia i tego warunku, to wówczas beneficjent zobowiązuje się do przeprowadzania 400 porodów rocznie oraz spełniony będzie wymóg dotyczący udziału porodów powikłanych.

Pani Dyrektor Więckowska dodała, że tworząc to kryterium MZ chciało zapewnić bezpieczeństwo pacjentkom. Kryterium ma zapobiec sytuacjom, w których szpitale - chcąc spełnić kryterium 400 porodów rocznie - nie będą odsyłać pacjentek, które powinny zostać odesłane. Niestety, takie przypadki zdarzały się i MZ nie chce, aby takie zjawisko rozprzestrzeniło się. Ponadto zdaniem MZ, świadczeniodawca, który nie wykonuje 400 porodów i nie jest świadczeniodawcą, który działa na danym terenie jako jedyny, powinien rozważyć, czy chce tę działalność dalej prowadzić.

Następnie w dyskusji głos zabrał Pan Janusz Sobolewski, Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej w UM Województwa Mazowieckiego. Jako lekarz ginekolog wyraził wątpliwości dotyczące kryterium odległości i zadał pytanie, czy w związku z nim przewiduje się, że będą szpitale powiatowe, które oddziałów położniczych mieć nie będą. Zwrócił uwagę, że w położnictwie pewne rzeczy dzieją się tak szybko, że nie ma mowy o żadnym odsyłaniu i jeżeli pacjentka przychodzi w pewnym nieodwracalnym stadium zaawansowania porodu, to trzeba ten poród zakończyć i decydują o tym minuty.

Pani Dyrektor Więckowska wyjaśniła, że DAS MZ realizuje duży projekt pod tytułem „Mapy potrzeb zdrowotnych”, gdzie istnieje 30 zespołów roboczych - do każdej mapy oddzielny. Mapa w zakresie położnictwa była przygotowana przez zespół we współpracy z lekarzami oraz konsultowana z konsultantem krajowym i wojewódzkimi w ramach dwóch paneli dyskusyjnych. Podkreśliła, że to, iż w nie każdym szpitalu powiatowym powinien być oddział położniczy, to nie jest jakieś *novum*. To jest teza, która została poparta przez środowisko, ze względu właśnie na kwestię bezpieczeństwa pacjentki. Kryterium 400 porodów to jest minimum z minimów, bo docelowo planowana jest wartość 500. Pani Dyrektor jeszcze raz podkreśliła, że przyjęte rozwiązania wynikają z głosu środowiska i modelu prognostycznego, który został skonsultowany ze środowiskiem.

Pan Roman Kolek, Wicemarszałek Województwa Opolskiego, wyraził swoje zastrzeżenie co do zapisu mówiącego o 40 km. Dodał, że UM Woj. Opolskiego proponował, aby zapis brzmiał: „*ich funkcjonowanie jest niezbędne z punktu widzenia szybkiego dostępu do świadczeń położniczych*”, tj. był bardziej ogólny, bez części mówiącej o 40 km. Jego zdaniem, zapisując w rekomendacjach limit 40 km, MZ stwarza bardzo mocne ograniczenie.

Następnie głos w dyskusji zabrała Pani Dobrawa Biadun, przedstawicielka Konfederacji Lewiatan, zwracając uwagę, że 400 porodów rocznie to jest zaledwie nieco ponad 1 poród dziennie. Wyraziła opinię, że przy porodach powinno się brać pod uwagę nie odległość, ale czas dojazdu. Spytała również jak jest liczone 40 km. Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że w rekomendacji wskazany jest promień 40 km, a nie odległość.

Pan Dyrektor Sobolewski dodał, że miasta powiatowe i tym samym szpitale powiatowe leżą w odległości 30-40 km od siebie.

Kończąc dyskusję Pani Dyrektor Kister zauważyła, że ta rekomendacja bardzo wyraźnie odzwierciedla wnioski z map, w związku z tym można ją przyjąć w brzmieniu zaproponowanym w projekcie.

Kontynuując omawianie uwag zgłoszonych do projektu rekomendacji Pani Dyrektor Kister poinformowała, że w kontekście pkt III.15 zadano pytanie o źródło danych. Tę kwestię wyjaśniła już wcześniej Pani Dyrektor Więckowska.

Jeżeli chodzi o pkt III.17, zgłoszono uwagę - która została uwzględniona - aby odnosić się do powiatów, w których udzielane są świadczenia, a nie do poziomu konkretnego świadczeniodawcy. Przedstawiono także propozycję rezygnacji z kryterium III.17, argumentując to brakiem odpowiednich danych. Ta propozycja nie została uwzględniona, gdyż zgodnie z informacją przekazaną przez DAS MZ, takie dane są dostępne - pochodzą z NFZ.

Kolejna uwaga - zgłoszona m.in. do pkt III.19 - dotyczyła wprowadzenia przypisu mówiącego o tym, że zobowiązanie się podmiotu do osiągnięcia w wyniku realizacji projektu określonej wartości będzie przedmiotem kontroli. Uwaga została uwzględniona poprzez zmianę przedmiotowego punktu, a także wszystkich innych, w których zawarte jest ww. zobowiązanie (II.5, II.6, III.17, III.19, III.21, III.22, IV.18, IV.19).

W przypadku pkt III.19 została zgłoszona propozycja dopisania po słowach: „*realizowane przez podmioty*” zwrotu „*lub konsorcja podmiotów*”. Uwaga nie została uwzględniona, ponieważ zgodnie z ogólną zasadą, jeśli dopuszczone jest na poziomie konkretnych działań czy programów, aby projekty mogły być realizowane przez konsorcja, to takie rozumienie dotyczy również rekomendacji dla kryteriów. Natomiast na końcu rekomendacji, po zwrocie „*na terenie jednego powiatu*” dodany został zapis: „*lub powiatów sąsiadujących*”.

Kolejna uwaga dotyczyła pkt III.20 i zamiany sformułowania: „*otwartych form opieki psychiatrycznej*” zwrotem: „*innych niż stacjonarne form opieki psychiatrycznej*” - ze względu na stosowanie takiej nomenklatury w przepisach stosownego rozporządzenia. Uwaga została uwzględniona. Ponadto zgłoszono propozycję, aby dodać w rozwinięciu termin: „*oddziały dzienne*”, ale ww. oddziały są już wprost

w rekomendacji wskazane, dlatego uwaga nie została uwzględniona. Niemniej jednak jej sens jest jak najbardziej w rekomendacji odzwierciedlony.

Uwzględniona została uwaga dot. usunięcia pkt III.21 (w projekcie rekomendacji rozesłanym do konsultacji z członkami KS przed posiedzeniem), dotyczącego zmniejszenia odsetka hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych ogólnych pacjentów z uzależnieniami.

W przypadku rekomendacji III.22 i III.23 (w projekcie rozesłanym do konsultacji) dotyczących zapewnienia dostępu do różnorodnych form opieki rehabilitacyjnej oraz zwiększenia udziału pacjentów rehabilitowanych po hospitalizacji, zgłoszono propozycję ich usunięcia, jednak nie została ona uwzględniona.

Kolejna uwaga – w zakresie rekomendacji III.24 (w projekcie rozesłanym do konsultacji) – została uwzględniona i polegała na dopisaniu po zwrocie: „W zakresie opieki paliatywnej lub hospicyjnej” następującej treści: „*oraz w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych wykonywanych w ramach opieki długoterminowej*”. Taki sam zapis został konsekwentnie dopisany także w pkt III.25 (w projekcie wysłanym do konsultacji), który ponadto został przeniesiony do zasad ogólnych, ponieważ mówi on o dążeniu Instytucji Zarządzającej do tego, aby pewne inwestycje były realizowane, a tego typu zapisy znajdują się w części dot. zasad ogólnych. Uwaga dot. przeniesienia tej rekomendacji do części ogólnej również została zgłoszona i uwzględniona.

Pani Joanna Banat, przedstawicielka woj. podkarpackiego, spytała w jakiej formie ostatecznie została zapisana rekomendacja III.22 dotycząca rehabilitacji, do której reprezentowana przez nią instytucja zgłosiła uwagę, polegającą na dopisaniu w treści rekomendacji słowa „zabiegów”. Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że uwaga nie została uwzględniona, ponieważ „*dostęp do różnorodnych zabiegów*” jest bardzo trudno mierzalny, gdyż nie ma tych danych w mapach potrzeb zdrowotnych oraz sprawozdawczości w tym zakresie. W praktyce byłoby to bardzo trudne do weryfikacji.

Następnie głos zabrała Pani Magdalena Amrozik, Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej w UM Województwa Łódzkiego. W związku z tym, że nie została uwzględniona uwaga zgłoszona przez woj. łódzkie dot. rekomendacji III.23 o brzmieniu: „*Premiowane będą projekty realizowane przez podmioty, które zobowiążą się do zwiększenia udziału pacjentów rehabilitowanych po hospitalizacji w wyniku realizacji projektu*”, Pani Dyrektor Amrozik zwróciła uwagę, że kompleksowość usług, w tym zapewnienie rehabilitacji będzie uzależnione przede wszystkim od możliwości zakontraktowania usług, a nie od tego, czy dany podmiot zobowiąże się, że będzie mieć więcej pacjentów rehabilitowanych po hospitalizacji.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że tam, gdzie występuje pewna projekcja ze strony beneficjenta, to taki dylemat może się pojawiać. Zwróciła jednak uwagę, iż jest to kryterium o charakterze premiującym, w związku z tym IZ daje możliwość, aby beneficjenci uznali, czy ich zdaniem spełnią ten warunek i wówczas dostaną więcej punktów. Pani Dyrektor podkreśliła, że nie jest to kryterium eliminujące.

Na pytanie przedstawicielki województwa lubelskiego, czy uwzględniono uwagę zgłoszoną do pkt III.25, aby ze względu na ogólny, acz istotny charakter tego punktu (mówiącego o osiągnięciu liczby miejsc opieki paliatywnej i/lub hospicyjnej wskazanych na rok 2020 dla danego województwa), przenieść go do części I - zasad ogólnych, Pani Dyrektor Kister potwierdziła tę zmianę.

Kolejne zmiany zostały wprowadzone w pkt IV.17. Po pierwsze, wyrażenie: „*projekty profilaktyczne*” zamienione zostało na: „*programy profilaktyczne*”, aby posługiwać się odpowiednią terminologią. Po drugie, uwzględnione zostały uwagi, aby nie zawężać premiowania projektów wdrażanych w podmiotach realizujących programy profilaktyczne wyłącznie do sytuacji, gdzie te programy są finansowane z EFS. Taka zmiana jest uzasadniona, gdyż źródło finansowania jest w tym przypadku wtórne. Istotne jest, aby rzeczywiście zachęcać podmioty do realizacji programów profilaktycznych.

Natomiast nie została uwzględniona uwaga do pkt IV.18, która dotyczyła dopisania kolejnych specjalistów, tam gdzie premiowane są projekty zakładające współpracę ze specjalistą w zakresie zdrowia publicznego, w szczególności z psychologiem lub dietetykiem. Pani Dyrektor Kister uzasadniła to wyjaśnieniem, że po pierwsze, w rekomendacji zapisany jest zwrot „w szczególności”, po drugie, jest to bezpośrednio odzwierciedlenie założeń do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, więc zasadnym jest, aby zachować pewną spójność. Pani Dyrektor podkreśliła, że IZ mogą już w kryterium dodać inne specjalności, jeżeli to ma uzasadnienie merytoryczne.

Kolejne uwagi - zgłoszone do pkt IV.19 dotyczącego „*planów działań profilaktycznych*” - nie zostały uwzględnione. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że pojęcie to jest poprawne i występuje w założeniach ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Jest to powiązane z tym, w jaki sposób wygląda opieka koordynowana, czyli pacjenci otrzymują indywidualne plany działań profilaktycznych, dostosowane do ich wieku, schorzeń, problemów zdrowotnych.

Natomiast częściowo uwzględniono uwagę do pkt IV.20, tj. zmieniono sformułowanie: „*otwartą formę leczenia*” na zwrot: „*inną niż stacjonarną formę leczenia*”. Natomiast nie dodano proponowanego jeszcze słowa „*kompleksową*” (proponowany zwrot brzmiał: „*kompleksową i inną niż stacjonarną formę leczenia*”).

Następnie jeden z uczestników posiedzenia zwrócił uwagę na zawarty w pkt IV.17 zwrot: „*programy zdrowotne*”. Przypomniął, że definicja „*programy zdrowotne*” oznacza programy, które zostały zatwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia i są realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, natomiast „*programy polityki zdrowotnej*” mogą być organizowane przez samorządy różnego szczebla. W związku z tym zaproponował, aby w pkt IV.17 zapisać obie definicje.

Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że w ww. rekomendacji nie występuje zwrot: „*programy zdrowotne*”, lecz ogólne sformułowanie: „*programy profilaktyczne*”, zawierające zarówno programy zdrowotne, jak i programy polityki zdrowotnej. Tym samym w niniejszym punkcie uwzględnione są dwa rodzaje programów.

Wobec braku dalszych pytań i uwag w zakresie rekomendacji przeprowadzono głosowanie Uchwały Nr 3/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a – *Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych*

Uchwała została podjęta większością głosów.

Po głosowaniu głos zabrała Pani Joanna Charytonowicz, która – nawiązując do wcześniejszego pytania o stanowisko Komisji Europejskiej w zakresie OCI – wyjaśniła, że stanowisko w tej sprawie nie zostało jej przekazane, czyli ta kwestia nie była wcześniej poruszana z Komisją. W związku z tym, KE nie przygotowała stanowiska do zaprezentowania podczas obecnego spotkania. Dodała, że KE postara się wspólnie z MZ jak najszybciej tę kwestię wyjaśnić i przedstawić stanowisko Komisji.

Zmiana Regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Kolejnym punktem posiedzenia była zmiana Regulaminu Komitetu Sterującego. Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż wprowadzane zmiany są niewielkie - głównie redakcyjne oraz doprecyzowujące kwestie, które budziły wątpliwości w praktyce, a mianowicie dotyczące tego, które zmiany w Planach działań wymagają uzgodnień z Komitetem Sterującym, a które nie. Wprowadzono także formularz służący do zgłaszania zmian, mający na celu usprawnienie tego procesu. Ponadto, na wniosek Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zrezygnowano z ogólnej (pierwszej) oceny Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ) przez AOTMiT, o której mowa w § 7 ust. 7 lit. b i d dotychczasowego Regulaminu. Zmiana została uzasadniona tym, że dokumenty na tym etapie są jeszcze dosyć ogólne, więc w konsekwencji wydawane opinie na ich temat też nie mogą być precyzyjne. Właściwa ocena RPZ, która jest dokonywana przez AOTMiT już po pracach KS, nadal obowiązuje. Pani Dyrektor Kister dodała, iż nie zgłoszono żadnych uwag do propozycji zmian w Regulaminie.

Pan Jacek Partyka, Zastępca Dyrektora Departamentu Koordynacji Programów Operacyjnych w UM Województwa Opolskiego, zaproponował, aby do katalogu zmian, które nie wymagają ponownej uchwały Komitetu Sterującego (§ 4 ust. 7 projektu Regulaminu) dodać kolejny punkt o brzmieniu: „*podział konkursu na dwa nabory w ramach zatwierdzonej wcześniej alokacji*”.

Pani Dyrektor Kister zaproponowała przyjęcie zgłoszonej propozycji, żaden z uczestników posiedzenia nie zgłosił sprzeciwu.

Pan Marcin Marczak, przedstawiciel UM Województwa Małopolskiego, spytał czy w sytuacji, gdy Komitet Monitorujący dokona zmiany np. punktacji z dwa na jeden, czyli nie merytorycznej, lub innej niewymienionej w § 4 ust. 7 projektu Regulaminu, to czy Plan działań będzie musiał być ponownie przyjęty na forum KS.

Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że w § 4 ust. 7 zawarty jest katalog zmian, w przypadku których wiadomo *a priori*, że nie wymagają uzgodnienia na forum KS. Kolejny ustęp zawiera jednak zapis, że w innych przypadkach, jeżeli są wątpliwości co do charakteru zmiany, rozstrzyga Przewodniczący. W sytuacji, gdy Sekretariat KS otrzyma z IZ/IP informację o zmianach, wówczas podjęta zostanie decyzja, czy są to zmiany nieistotne, czy jednak wymagają uzgodnienia na forum KS. Pani Dyrektor zwróciła uwagę, że nie wszystkie sytuacje, kiedy zmiany są niewielkie i nie wymagają uzgodnień w ramach KS, można dokładnie z góry zdefiniować.

Wobec braku dalszych pytań Pani Dyrektor Kister zaproponowała przejście do głosowania uchwał związanych z wprowadzeniem zmian w Regulaminie KS. Na początku głosowaniu poddano Uchwałę Nr 4/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie uchylenia uchwały nr 44/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia regulaminu pracy Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 5/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Uchwała została podjęta większością głosów.

Lista programów/działań/projektów finansowanych w 2017 r. ze środków krajowych oraz środków europejskich (w części 46 – Zdrowie) służąca do analizy komplementarności projektu realizowanego w trybie pozakonkursowym

Kolejne dwa punkty posiedzenia miały charakter informacyjny. Pierwszy dotyczył listy programów działań projektów finansowanych w roku 2017 ze środków krajowych oraz środków europejskich (w części 46 – Zdrowie), służących do analizy komplementarności projektu realizowanego w trybie pozakonkursowym. W ramach tego punktu posiedzenia wystąpili przedstawiciele Departamentu Polityki Zdrowotnej MZ oraz Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji MZ.

Pani Barbara Dąbrowska z Departamentu Polityki Zdrowotnej MZ, przedstawiła prezentację i omówiła w skrócie programy polityki zdrowotnej finansowane z budżetu Ministra Zdrowia. W ramach programów polityki zdrowotnej w 2017 r. Minister Zdrowia finansuje 14 programów. Dwa z nich to programy wieloletnie: Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych oraz Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, realizowane na podstawie uchwał Rady Ministrów, podjętych odpowiednio w 2015 r. i 2010 r. Pozostałe 12 programów jest finansowanych i realizowanych na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Są to następujące programy:

- 1) Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce;
- 2) Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012-2018;
- 3) Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2015-2020;
- 4) Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo – naczyniowego POLKARD;
- 5) Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020;
- 6) Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015-2018;
- 7) Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017;

- 8) Narodowy program ochrony antybiotyków w Polsce na lata 2016-2020;
- 9) Krajowy Program Zmniejszania Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc Poprzez Tworzenie sal Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej (sNWM) na lata 2016-2018;
- 10) Program Wsparcia AmbulATORYJNEGO Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018;
- 11) Program Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020;
- 12) Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020.

Na 2017 r. na realizację programów zaplanowano kwotę 830 mln zł. Zadania realizowane w programach mają różny charakter, są to zadania promocyjne, profilaktyczne, inwestycyjne, ukierunkowane na zakup sprzętu specjalistycznego, prace remontowo-budowlane, zadania edukacyjno-szkoleniowe. W programach finansowane są również świadczenia specjalistyczne, a także zakup leków i testów diagnostycznych.

Bardziej szczegółowe informacje dot. powyższych programów znajdują się w prezentacji, która została udostępniona przez MZ w Bazie Wiedzy o Funduszach Europejskich.

W dalszej kolejności Pan Jerzy Bójko, Zastępca Dyrektora Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji MZ, przedstawił prezentację oraz omówił wydatki majątkowe w części 46 – Zdrowie w 2017 r.

Ustawa budżetowa na 2017 r. określiła wysokość środków przewidzianych do sfinansowania w tym zakresie na kwotę 496,6 mln zł, w tym 489,6 mln zł na inwestycje budowlane i 7 mln zł na zakupy.

Z kwoty 489 mln zł przeznaczonej na inwestycje budowlane na utrzymanie Ministerstwa Zdrowia zaplanowano 450 tys. zł.

Na szkolnictwo wyższe zaplanowano 30 mln zł na 3 projekty.

Na ochronę zdrowia zaplanowano 459 mln zł. Z tej kwoty 448 mln zł przeznaczone jest na szpitale kliniczne, w tym 366 mln zł na zabezpieczenie 5 inwestycji w ramach programów wieloletnich, określonych uchwałami Rady Ministrów.

Na realizację przez szpitale kliniczne innych inwestycji (w 2017 r. jest ich 6) zaplanowano kwotę 53,2 mln zł.

Na 2017 r. zaplanowano również wydatki na dwie inwestycje prowadzone przez instytuty: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Narodowy Instytut Geriatrii Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher.

Ponadto zaplanowano także inwestycję w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie.

Bardziej szczegółowe informacje dotyczące powyższych inwestycji znajdują się w prezentacji, która została udostępniona w Bazie Wiedzy o Funduszach Europejskich.

Informacja o zakontraktowanych świadczeniach zdrowotnych przez NFZ na rok 2017 służąca zapewnieniu skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE

Kolejny punkt posiedzenia dotyczył informacji o zakontraktowanych przez NFZ świadczeniach

zdrowotnych, które zostały przedstawione w formie prezentacji i omówione przez Pana Dariusza Dziełaka, Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pan Dyrektor zwrócił uwagę, iż w odróżnieniu od lat ubiegłych większość umów zawieranych przez oddziały wojewódzkie NFZ w tym roku wygasa wcześniej niż przed końcem roku. W związku z tym dane, które znajdują się w zestawieniach, dotyczą najczęściej pierwszej połowy roku. Plik - w formie tabeli przestawnej - zawiera informacje dotyczące wartości zakontraktowanych świadczeń, liczby świadczeniodawców i liczby zawartych umów w podziale na rodzaj i zakres świadczeń dla każdego oddziału wojewódzkiego oraz powiatu.

Pan Dyrektor Dziełak zaznaczył, że w przypadku opieki podstawowej, w szczególności tej, która jest finansowana na podstawie stawki kapitałowej, umowy nie zawierają określonej kwoty maksymalnej, w związku z tym tylko dane ilościowe są tam dostępne. Istnieje również problem z danymi ilościowymi dotyczącymi umów na zaopatrzenie ortopedyczne – w tym przypadku także nie ma określonej kwoty. Zwrócił również uwagę, iż dane mogą się w niektórych aspektach multiplikować, np. jeden świadczeniodawca może mieć kilka, czasem nawet kilkanaście umów o różnym okresie obowiązywania.

Pan Dyrektor Dziełak zachęcał także do korzystania ze strony internetowej NFZ (BIP). Znajduje się na niej informator o zawartych umowach, który jest aktualizowany maksymalnie co dwa tygodnie, w związku z tym jest tam prawdopodobnie najbardziej aktualna informacja na temat zawartych umów. Można tam znaleźć wartość, liczbę jednostek rozliczeniowych, szczegółowe dane dotyczące nie tylko poszczególnych umów, ale także łączną kwotę zobowiązania wobec konkretnego świadczeniodawcy, czyli kwotę sumaryczną dla wszystkich umów przez niego zawartych.

Następnie głos zabrała Pani Barbara Daniel, Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej w UM Województwa Śląskiego, która - nawiązując do wystąpienia Pana Dyrektora Bójko – zwróciła uwagę na problem, który występuje m.in. na Śląsku. Istnieje tam wiele szpitali wojewódzkich, które mają oddziały kliniczne, a jeden ze szpitali wojewódzkich posiada wyłącznie oddziały kliniczne. Szpitale te w chwili obecnej nie mogą uzyskać wsparcia ministerialnego, mimo, iż prowadzą działalność dydaktyczną i naukową. Stąd też prośba do MZ o zastanowienie się, czy nie można byłoby stworzyć możliwości wsparcia finansowego tych jednostek przez MZ.

Pan Dyrektor Bójko odpowiedział, iż MZ dostrzega problem niedofinansowania klinik na bazie obcej, jednak w obecnym systemie prawnym, MZ nie ma prawa ich finansowego wsparcia. Ponadto Pan Dyrektor zwrócił uwagę na aspekt finansowy i przypomniał, że na ponad 50 podmiotów, które są finansowane przez MZ (szpitale kliniczne i instytuty) przypada niewielka kwota ok. 50 mln zł rocznie, które są przeznaczone na inwestycje.

Następnie przystąpiono do głosowania uchwał przyjmujących omówione informacje. Jako pierwsza głosowaniu poddana została Uchwała Nr 6/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Listy programów/ działań/ projektów finansowanych w 2017 r. ze środków krajowych oraz środków europejskich (w części 46 – Zdrowie) służącej do analizy komplementarności projektu realizowanego w trybie pozakonkursowym.*

Uchwała została podjęta większością głosów.

W dalszej kolejności przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 7/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Informacji o zakontraktowanych świadczeniach zdrowotnych przez NFZ na rok 2017 służącej zapewnieniu skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE.*

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020

Jako pierwszy, zgodnie ze zmienioną agendą, procedowany był Plan działań woj. kujawsko-pomorskiego, który obejmuje:

- 1) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 9a (nr RPOWKP.6.P.1) - Poprawa warunków funkcjonowania Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. L. Rydygiera w Toruniu poprzez przebudowę, budowę i doposażenie; alokacja: 224,6 mln zł. Departament Analiz i Strategii MZ wydał negatywną opinię z uwagi na nieuzasadnione - w kontekście danych pochodzących z map potrzeb zdrowotnych - zwiększenie liczby łóżek na oddziałach: chirurgicznym i położnictwa. Ze względu na brak OCI, treść uchwały zawiera zobowiązanie do przedłożenia opinii po jej uzyskaniu. W uchwale zapisane jest również zobowiązanie do dostosowania zapisów Planu działań do zmienionych rekomendacji. Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż w treści uchwały udostępnionej członkom KS przed posiedzeniem naniesione zostały autopoprawki MZ. Jedna zmiana polega na wprowadzeniu zapisu ogólnego dotyczącego dostosowania do zmienionych rekomendacji (w tej części, która tego wymaga) zamiast wskazania w zakresie jakich konkretnie kryteriów ma nastąpić dostosowanie. Kolejna autopoprawka jest techniczna i polega na dopisaniu na końcu § 1 ust. 1 po zwrocie: „z zastrzeżeniem ust. 2” zwrotu: „i 3”. Pani Dyrektor wyraziła także zastrzeżenia do zmiany na poziomie kryteriów w stosunku do rekomendacji – w chwili obecnej jest odniesienie do nowotworów zamiast do danej grupy narządowej, co znacząco zmienia sens kryterium i powoduje niezgodność w stosunku do rekomendacji.
- 2) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 2c (nr RPOWKP.2.P.1) - Budowa i rozwój regionalnego systemu dostępności i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej w województwie kujawsko-pomorskim; alokacja: 102,0 mln zł. Do tego projektu nie zgłoszono uwag. Pani Dyrektor poinformowała, że ta interwencja była już zaakceptowana przez Komitet Sterujący na VII posiedzeniu, przy czym miała ona wtedy formułę konkursu, a obecnie projekt jest przekształcany w pozakonkursowy. Kwota alokacji była niższa (65 mln zł) niż obecnie (102 mln zł).

Następnie Pani Dyrektor Kister poprosiła przedstawicieli IZ o komentarz do przedstawionych przez nią uwag do projektu wymienionego w pkt 1, tj. dotyczących zwiększenia liczby łóżek na wspomnianych dwóch oddziałach oraz kryterium dotyczącego nowotworów.

Na początku głos zabrał Pan Zbigniew Ostrowski, Wicemarszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego, który poinformował, że w dniu poprzedzającym posiedzenie, IZ wysłała do Ministerstwa Zdrowia swoje

stanowisko dot. uwag zgłoszonych do przedmiotowego projektu. Z większością uwag IZ zgadza się i je uwzględni, natomiast w kwestii liczby łóżek na oddziałach chirurgii i ginekologii, stanowisko IZ różni się od stanowiska MZ. O szczegółowy komentarz w tej sprawie poprosił Pana Marka Jackowskiego, Kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. L. Rydygiera w Toruniu.

Pan Marek Jackowski poinformował między innymi, że obecnie Klinika posiada kontrakt z zakresu chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej i urologii. Planowane jest stworzenie zupełnie nowych oddziałów chirurgii naczyniowej i chirurgii onkologicznej, których brak jest obecnie odczuwany. Pan Kierownik Jackowski podkreślił, że Klinika zabezpiecza całą wschodnią część województwa kujawsko-pomorskiego jeśli chodzi o chirurgię naczyniową, a rocznie wykonuje się w niej ok. 340 operacji chirurgii naczyniowej. W Klinice wykonywana jest także bardzo duża liczba operacji chirurgii onkologicznej – w zeszłym roku było to 595 operacji. Ogółem Klinika wykonuje 2 650 operacji rocznie i ta ilość cały czas rośnie. W związku z powyższym, z obecnej liczby 60 łóżek chirurgii ogólnej w nowej lokalizacji planowane jest 40 łóżek dla chirurgii ogólnej, 20 dla chirurgii naczyniowej i 17 dla chirurgii onkologicznej. Dodał, że od 14 lat przygotowywany jest właśnie taki model. Natomiast jeśli chodzi o oddział położniczo-ginekologiczny, Pan Marek Jackowski poinformował, że szpital wycofał się ze zwiększenia liczby łóżek i pozostaje przy stanie obecnym, tj. 127 łóżek.

Pan Dyrektor Adamski, odnosząc się do wypowiedzi swojego przedmówcy w kwestii liczby łóżek w Klinice, podtrzymał dotychczasowe stanowisko DAS MZ o konieczności zmniejszenia liczby dostępnych łóżek, a nie ich zwiększenia.

Pani Dyrektor Kister podsumowała wypowiedzi swoich przedmówców stwierdzeniem, że występują dwa inne spojrzenia na sprawę. Poprosiła także przedstawicieli IZ o komentarz w kwestii kryterium, tj. czy będą dokonywane zmiany w tym zakresie. Pani Dyrektor Małgorzata Wiśniewska potwierdziła, że IZ przywróci pierwotne brzmienie kryterium, tak jak brzmiało ono w rekomendacjach, tj. będzie odnosić się do danej grupy narządowej, a nie ogólnie do nowotworów.

Wobec braku dalszych głosów nt. przedmiotowego Planu działań Pani Dyrektor Kister zaproponowała przejście do głosowania Uchwały Nr 10/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020

Pani Małgorzata Iwanicka-Michałowicz, Naczelnik Wydziału Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w DFZ MZ, przedstawiła Plan działań w ramach PO IiŚ, który zawiera:

- 1) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 9a (nr POIiŚ.9.P.67) - Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) - etap 1; całkowita alokacja: 22,1 mln zł, w tym 18,5

mln zł dofinansowania z UE. W ramach projektu planowana jest budowa, przebudowa, zakup wyposażenia pięciu baz. Projekt planowany jest do realizacji od marca 2018 r. do czerwca 2019 r.

- 2) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 9a (nr POLiŚ.9.P.68) - Przebudowa Izby Przyjęć i dostosowanie do SOR wraz z budową lądowiska w Szpitalu Powiatowym w Zambrowie; całkowita alokacja: 4,66 mln zł, w tym 3,66 mln zł dofinansowania z UE. Projekt realizowany będzie od września 2017 r. do grudnia 2018 r. Pani Naczelnik zwróciła uwagę, że Szpital Powiatowy w Zambrowie ma planowany do realizacji projekt dotyczący budowy lądowiska, który został zaakceptowany uchwałą KS podczas VII posiedzenia w czerwcu 2016 r. i został wpisany do Wykazu Projektów Zidentyfikowanych (WPZ). Obecny projekt stanowi rozszerzenie poprzednio uzgodnionego projektu lądowiskowego, bo obejmuje zarówno część, która dotyczy szpitalnego oddziału ratunkowego, jak i lądowisko. W przypadku zaakceptowania przez Komitet Sterujący, a następnie wpisania do WPZ obecnie procedowanego projektu, poprzedni zostanie wykreślony z WPZ i podmiot będzie realizować jeden kompleksowy projekt.

Pani Dyrektor Kister wskazała, że wyjaśnienia Pani Naczelnik w zakresie projektu wymienionego w pkt 2 są odzwierciedlone w treści uchwały, tj. uchwała wchodzi w życie w części dot. tego projektu z chwilą wpisania nowego projektu do WPZ przez Ministra Rozwoju i Finansów.

W związku z brakiem pytań dot. przedmiotowego Planu działań, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 8/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020*

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020

Na wstępie omawiania Planu działań woj. dolnośląskiego Pani Dyrektor Kister poinformowała, że w stosunku do wcześniejszego dokumentu nastąpiła autopoprawka ze strony IZ, polegająca na rezygnacji z konkursu dotyczącego badań przesiewowych w ramach PI 9iv i tym samym procedowany Plan działań jest ograniczony do dwóch konkursów:

- 1) w ramach PI 2c (nr RPO WD.2.K.3) - E-usługi i otwarte zasoby publiczne - ZIT Wrocław, alokacja: 21 mln zł.
- 2) w ramach PI 2c (nr RPO WD.2.K.4) - E-usługi i otwarte zasoby publiczne – ZIT Aglomeracji Jeleniogórskiej, alokacja: 9,3 mln zł.

W przypadku ww. konkursów zdrowie jest jednym z obszarów, w których projekty mogą być realizowane. Dlatego też nie ma wyodrębnionej alokacji w zakresie zdrowia, nie ma także specyficznych wskaźników czy kryteriów. Jednak MZ uzgodniło roboczo z IZ, że zgodnie z tym, co mówią rekomendacje, IZ będzie starała się wprowadzić kryteria zapewniające zgodność projektów z rekomendacjami Komitetu Sterującego dla PI 2c.

Wobec braku głosów dot. procedowanego Planu działań przystąpiono do głosowania Uchwały

Nr 9/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego*

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

Kolejnym procedowanym dokumentem był Plan działań woj. lubelskiego, obejmujący następujące działania:

- 1) Konkurs w ramach PI 2c (nr RPO WLU.2.K.1) - Projekty dot. rozwoju elektronicznej administracji w sektorze e-zdrowia oraz Projekty dot. rozwoju elektronicznych usług publicznych; alokacja: 25,5 mln zł. Do konkursu nie zgłoszono uwag.
- 2) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WLU.11.K.1) w formule RPZ - Program profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV-VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2017 – 2020; alokacja: 1,7 mln zł. Nie zgłoszono uwag do konkursu.
- 3) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WLU.11.K.2) poza RPZ - Wsparcie usług ochrony zdrowia psychicznego; alokacja: 14,7 mln zł.

W przypadku przedmiotowego konkursu, podczas posiedzenia Pani Anna Brzyska, przedstawicielka UM Województwa Lubelskiego, zgłosiła autopoprawkę polegającą na wycofaniu konkursu z procedowania podczas bieżącego posiedzenia KS. Przedstawicielka woj. lubelskiego wyjaśniła, że metodologia i merytoryka konkursu została przygotowana z zastosowaniem modeli wypracowanych w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Jednakże ze względu na to w piśmie z 10 marca br. MR nie wyraziło zgody na wykorzystanie modeli opracowanych w ramach PO WER, IZ postanowiła wycofać niniejszy konkurs z bieżącego posiedzenia. Pani Anna Brzyska dodała, że niniejszy konkurs zostanie oparty na wypracowanym własnym modelu regionalnym.

- 4) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WLU.13.K.1) - Wsparcie regionalnych podmiotów POZ i AOS; alokacja: 24,2 mln zł.

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że w treści uchwały zawarte jest zobowiązanie do dostosowania Planu działań do zaktualizowanych podczas bieżącego posiedzenia rekomendacji. Przypomniała również o konieczności ograniczenia konkursu do 15 już zmapowanych obszarów i dokonaniu odpowiedniej korekty w kryteriach.

Pani Anna Brzyska zgłosiła dodatkowo dwie autopoprawki: do kryterium nr 2 konkursu RPO WLU.13.K.1 oraz kryterium nr 3 w projekcie pozakonkursowym RPO WLU.13.P.1. w opisie zgodności dodano zwrot „nie dotyczy”, aby było oczywiste, że OCI w kontekście świadczenia opieki długoterminowej, rehabilitacyjnej etc., nie jest wymagane.

Pani Dyrektor Kister potwierdziła przyjęcie przedstawionych autopoprawek.

- 5) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 9a (nr RPO WLU.13.P.1) - Poprawa stanu i jakości życia dzieci i młodzieży województwa lubelskiego poprzez oddziaływanie na czynniki kształtujące zdrowie, zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie (do dnia 15.09.2014 r. Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie) oraz podnoszenie jakości i efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia; alokacja: 38,3 mln zł. Do projektu nie zgłoszono uwag. Z dokumentacji wynika, że nie nastąpi zwiększenie liczby łóżek szpitalnych. Dla projektu została wydana przez Ministra Zdrowia pozytywna OCI.

Nawiązując do wypowiedzi przedstawicielki woj. lubelskiego o braku możliwości zastosowania modeli wypracowanych w ramach PO WER, Pani Joanna Charytonowicz poprosiła o przedstawienie szczegółów przez przedstawiciela MR. Ponieważ okazało się, że przedstawiciel departamentu w MR, który pełni rolę IZ PO WER, jest nieobecny, Pani Anna Brzyska zaoferowała przekazanie przedstawicielce KE wspomnianego pisma.

Następnie odbyło się głosowanie Uchwały Nr 11/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskie na lata 2014-2020

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan działań woj. lubuskiego dotyczy jednego projektu pozakonkursowego w ramach PI 9a (nr RPO WLB.9.P.3) - Lubuskie Młode i Zdrowe: Modernizacja poprzez rozbudowę bloku operacyjnego Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Nowej Soli; alokacja: 23 mln zł. Projekt posiada pozytywną OCI. Nie zgłoszono do niego żadnych uwag.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 12/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego*

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Kolejnym procedowanym dokumentem był Plan działań woj. mazowieckiego, który obejmuje:

- 1) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPOWMZ.6.K.2) - Konkurs na inwestycje w ramach RIT w zakresie trendów epidemiologicznych i demograficznych wynikających z Policy Paper; alokacja: 56,5 mln zł. Nie zgłoszono żadnych uwag. W treści uchwały znajduje się zapis dot. zobowiązania do dostosowania Planu działań do zmienionych rekomendacji.
- 2) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPOWMZ.6.K.3) - Konkurs dla POZ/ AOS; alokacja: 42,3 mln zł. Również

w przypadku tego konkursu, w treści uchwały znajduje się zapis dot. zobowiązania do dostosowania Planu działań do zmienionych rekomendacji. Pani Dyrektor Kister wspomniała o konieczności ograniczenia konkursu do 15 zmapowanych już zakresów.

- 3) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 9a (nr RPOWMZ.6.P.1) - Poprawa funkcjonowania i efektywności kosztowej leczenia psychiatrycznego w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim Drewnica; alokacja: 137,1 mln zł.

W przypadku tego projektu w treści uchwały znajdują się zapisy dot. zobowiązania do dostosowania Planu działań do zmienionych rekomendacji oraz do przekazania OCI po jej wydaniu. W projekcie nie zakłada się zwiększenia liczby łóżek. Departament Analiz i Strategii MZ zgłosił uwagę o braku otwartych form leczenia, ale w toku uzgodnień IZ zmodyfikowała dokumentację i ww. formy zostały dopisane. Jednocześnie dopisano zapis o potrzebie zwiększenia kontraktu z NFZ w przyszłości, ale NFZ nie zgłosił w tym zakresie uwag.

Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że projekt był dokładnie analizowany ze względu na fakt, że dominują w nim zamknięte formy opieki i przez to - w opinii MZ - nie wpisuje się w rekomendacje dot. dążenia do deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej.

Przedstawicielka KE, Pani Joanna Charytonowicz, poparła głos Pani Dyrektor i zwróciła uwagę, że zdaniem KE w pierwszej kolejności powinny być wspierane formy otwarte, jeśli chodzi o opiekę psychiatryczną. Przypomniała, że zgodnie z zapisami Umowy Partnerstwa, zarówno usługi społeczne, jak i zdrowotne powinny być wspierane zgodnie z założeniami europejskich zasad przejścia z opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej, ten wymóg jest niepodważalny.

Następnie głos zabrała Pani Elżbieta Lanc, Członek Zarządu Województwa Mazowieckiego, która potwierdziła, że IZ o tym pamięta i w ramach projektu będzie realizowane takie wsparcie środowiskowe. Planowane jest utworzenie poradni środowiskowych, które będą obsługiwać cały powiat wołomiński.

Następnie Pani Kinga Kowalewska, przedstawicielka UM Województwa Mazowieckiego, zgłosiła autopoprawkę do Planu działań w zakresie projektu pozakonkursowego, polegającą na usunięciu trzech ostatnich kryteriów premiujących w zestawie kryteriów zaproponowanych przez IZ.

Autopoprawka została zaakceptowana przez Panią Dyrektor Kister, a następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 13/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

Kolejny Plan działań – dla woj. podkarpackiego – zawiera jeden projekt pozakonkursowy w ramach PI 9a (nr RPO WPK.6.P.6) - Profilaktyka, diagnostyka i kompleksowe leczenie chorób układu oddechowego

z chirurgicznym i chemicznym leczeniem nowotworów klatki piersiowej na oddziałach klinicznych oraz rehabilitacją - Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie; alokacja: 24,0 mln zł. Pani Dyrektor Kister poinformowała, że projekt był już przyjęty na XI posiedzeniu KS, ale ponieważ zostały w nim wprowadzone modyfikacje, ponownie jest przedstawiony do przyjęcia przez KS. Projekt jest częścią przedsięwzięcia, które jest wpisane do kontraktu terytorialnego i posiada pozytywną OCl. MZ nie zgłosiło uwag do projektu. Pani Dyrektor zwróciła uwagę, że w fiszce wskazano na potrzeby zwiększenia kontraktu ze strony płatnika, ale NFZ nie zgłosił żadnych uwag w tym zakresie.

Ponieważ nikt nie zabrał głosu w sprawie przedmiotowego Planu, Pani Dyrektor zaproponowała przejście do głosowania Uchwały Nr 14/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

Plan działań woj. podlaskiego obejmuje następujące działania:

- 1) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WPD.2.K.1) w formule RPZ - Realizacja Regionalnych Programów Zdrowotnych w zakresie chorób odkleszczowych, zaburzeń nerwicowych, rehabilitacji osób dotkniętych chorobą onkologiczną, wzmocnienia potencjału zdrowia osób pracujących; alokacja: 30,75 mln zł. IZ zdecydowała o połączeniu już wcześniej uzgodnionych na V posiedzeniu KS czterech konkursów, wstępnie planowanych na 2016 r. Obecnie są one połączone w jeden duży konkurs, przeniesiony na 2017 r. ze względu na fakt, że prace nad RPZ trwały dłużej niż to pierwotnie zakładano. Do projektu nie zgłoszono żadnych uwag.
- 2) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WPD.2.K.6) - Wsparcie realizacji krajowych programów profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu szyjki macicy, piersi i jelita grubego; alokacja: 10,5 mln zł. Jest to nowy konkurs. Nie zgłoszono do niego uwag.
- 3) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WPD.7.K.1) w formule RPZ - Wdrażanie programów polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych dzieci obejmujących usługi edukacyjne, lecznicze i rehabilitacyjne skierowane do rodzin z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami; alokacja: 2,1 mln zł. Ten konkurs również był uzgodniony na forum KS i pierwotnie planowany był na 2016 r. W przypadku obecnie procedowanego konkursu zwiększono alokację wraz z adekwatnymi wskaźnikami.
- 4) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WPD.8.K.1) - Inwestycje uzupełniające interwencję EFS w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia chorób cywilizacyjnych oraz ograniczających aktywność zawodową; alokacja: 15 mln zł. Kolejny konkurs, który był już uzgodniony na forum KS i planowany był na 2016 r. jednak został przeniesiony na 2017 r. ze względu na to, że jest komplementarny w stosunku do konkursów EFS i w związku z tym konsekwentnie może zostać ogłoszony dopiero w tym roku. Zmieniono także opis dla kryterium numer 4 dotyczącego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych w zakresie objętym wsparciem. Pani Dyrektor Kister podkreśliła także, że konkurs ten przeznaczony jest dla POZ i AOS i w związku z tym istnieje ograniczenie do zmapowanych na dzień dzisiejszy dziedzin. Ponadto w treści uchwały jest zobowiązanie do dostosowania Planu działań do rekomendacji, które zostały przyjęte na bieżącym posiedzeniu.

Po omówieniu Planu przez Panią Dyrektor Kister przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 15/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Pani Dyrektor Kister omówiła Plan działań woj. śląskiego, który obejmuje dwa konkursy:

- 1) w ramach PI 8vi (nr RPOWSL.8.K.4) - Wczesne wykrywanie nowotworów: jelita grubego, piersi, szyjki macicy; alokacja: 23,5 mln zł. Konkurs ten był już przyjęty na XI posiedzeniu KS, natomiast obecnie zmniejszono alokację wraz z adekwatnymi wskaźnikami.
- 2) w ramach PI 9iv (nr RPOWSL.9.K.8) - Deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych; alokacja: 16,5 mln zł.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 16/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Plan działań woj. świętokrzyskiego obejmuje 6 następujących inwestycji:

- 1) Konkurs w ramach PI 2c (nr RPO WSW.7.K.7) - Wdrożenie oraz wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej, udostępnianie usług publicznych on-line; alokacja: 59,4 mln zł.
- 2) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.7) w formule RPZ - Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc u pacjentów onkologicznych z najczęstszymi nowotworami litymi i hematologicznymi; alokacja: 1,5 mln zł. Przedstawiciele UM Woj. Świętokrzyskiego potwierdzili podczas posiedzenia zgłoszenie autopoprawki dotyczącej zmiany terminu ogłoszenia konkursu z II na III kwartał 2017 r.
- 3) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.8) w formule RPZ - Wczesna diagnostyka gruźlicy u mieszkańców województwa świętokrzyskiego z grup szczególnego ryzyka; alokacja: 2,75 mln zł.
- 4) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.9) w formule RPZ - Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna w ramach profilaktyki wtórnej u mieszkańców woj. świętokrzyskiego w wieku

aktywności zawodowej po ostrych zespołach wieńcowych; alokacja: 6,6 mln zł.

- 5) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.10) w formule RPZ - Kompleksowa rehabilitacja pulmonologiczna w ramach profilaktyki wtórnej u osób w wieku aktywności zawodowej cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD); alokacja: 980 tys. zł.
- 6) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.11) w formule RPZ - Program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 u mieszkańców województwa świętokrzyskiego; alokacja: 5,0 mln zł.

Wszystkie fiszki RPZ były opiniowane przez MZ w 2016 r. i otrzymały opinię pozytywną warunkową. Do konkursów nie zgłoszono żadnych uwag.

Po omówieniu przedmiotowego Planu przez Panią Dyrektor Kister przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 17/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego*

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

Plan działań woj. warmińsko-mazurskiego obejmuje 6 inwestycji:

- 1) Konkurs w ramach PI 2c (nr RPO WiM.3.K.2) - E-zdrowie; alokacja: 29,4 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 2) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WiM.10.K.4) w formule RPZ - Realizacja programów zdrowotnych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu w zakresie zakaźnych chorób odkleszczowych (borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu), w tym działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne; alokacja: 1,25 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 3) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WiM.10.K.5) w formule RPZ - Opracowanie i/lub wdrożenie programów zdrowotnych z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej; alokacja: 3,6 mln zł. Do tego konkursu uwagi zgłosił NFZ.
- 4) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WiM.11.K.1) w formule RPZ - Wdrożenie profilaktyki raka szyjki macicy (w zakresie szczepienia dziewcząt w wieku ok. 11/14 lat celem uzupełnianie interwencji krajowej) - ZIT Olsztyn; alokacja: 1,25 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 5) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WiM.11.K.2) w formule RPZ - Wdrożenie profilaktyki raka szyjki macicy (w zakresie szczepienia dziewcząt w wieku ok. 11/14 lat celem uzupełnianie interwencji krajowej); alokacja: 1,25 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 6) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WiM.11.K.3) w formule RPZ - Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania (wraz z sanacją) wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych; alokacja: 8,45 mln zł. Do tego konkursu uwagi zgłosił NFZ.

Po omówieniu przedmiotowego Planu Pani Dyrektor Kister poprosiła, aby najpierw przedstawiciel NFZ omówił zgłoszone uwagi, a następnie IZ się do nich odniosła.

Pan Dyrektor Dariusz Dziełak powiedział, że podstawowa uwaga dotyczy wysokiego – zdaniem NFZ – kosztu jednostkowego rehabilitacji dla jednej osoby (4 tys. zł). Wyjaśnienia IZ w tym zakresie nie są satysfakcjonujące, dlatego NFZ podtrzymuje swoją negatywną opinię. Ponadto NFZ zgłosił uwagę, że część programów nakłada się na zakres świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. NFZ obawia się, czy będzie w stanie odróżnić, które ze świadczeń są realizowane w ramach programu, a które w ramach kontraktu z NFZ. W przypadku konkursu dot. wczesnego wykrywania wad rozwojowych, NFZ zgłosił pierwotnie uwagę, że program w całości pokrywa się z programem „Za życiem”, jednak przyjmuje wyjaśnienia IZ, że ten program dopiero rusza i nie jest dostępny w całym województwie.

W dalszej kolejności głos zabrał Pan Ryszard Wasiński, Dyrektor Departamentu Zdrowia w UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego, który wyraził stanowisko IZ podtrzymujące wspomniany koszt jednostkowy, argumentując, że wynika on z uwarunkowań rynkowych i nie można ich porównywać do kosztów NFZ. Na jego prośbę bardziej szczegółowych wyjaśnień w tej kwestii udzielił Pan Łukasz Popławski. Potwierdził on, że koszty zostały wyliczone na podstawie analiz wolnorynkowych - takie koszty oferują usługodawcy, niekoniecznie wykonujący świadczenia w ramach NFZ. Dodał, że IZ zmieniła zapisy w kryteriach, dopuszczające pierwotnie jako wnioskodawcę tylko podmioty lecznicze wykonujące świadczenia w ramach umowy z płatnikiem, zwiększając zakres podmiotów do wszystkich, które mają uprawnienia do realizacji świadczeń w zakresie wskazanym w programie. IZ planuje oferowanie w projekcie kosztów rynkowych, aby każdy mógł efektywnie wykonywać swoje usługi. Pan Łukasz Popławski podkreślił, że w przypadku wystąpienia oszczędności zostaną one wykorzystane na zwiększenie grupy docelowej. Dodał, że IZ zobowiąże beneficjentów, którzy mają kontrakt z płatnikiem, do wykazania mechanizmów, które zabezpieczą, że świadczenia nie będą podwójnie finansowane.

Po przedstawieniu wyjaśnień przez przedstawicieli woj. warmińsko-mazurskiego, Pan Dyrektor Dziełak podtrzymał opinię NFZ, a Pani Dyrektor Kister wyraziła stanowisko MZ przychylające się do stanowiska NFZ.

Następnie głos w dyskusji – w kontekście konkursu wycofanego z procedowanego podczas bieżącego posiedzenia Planu działań - zabrał Pan Jarosław Maroszek, Dyrektor Departamentu Zdrowia i Promocji Województwa w UM Województwa Dolnośląskiego. Zauważył, że uwagi zgłoszone przez NFZ dotyczyły tego, że świadczenia oferowane w programie są świadczeniami gwarantowanymi. Pan Dyrektor Maroszek zwrócił jednak uwagę na długi okres oczekiwania na wiele świadczeń, a także na limity, które wiążą świadczeniodawców, powodując, że nie można w pełni realizować ww. świadczeń. Zaaapelował do NFZ, aby przy opiniowaniu Planów działań brane były pod uwagę powyższe kwestie.

Pan Dyrektor Dziełak odnosząc się do wypowiedzi swojego przedmówcy, powiedział, że program dotyczył w większości zakresu, który znajduje się w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie trudno mówić o długich kolejkach. W odpowiedzi Pan Dyrektor Maroszek zwrócił uwagę na problem późnego wykrywania wad rozwojowych oraz podkreślił, że planowany przez UM Woj. Dolnośląskiego program był odpowiedzią na rzeczywisty problem.

Następnie przeprowadzono głosowanie nad podjęciem Uchwały Nr 18/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu*

działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020

Plan działań woj. wielkopolskiego obejmuje dwa konkursy:

- 1) w ramach PI 8vi (nr RPO WWL.6.K.7) w formule RPZ - Program prewencji niewydolności serca u pacjentów onkologicznych; alokacja: 2,5 mln zł.
- 2) w ramach PI 8vi (nr RPO WWL.6.K.8) w formule RPZ - Zdrowa aorta; alokacja: 11 mln zł.

Do konkursów nie zgłoszono żadnych uwag. Nie było również żadnych głosów od uczestników posiedzenia, w związku z tym przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 19/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020

Plan działań woj. zachodniopomorskiego obejmuje jeden projekt pozakonkursowy w ramach PI 9a (nr RPO WZ.9.P.9) - Rozbudowa wraz z przebudową budynku szpitala SPZZOZ w Gryficach dla bloku operacyjnego, oddziałów zabiegowych, ortopedyczno-urazowego i chirurgicznego, apteki centralnej, sterylizatorni wraz z wyposażeniem; alokacja: 35,0 mln zł. Projekt uzyskał pozytywną OCl. Z dokumentacji wynika, że nie przewiduje się zwiększenia liczby łóżek. Do projektu nie zgłoszono żadnych uwag.

Po omówieniu Planu przez Panią Dyrektor Kister przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 20/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Sprawy różne

Pani Dyrektor Kister poprosiła, aby w terminie 14 dni roboczych przekazać do Sekretariatu Komitetu Sterującego Plany działań uwzględniające zgłoszone podczas posiedzenia autopoprawki oraz wypełniające warunek dostosowania ich do zmienionych rekomendacji dla PI 9a. Ponadto poinformowała, że kolejne posiedzenie KS wstępnie zaplanowane jest na początek czerwca.

Następnie Pani Małgorzata Szczudłowska, przedstawicielka UM Województwa Świętokrzyskiego, poprosiła o jak najszybsze rozesłanie projektu uchwały ws. rekomendacji dla PI 9a, uwzględniającego przyjęte podczas posiedzenia zmiany, Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że dokument zostanie rozesłany najpóźniej w dniu następnym po posiedzeniu.

Na zakończenie spotkania Pani Joanna Charytonowicz poinformowała, że 22 lutego br. zostało opublikowane przez Komisję Europejską *Sprawozdanie krajowe - Polska 2017*. W sprawozdaniu znajduje się m.in. informacja na temat kwestii opieki zdrowotnej w Polsce. Przedstawicielka KE pokrótce przytoczyła informacje zawarte w publikacji oraz zachęciła do zapoznania się z całością raportu.

Spotkanie zakończyła Pani Dyrektor Kister dziękując za przybycie na posiedzenie oraz za aktywne zaangażowanie podczas spotkania.

4.	Uchwały poddane pod głosowanie oraz wyniki głosowania:
----	--

Głosowania odbywały się przy pomocy elektronicznego systemu do głosowania. W trakcie posiedzenia Komitetu Sterującego zmieniała się liczba osób obecnych na sali, jednak kworum wymagane do zatwierdzania uchwał było zapewnione podczas całego posiedzenia.

Uchwała Nr 2/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Sprawozdania z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2016 r.*

Wyniki głosowania:

- 26 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 3/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a – *Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych.*

Wyniki głosowania:

- 29 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 3 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 4/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie uchylenia uchwały nr 44/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia regulaminu

pracy Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Wyniki głosowania:

- 33 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 5/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Wyniki głosowania:

- 29 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 6/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Listy programów/ działań/ projektów finansowanych w 2017 r. ze środków krajowych oraz środków europejskich (w części 46 – Zdrowie) służącej do analizy komplementarności projektu realizowanego w trybie pozakonkursowym.*

Wyniki głosowania:

- 29 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 1 głos – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 7/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Informacji o zakontraktowanych świadczeniach zdrowotnych przez NFZ na rok 2017 służącej zapewnieniu skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE.*

Wyniki głosowania:

- 25 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 2 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 8/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020.*

Wyniki głosowania:

- 31 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 9/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego*.

Wyniki głosowania:

- 29 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 10/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego*.

Wyniki głosowania:

- 29 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 4 głosy – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 11/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego*.

Wyniki głosowania:

- 34 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 12/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego*.

Wyniki głosowania:

- 27 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 13/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego*.

Wyniki głosowania:

- 26 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 2 głosy – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 14/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie*

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego.

Wyniki głosowania:

- 28 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 2 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 15/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego.*

Wyniki głosowania:

- 29 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 16/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego.*

Wyniki głosowania:

- 28 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 17/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.*

Wyniki głosowania:

- 30 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 18/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego.*

Wyniki głosowania:

- 19 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 6 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 2 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 19/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego.*

Wyniki głosowania:

- 23 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 20/2017/XII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego*.

Wyniki głosowania:

- 27 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

5.	Protokół sporządził:	Dorota Kolasińska Starszy specjalista w Wydziale Koordynacji Polityki Rozwoju Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia
6.	Zatwierdził:	Agnieszka Kister Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia

Załącznik 1: Lista obecności

Załącznik 2: Porządek obrad