

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
XVI posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce 20 marca 2018 r. w Leonardo Royal Hotel Warsaw przy ul. Grzybowskiej 45 w Warszawie.	
2.	Porządek obrad:
<p>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</p> <p>W XVI posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyły łącznie 82 osoby (38 członków i zastępców członków lub osób upoważnionych do głosowania, 3 stałych obserwatorów oraz 41 inne zaproszone osoby), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 35 osób z prawem do głosowania (członkowie, zastępcy członków lub osoby upoważnione). Imienna lista uczestników spotkania stanowi załącznik nr 1 do protokołu.</p> <p>Spotkanie otworzył Pan Krzysztof Górski, Zastępca Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ oraz Pani Katarzyna Przybylska, Naczelnik w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ - Zastępca Przewodniczącego Komitetu Sterującego.</p> <p>Pan Krzysztof Górski przywitał wszystkich uczestników, podkreślając, że do grona uczestników KS dołączyła Pani Katarzyna Głowacka – Rochebonne, przedstawiciel Komisji Europejskiej (DG Regional and Urban Policy). Pani Katarzyna Głowacka – Rochebonne, po uprzednim zaprezentowaniu swojego dotychczasowego doświadczenia w pracy w Komisji Europejskiej, przedstawiła inicjatywę KE State of Health. Zachęciła do zapoznania się z profilami zdrowotnymi krajów unijnych – dokumentem, który odnosi się do trzech obszarów - skuteczności, dostępności i odporności systemów opieki zdrowotnej (zgodnie z komunikatem KE z 2014 r. w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej). Pani Rochebonne poinformowała, że OECD we współpracy z Europejskim Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej dokonało analizy systemów zdrowotnych we wszystkich krajach Unii Europejskiej i przygotowano tzw. profile zdrowotne poszczególnych państw (dostępne w języku polskim i w angielskim). Zauważyła również, że w ostatnim czasie zostały opublikowane raporty krajowe – tzw. Country Reports, na podstawie których w maju zostaną wydawane rekomendacje. Pani Rochebonne zachęciła do zapoznania się z dokumentami i kontaktu z autorami wspomnianych profili, biorąc pod uwagę trwające w roku 2018 tzw. „voluntary exchanges”.</p> <p>Następnie Pani Joanna Charytonowicz, przedstawiciel Komisji Europejskiej (Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion) poinformowała, że informacje dotyczące sprawozdania</p>	

krajowego dla Polski opracowanego w ramach Semestru Europejskiego przedstawione zostaną w ramach punktu agendy Sprawy różne.

Następnie Pan Górski poinformował, że posiedzenie rozpocznie się tradycyjnie od zatwierdzenia porządku obrad, a następnie krótko przypomniał agendę spotkania. Poinformował również o prośbach:

- przedstawicieli Departamentu Europejskiego Funduszu Społecznego Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju o przesunięcie punktu dotyczącego stawek jednostkowych na usługi zdrowotne w ramach projektów ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego bezpośrednio po punkcie dotyczącym Sprawozdania z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2017 r.
- przedstawicieli województwa śląskiego i wielkopolskiego o procedowanie Planów działań ww. województw jako pierwszych, tj. przed Planem działań Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Nikt z obecnych na posiedzeniu nie wyraził sprzeciwu wobec zgłoszonych wniosków. Wobec braku uwag do przedstawionego porządku obrad, przystąpiono do głosowania w sprawie jego przyjęcia.

Porządek obrad został przyjęty jednogłośnie (27 głosy – za przyjęciem, 0 głosów - przeciw, 0 głosów – wstrzymujących się).

Zmieniony porządek obrad stanowi załącznik nr 2 do protokołu.

3. Przebieg posiedzenia:

Sprawozdanie z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2017 r.

Pierwszym punktem merytorycznym omawianym na posiedzeniu było *Sprawozdanie z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2017 roku*. Pani Dyrektor Górski poprosił Pana Rafała Wójcika, pracownika Wydziału Koordynacji Polityki Rozwoju w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ o przedstawienie prezentacji. Pan Wójcik podkreślił, że materiał dostępny był przed posiedzeniem w portalu internetowym Baza Wiedzy o Funduszach Europejskich. Do przedmiotowego dokumentu wpłynęła jedna uwaga, zgłoszona przez przedstawiciela województwa lubelskiego, dotycząca informacji o złożeniu przez Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie wniosku o dofinansowanie projektu *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*. Następnie Pan Wójcik przedstawił pokrótce informacje zawarte w przedmiotowym Sprawozdaniu.

W związku z brakiem pytań/uwag do dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 4/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Sprawozdania z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2017 r.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Dziękując za przedstawioną prezentację Pan Dyrektor Górski zaznaczył, że bardzo ważnym obszarem związanym z koordynacją jest profilaktyka. Z uwagi na to, że jest to obszar obejmujący środki zarówno krajowe (POWER), jak regionalne (RPO), koordynacja w zakresie profilaktyki stanowi bardzo duże

wyzwanie. Następnie Dyrektor Górski podkreślił rolę współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) oraz wskazał na potrzebę wsparcia zarówno regionów, jak i powiatów oraz gmin w zakresie metodologii przygotowania programów polityki zdrowotnej. Przypominał również, że AOTMiT realizuje obecnie projekt pn. Regionalne decyzje w systemie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej, który przewiduje działania wspierające regiony w zakresie tworzenia programów polityki zdrowotnej.

Następnie Dyrektor Górski podkreślił, że w ramach działań koordynacyjnych w marcu br. organizowane były przez Ministerstwo Zdrowia m.in. spotkania z przedstawicielami IZ RPO i przedstawicielami podmiotów leczniczych, będących beneficjentami RPO w ramach programów profilaktyki raka jelita grubego. Z uwagi na to, że program profilaktyki raka jelita grubego angażuje znaczne środki (zarówno krajowe, jak i europejskie), wymaga on szczególnej uwagi. Dyrektor Górski poinformował, że zgodnie z zapisami Wytycznych Ministra Rozwoju i Finansów w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, stawki jednostkowe dla programów w zakresie profilaktyki raka jelita grubego mogą być określone przez Instytucję Koordynującą Umowę Partnerstwa. Na podstawie ww. zapisu, MZ wspólnie z MliR przygotował propozycję, o której przedstawienie poprosił przedstawicieli MliR.

Stawki jednostkowe na usługi zdrowotne w ramach projektów ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego

Pierwszą część prezentacji wygłosił Pan Paweł Zdun, Naczelnik w Departamencie Europejskiego Funduszu Społecznego MliR, który poinformował, że potrzeba określenia stawek wynikała przede wszystkim z sugestii IZ RPO – szczególnie była ona sygnalizowana na spotkaniu 7 listopada 2017 r. dotyczącym tematyki uproszczonych metod rozliczania wydatków w ramach projektów EFS w obszarze zdrowia. Podkreślił, że z uwagi na wystandaryzowane działania w ramach programu profilaktyki raka jelita grubego, zastosowanie metod uproszczonych w postaci stawki jednostkowej jest rozwiązaniem, które może zwiększyć efektywność realizacji programów finansowanych z EFS, w tym będzie sprzyjało większemu zainteresowaniu projektami. Niemniej samo określenie stawki nie było zadaniem łatwym (m.in. wymagało powtórzenia zapytania o cenę). Z tego też względu dopiero na dzisiejszym posiedzeniu KS możliwe było zaprezentowanie stawek jednostkowych na usługi zdrowotne, obowiązujące w ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego, współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego i poddanie ich pod głosowanie.

Przypominał również, że we wcześniej obowiązującej wersji ww. Wytycznych określone były maksymalne stawki jednostkowe zarówno badania kolonoskopowego, jak i znieczulenia – odpowiednio 420 zł i 239 zł. Nadmieniał również, że wydatki musiały być jednak rozliczane „po kosztach”, co wiązało się m.in. z przygotowaniem bardzo szczegółowej dokumentacji potwierdzającej ich poniesienie. Zgodnie z ustaleniami z ostatniego Komitetu Sterującego, podczas którego prezentowane były założenia zmienionych Wytycznych, została w nich wprowadzona klauzula dająca prawo określenia przez Instytucję Koordynującą Umowę Partnerstwa stawek jednostkowych na usługi zdrowotne, obowiązujące w ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego w PI

8vi i przekazania ich do zatwierdzenia przez Komitet Sterujący. Po zatwierdzeniu stawek jednostkowych przez Komitet Sterujący IZ RPO będą miały obowiązek ich stosowania w ramach nowo ogłaszanych naborów.

Następnie Pan Zdun wyjaśnił, że stawka jednostkowa została określona dla dwóch kategorii: dla badania przesiewowego raka jelita grubego, czyli kolonoskopii oraz dla znieczulenia wykonywanego podczas kolonoskopii. Obie te stawki zostały oparte o założenia Programu badań przesiewowych raka jelita grubego na lata 2016-2018, czyli w oparciu o dokumenty, na podstawie których obecnie realizowane są projekty w tym zakresie (również z uwzględnieniem wytycznych Europejskiego Towarzystwa Endoskopii Przewodu Pokarmowego). Pan Paweł Zdun przedstawił zakres usług – kolonoskopii przesiewowej i znieczulenia, podkreślając, że koszt badań histopatologicznych, które są wykonywane przy okazji kolonoskopii wchodzi w zakres kosztu stawki jednostkowej dla kolonoskopii przesiewowej.

Następnie Pan Zdun oddał głos Pani Darii Sowie, pracownikowi Wydziału Zarządzania Finansowego w Departamencie Europejskiego Funduszu Społecznego MliR, która przedstawiła metodologię wyliczania stawek jednostkowych dotyczących badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopia) oraz znieczulenia, stosowanych w ramach projektów Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej 2014-2020. Kończąc prezentację Pani Sowa podkreśliła, że stawki jednostkowe dla kolonoskopii przesiewowej i znieczulenia – odpowiednio 580 zł i 230 zł obejmują jedynie konkretny – omówiony przez Pana Zduna - zakres tych usług. Wobec powyższego w koszt ww. stawek nie będą wchodziły na pewno środki trwałe, czyli zakupy (będzie to osobna, obok stawki, kategoria wydatków – o ile oczywiście będzie taka możliwość). Zaznaczyła również, że beneficjent w ramach RPO ma w ramach projektów finansowanych z EFS możliwość rozliczenia kosztów pośrednich w wysokościach zależnych od wartości projektu: odpowiednio 25, 20, 15 lub 10%. Kończąc wystąpienie Pani Sowa poinformowała o sposobie rozliczania stawek i wskaźnikach (liczba uczestników projektu objętych badaniem kolonoskopowym oraz liczba uczestników projektu objętych znieczuleniem) oraz wspomniała, że jedynym dokumentem potwierdzającym wykonanie wskaźnika będzie oświadczenie lekarza i uczestnika programu o otrzymaniu danego wsparcia.

Następnie Dyrektor Górski poinformował, że prace nad omawianymi stawkami toczyły się równolegle z pracami nad aktualizacją rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach PI 8vi. Dyrektor Górski zidentyfikował ryzyko, że realizatorzy, którzy podpisują z IZ umowy o dofinansowanie koncentrują się na obszarach wielkomiejskich, a proces zapewnienia „białych plam” jest niesatysfakcjonujący. Podkreślił również, że zaproponowana stawka jest nieco wyższa niż dotychczas ujęta w Wytycznych oraz zwrócił uwagę, że podejmując działania w ramach zaproponowanej stawki podmioty muszą skupić się na obszarach, gdzie występują tzw. „białe plamy”. Powyższe będzie zatem zgodne z zaproponowanymi zapisami rekomendacji, zgodnie z którymi osoby biorące udział w projekcie pochodzą z obszarów - również zaktualizowanych - wskazanych jako „białe plamy”. Zdaniem Dyrektora Górskiego powstanie ośrodka kolonoskopii w obszarze danego powiatu byłoby stanem idealnym, lecz niekoniecznie musi oznaczać jego budowę od „zera”.

Podkreślił, że MZ rekomenduje, aby projekty były kierowane tylko dla pacjentów z ww. obszarów, przy

czym możliwe jest dowiezienie osób - niemniej stanem idealnym jest taki, w którym nawiązywana jest współpraca lub tworzony jest ośrodek badań kolonoskopowych na obszarze „białej plamy”. Pan Dyrektor zaznaczył, że istotne jest premiowanie przedsięwzięć powodujących, że sama realizacja danego badania będzie się odbywała na terenie „białej plamy”. Dyrektor Górski wyraził nadzieję że przyjęte rozwiązania w zakresie wysokości stawki jednostkowej oraz kryteriów wyboru projektów pozwolą na sprawniejszy przebieg procesu zapewniania „białych plam”. Z uwagi na to, że omawiany punkt agendy jest zbieżny z punktem dotyczącym aktualizacji rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach PI 8vi, Pan Dyrektor poprosił Panią Katarzynę Przybylską o szczegółowe omówienie zmian ww. rekomendacji.

W pierwszej kolejności Pani Przybylska odniosła się do uwagi województwa opolskiego, zgłoszonej do projektu uchwały, która dotyczyła stawek jednostkowych w zakresie kolonoskopii i znieczulenia. Odnosząc się do wątpliwości, jaka będzie stawka dla badania np. bez pobierania wycinków lub bez usunięcia polipów, albo bez pobierania wycinków i bez usunięcia polipów, wyjaśniła, że ideą przyjętego rozwiązania jest to, że stawka będzie rozliczana bez względu na liczbę usuniętych (lub nie) polipów (zgodnie z projektem uchwały maksymalnie do 10 polipów).

Następnie Pani Przybylska przeszła do omówienia uwag zgłoszonych do rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach PI 8vi. Zaznaczyła, że uwagi wpłynęły z trzech województw: małopolskiego (3), opolskiego (5) i wielkopolskiego (5) oraz omówiła pokrótce każdą z uwag.

Pierwsza uwaga województwa opolskiego miała charakter redakcyjny i dotyczyła numeracji rekomendacji. Zdaniem Pani Przybylskiej z uwagi na to, że uchwała w obowiązującym kształcie jest znana wszystkim członkom KS i od przeszło dwóch lat skutecznie funkcjonuje na forum KS, porządkowanie czy układanie rekomendacji w innej kolejności, wydaje się na obecnym etapie niezasadne. Zgodnie z prośbą Pani Naczelnik głos zabrał Pan Jacek Partyka, Zastępca Dyrektora Departamentu Koordynacji Programów Operacyjnych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego. Zdaniem Pana Dyrektora proponowany układ byłby bardziej przejrzysty, niemniej jednak zgodził się na nieuwzględnienie proponowanej zmiany.

Następnie Pani Przybylska omówiła uwagi województwa wielkopolskiego w zakresie usunięcia kryterium dostępu o charakterze obligatoryjnym dotyczącym zapewniania, że grupę docelową w projekcie stanowią osoby w wieku aktywności zawodowej, będące w grupie podwyższonego ryzyka (...) oraz kryterium dostępu o charakterze fakultatywnym dotyczącym zapewniania, że projekt przewiduje udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o Evidence Based Medicine (pkt II.3 i III.1 Rekomendacji). Pani Przybylska zauważyła, że – owszem grupa docelowa jest każdorazowo ustalana w regulaminie konkursu, a program zdrowotny, w którym zaplanowano interwencje zdrowotne niezgodne z Evidence Based Medicine nie otrzyma pozytywnej opinii AOTMiT, jednak kryteria zwracają uwagę na konieczność zachowania tych obowiązków. Pani Sylwia Wójcik, Dyrektor Departamentu Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego przyjęła wyjaśnienia i zgodziła się na pozostawienie ww. rekomendacji bez zmian.

W dalszej kolejności Pani Przybylska omówiła uwagę zgłoszoną przez województwo małopolskie,

dotyczącą kryterium dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka piersi - kryteria zapewniają, że działania w projekcie realizowane są co najmniej na obszarach „białych plam” w zakresie profilaktyki raka piersi (pkt V.1 Rekomendacji). Pani Przybylska poinformowała, że w opinii województwa małopolskiego zapis powinien zostać zmieniony, bo jest nieprecyzyjny i rodzi dużo wątpliwości interpretacyjnych oraz przedstawiła przesłaną propozycję: „Kryteria zapewniają, że działania realizowane w projekcie są skoncentrowane na wsparciu osób mieszkających, pracujących lub uczących się na obszarze gminy/gmin wskazanych jako „biała plama” w zakresie profilaktyki raka piersi (szczegółowa lista gmin znajduje się w załączniku nr 1 do niniejszych rekomendacji). Określenie minimalnego odsetka uczestników (mieszkających, pracujących lub uczących się na obszarze „białych plam” (dookreślenie poziomu koncentracji) należy do IZ RPO, z tym że nie może to być mniej niż 30% uczestników projektu (osób które wezmą udział w badaniu)”. Następnie Pani Przybylska poinformowała, że MZ wstępnie przychyliła się do zgłoszonej przez Małopolskę uwagi i zaproponowała modyfikację zapisu uchwały w brzmieniu zaproponowanym przez województwo małopolskie.

W toku dyskusji Pani Sylwia Wójcik, po potwierdzeniu, że wartość 30% to odsetek wszystkich uczestników projektu, wyraziła opinię, że uwaga może być niezasadna. Dyrektor Wójcik - z uwagi na różną skalę występowania „białych plam” w poszczególnych województwach – zaproponowała odniesienie się do np. odsetka potencjalnych uczestników z danej „białej plamy”. Dyrektor Górski podkreślił, że to IZ określa, jaki to ma być odsetek, natomiast nie może on być mniejszy niż 30%. W toku dyskusji Pani Wójcik zauważyła, że warto dać czas na zastanowienie się i przeanalizowanie sytuacji w województwach, bo trudno na chwilę obecną przyjąć, czy zaproponowana wartość 30% jest realna. Wobec powyższego oraz w świetle, że do omawianego punktu uwagę dotyczącą nieprecyzyjności zapisu zgłosiło również województwo opolskie, Pani Przybylska zaproponowała przejście do omówienia kolejnych uwag, a następnie powrót do dyskusji. Podobnie postąpiono w odniesieniu do uwag województwa małopolskiego i województwa opolskiego dotyczących analogicznego kryterium dostępu o charakterze obligatoryjnym, ale odnoszącego się do profilaktyki raka szyjki macicy – kryteria zapewniają, że działania w projekcie realizowane są co najmniej na obszarach „białych plam” w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy (pkt VI.1 Rekomendacji).

Następna uwaga zgłoszona przez województwo opolskie miała charakter redakcyjny w zakresie ujętego w zakresie w punkcie VI. Rekomendacji sformułowania „profilaktyka szyjki macicy”. Uwaga została uwzględniona i doprecyzowano zapis w następujący sposób: Kryterium dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy.

Kolejna uwaga województwa wielkopolskiego dotyczyła usunięcia punktu VII.1 Rekomendacji - kryterium dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka jelita grubego, zapewniającego, że działania w projekcie realizowane są wyłącznie w systemie oportunistycznym. Pani Sylwia Wójcik, poproszona o przedstawienie uzasadnienia uwagi, zauważyła, że w przypadku profilaktyki raka jelita grubego działania wyłącznie w systemie oportunistycznym mają niewielkie szanse powodzenia – mając na uwadze niską zgłaszalność osób bez objawów na profilaktyczną kolonoskopię. Zdaniem Pani Wójcik to indywidualne zaproszenie oraz działania edukacyjne (pozwalające na interpretację objawów ze strony organizmu) skłaniają do wykonania badania.

Dyrektor Górski poinformował, że kwestia ta była dyskutowana z Departamentem Polityki Zdrowotnej MZ oraz z Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie. Zauważył, że ze względów monitoringowych czy badania efektywności działania, z punktu widzenia MZ, bardziej zasadne jest kierowanie środków EFS wyłącznie w systemie oportunistycznym (realizacja programu w trybie zapraszanym koliduje z pewnymi założeniami programu krajowego). Podkreślił również, że proponowane rozwiązanie miałyby zastosowanie do nowych konkursów. Następnie Pani Wójcik zauważyła, że - chociaż nie posiada danych odnoszących do raka jelita grubego - wykrywalność raka piersi maleje w przypadku, gdy zaproszenia na badania nie są wysyłane – nawet pomimo medialnego nagłośnienia tematu. Dyrektor Górski podkreślił, że system zapraszany często - chociażby w mammografii czy cytologii - jest krytykowany, również przez organizacje pacjencie. Istotne jest, aby stosować inne metody dotarcia do beneficjenta, ale niekoniecznie przez wysyłkę zaproszenia – chodzi o to, aby tak naprawdę każdy, kto jest w grupie docelowej, niezależnie od faktu otrzymania zaproszenia, mógł skorzystać z danego badania.

Następnie głos zabrał Pan Paweł Zdun, który zwrócił uwagę na zapisy Wytycznych sugerujące możliwość realizacji działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych m.in. do POZ. Zauważył, że Wytyczne premiąją również współpracę beneficjentów z POZ-ami, która – zdaniem Pan Zduna - akurat w systemie oportunistycznym ma kluczowe znaczenie (lekarze POZ mając dostęp do danych osób, będących pod ich opieką, mogą przy okazji wizyt informować wszystkie osoby, które są w grupie potencjalnego ryzyka o możliwości skorzystania z badania przesiewowego w zakresie kolonoskopii). Kończąc dyskusję Dyrektor Górski zwrócił uwagę na konieczność prowadzenia działań edukacyjnych, które powinny być elementem projektów. Pani Wójcik wyjaśniła, że - wobec powyższego - błędnie zrozumiała ideę systemu oportunistycznego.

Następnie Pani Przybylska poinformowała, że kolejna uwaga województwa wielkopolskiego dotyczyła kryterium dostępu o charakterze obligatoryjnym odnoszącym się do profilaktyki raka jelita grubego, zgodnie z którą kryteria miałyby zapewniać, że działania w projekcie realizowane będą co najmniej/ w szczególności na obszarach „białych plam” (pkt VII.2 Rekomendacji) oraz zaproponowała – podobnie jak w przypadku kryteriów dla działań z zakresu profilaktyki raka piersi i profilaktyki raka szyjki macicy - przeniesienie rozmowy w tym zakresie na koniec dyskusji. Głos zabrała Pani Wójcik zauważając, że naboru na rzecz projektów dotyczących profilaktyki raka jelita grubego mają odmienny charakter od naborów na rzecz projektów dotyczących raka piersi i profilaktyki raka szyjki macicy. Pani Wójcik wyraziła negatywną opinię na temat proponowanego ograniczenia realizacji projektów w zakresie profilaktyki raka jelita grubego tylko i wyłącznie na rzecz mieszkańców obszarów „białych plam”. Pani Wójcik powołała się na przykład województwa wielkopolskiego, w którym obecne obszary „białych plam” powstały bez uwzględnienia faktu, iż obszary te zostały uwzględnione we wcześniej prowadzonych badaniach profilaktycznych (poprzednia lista wskazywała 10 powiatów, w obecnej zostały usunięte 4 i aktualnie wskazywanych jest 6 powiatów). Zdaniem Pani Wójcik warto rozważyć inne kryteria zapraszania mieszkańców powiatów do udziału w badaniach profilaktycznych np. zastosowanie kryterium dotyczącego wskaźników zachorowalności i/lub umieralności na danym obszarze. Dyrektor Górski zauważył, że podobna dyskusja była już prowadzona w roku 2016, to właśnie dotychczasowe doświadczenia

pokazały, że jeżeli realizatorzy mają wybór to nie koncentrują się na osobach z „białych plam”, lecz z ośrodków wielkomiejskich, gdyż tak jest po prostu łatwiej. Proponowany punkt Rekomendacji wynika z tego, że skoro przyjmowane są wyższe stawki jednostkowe, to środki należy skierować wyłącznie na obszary, gdzie dostęp do badań jest niewystarczający. Do tej pory IZ i realizatorzy określali, że część środków przeznaczona zostanie na „białe plamy”, a część nie. Na podstawie wyników analizy działań prowadzonych zarówno z poziomu krajowego, jak i ze środków EFS, zdaniem Dyrektora Górskiego obecnie należy się skoncentrować wyłącznie na „białych plamach”, natomiast jeśli zaistnieje idealna sytuacja, że już ich nie będzie, to oczywiście konieczne będzie dokonanie kolejnej rewizji założeń. Celem MZ jest właśnie zlikwidowanie „białych plam”, przy następującym założeniu - wyższa stawka jednostkowa, pod warunkiem koncentracji tylko i wyłącznie na obszarach „białych plam”. Pani Wójcik zapytała, czy możliwa jest realizacja programu bez stawki nie na „białych plamach”. Dyrektor Górski podkreślił, że system realizacji programu jest skomplikowany, a biorąc pod uwagę wysokość dostępnych środków, zarówno z programu krajowego, jak i środków EFS, dalsza komplikacja tego przedsięwzięcia nie będzie służyła realizacji projektów. Ponowił propozycję przyjęcia jednej stawki dla programu oraz zaznaczył, że jeżeli rzeczywiście wystąpi sytuacja, w której „białych plam” w danym województwie już nie będzie, to będzie należało się zastanowić nad odpowiednią aktualizacją kryteriów.

Głos w dyskusji zabrała Pani Karolina Lewczyk, przedstawiciel Departamentu Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubelskiego w Lublinie. Pani Lewczyk, nawiązując do dyskusji w zakresie kryterium dotyczącego realizacji projektów z zakresu profilaktyki raka jelita grubego wyłącznie na obszarach „białych plam” oraz ujęcie go jako kryterium dostępu zauważyła, że na terenie województwa lubelskiego występuje tylko jeden powiat, który jest „białą plamą”. Poinformowała, że do tej pory omawiane kryterium było wskazane w dokumentacji konkursowej jako kryterium dostępu, dodatkowo województwo było podzielone na subregiony, a wnioskodawcy, którzy realizowali projekty musieli objąć wsparciem „białą plamę”. Podkreśliła, że obecnie już kilka projektów jest w realizacji, w najbliższym czasie planowane jest podpisanie nowych umów i tym samym może się zdarzyć taka sytuacja, że na terenie województwa lubelskiego po realizacji projektów nie będzie już „białej plamy”.

Dyrektor Górski podkreślił, że na chwilę obecną, uwzględniając przeprowadzone do tej pory konkursy, nie ma takiego województwa, w którym nie byłoby „białej plamy”, choć proces ich zapełniania jest widoczny. Dodał, że wzrost środków na program populacyjny dotyczący jelita grubego uwzględnia również pewne propozycje, które zakładają, że na obszarze funkcjonowania programu krajowego nie będzie dublowania z działaniami europejskimi. Zauważył, że w niektórych podmiotach niestety wystąpiła niepokojąca sytuacja korzystania w pierwszej kolejności ze środków europejskich, a później krajowych. Problem nie jest nasilony, jednak takie ryzyko potencjalnie istnieje i proponowane działania mają na celu jego ograniczenie. Dodatkowo Pani Przybylska podkreśliła, że omawiane zasady będą miały zastosowanie tylko do Planów działań, które dopiero będą uzgadnianie – zatem jeśli na forum KS zostały już uzgodnione konkursy w zakresie profilaktyki raka jelita grubego, to w stosunku do nich dalej mają zastosowanie dotychczas obowiązujące Rekomendacje. Dyrektor Górski podkreślił, że dodatkowe środki muszą się koncentrować - zgodnie z filozofią środków unijnych - na trudnych obszarach oraz poprosił przedstawiciela Komisji

Europejskiej o zabranie głosu. Pani Katarzyna Głowacka – Rochebonne poparła stanowisko MZ, podkreślając, że podobne zasady będą obowiązywać w przyszłym okresie programowania. Poinformowała, że już obecnie toczą się w KE dyskusje, aby skoncentrować się tylko na tych obszarach, które przynoszą największą wartość dodaną, szczególnie biorąc pod uwagę mniejsze środki przyszłej perspektywy. Zauważyła, że oczywiście łatwiej jest wesprzeć pacjentów, którzy są łatwo dostępni i tym samym sprawniej wykorzystać środki. Niemniej jednak celem z punktu widzenia europejskiego jest to, aby wydatkowanie przyniosło największą wartość dodaną – środki powinny być kierowane tam, gdzie występują największe potrzeby i utrudniony dostęp do usług. Ponadto Pani Głowacka – Rochebonne podkreśliła konieczność powiązania działań profilaktycznych z promocyjnymi.

Pani Sylwia Wójcik zgodziła z przedmówczynią, proponując jednak, aby kryterium dostępu ujmowało co najmniej „białe plamy”. Niemniej jednak - zdaniem Pani Wójcik - w przypadku zapewnienia tam wsparcia powinna zostać umożliwiona realizacja projektów również na innych obszarach. Pani Wójcik zwróciła uwagę na konieczność wydatkowania, certyfikowania i rozliczenia środków przez IZ oraz trudności z tym związane w przypadku realizacji projektów wyłącznie na obszarach „białych plam”.

Głos w dyskusji zabrała Pani Joanna Kilkowska, Zastępca Dyrektora: Departamentu Polityki Zdrowotnej, MZ, która poparła wprowadzenie zaproponowanego kryterium dostępu. W kontekście wypowiedzi przedmówczyni Pani Kilkowska zauważyła, że program krajowy również musi zostać rozliczony. Zauważyła, że już nawet samo podniesienie stawki, zaproponowanej we wcześniej omawianej metodologii powoduje, że - aby program krajowy był porównywalnie atrakcyjny w stosunku do finansowanego ze środków UE - nastąpiła konieczność zaplanowania na przyszły rok w ramach krajowego programu o ponad 50% więcej środków na badania kolonoskopowe. Dyrektor Kilkowska poinformowała, że na przyszły rok planowane jest 80 mln złotych oraz zaznaczyła, że podnoszona jest kwota na badania bez zwiększenia liczby badań, przy czym w ubiegłym roku realizacji programu krajowego wykonano 101 tysięcy badań. Kończąc wypowiedź podkreśliła, że Departament Polityki Zdrowotnej popiera wprowadzenie kryterium dostępu dotyczącego realizacji projektów wyłącznie na obszarach „białych plam” oraz zasygnalizowała, że realizacja projektów finansowanych z różnych źródeł na obszarach wspólnych dla środków krajowych i europejskich może wręcz spowodować rywalizację o pacjenta i wydatkowanie środków.

Wobec powyższej dyskusji Dyrektor Górski zaproponował przyjęcie jednak kryterium w zaproponowanym kształcie oraz zobowiązał się do przeglądu „białych plam” i ewentualną korektę kryterium, jeżeli analizy pokażą, że rzeczywiście wszystkie „białe plamy” w danym województwie zostały wypełnione. Podkreślił również, że argument wydatkowania środków nie jest wystarczająco przekonujący – środki muszą zostać wykorzystane efektywnie. Pani Katarzyna Przybylska dodała, że w minionym tygodniu prowadzone było przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie szkolenie z zakresu obsługi SI-PBP. Zaznaczyła, że biorąc pod uwagę udostępnienie ww. systemu informatycznego, które planowane jest za około dwa tygodnie, informacje dotyczące „białych plam” będą podlegały rzetelnej aktualizacji – o ile realizatorzy wprowadzą również dane wsteczne za wszystkie badania, które już zostały przeprowadzone. Zaznaczyła jednocześnie, że prawdopodobnie temat dyskusji powróci na najbliższym posiedzeniu Komitetu Sterującego.

Następnie Pani Sylwia Wójcik zauważyła, że województwo wielkopolskie zgłaszało również uwagę do kryterium premiującego o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka jelita grubego (pkt VIII.1 Rekomendacji - *Kryteria premiują projekty, w ramach których będą wykonywane badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego w lokalizacji znajdującej się na terytorium powiatu, który stanowi tzw. „białą plamę” przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, które obecnie nie realizują świadczeń zdrowotnych w zakresie kolonoskopii finansowanych ze środków publicznych, w tym środków europejskich na tym terytorium*) oraz poinformowała, że w świetle przedstawionych przez Dyrektora Górskiego wyjaśnień uwaga zostaje wycofana.

Dodatkowo Pani Wójcik zauważyła, że przy realizacji projektów ze stawkami jednostkowymi, co do zasady, nie można kupować sprzętu, natomiast ideą jest tworzenie nowych placówek/ośrodków badawczych w miejscowościach znajdujących się na obszarach „białych plam”. Biorąc pod uwagę powyższe poprosiła Pana Pawła Zduna o wyjaśnienie, czy możliwe będzie kupowanie sprzętu (kolonoskopów) w ramach projektów rozliczanych stawkami jednostkowymi. Pan Paweł Zdun wyjaśnił, że planowe do przyjęcia stawki dotyczą samego badania i znieczulenia, więc będą miały zastosowanie tylko do tych dwóch elementów. Jeżeli w ramach danego programu operacyjnego przewidziane zostały inne działania, np. informacyjno-promocyjne, powinny one być realizowane w projekcie, co będzie jednak wymagało zastosowania budżetu mieszanego (badanie i znieczulenie rozliczane będzie po stawkach jednostkowych, czyli kosztami uproszczonymi, inne działania rozliczane będą „po kosztach” - po udokumentowaniu konkretnych wydatków).

Jednocześnie Pan Zdun zauważył, że w przypadku zakupu sprzętu obowiązuje limit na środki trwałe i na cross financing, natomiast zgodnie z Wytycznymi nie jest to kluczowy zakres interwencji w programach. Podkreślił, że konieczne jest skupienie się przede wszystkim na zwiększaniu liczby badań, dlatego też podmioty muszą spełniać na wejściu konkretne standardy w zakresie wyposażenia, kadry, itd. - zgodnie z określonymi wymogami programu. Zakup sprzętu może być kwestią uzupełniającą, lecz nie głównym kierunkiem działań w projekcie.

Pani Wójcik podkreśliła, że kryterium premiujące obligatoryjne (pkt VIII.1 Rekomendacji) ma celu tworzenie nowych podmiotów, zatem podmioty, które dotychczas nie przeprowadzały badań kolonoskopowych nie mają stosownego zaplecza - może pojawić się problem z kadrą, którą jednak w ramach środków EFS można doszkolić oraz konieczność zabezpieczenia sprzętowego. Dyrektor Górski odpowiedział, że jeżeli na terenie „białej plamy” nie widać w systemie wykonywanych badań kolonoskopowych, to nie oznacza, że nie funkcjonuje tam np. prywatny ośrodek, który wykonuje takie badania. Zdaniem Dyrektora celem powinno być ich włączenie do systemu i zachęcenie – chociażby poprzez konkretną wycenę stawki – do realizacji programu. Następnie Pan Marcin Marczak, Inspektor w Zespole ds. Programowania w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego, poprosił o wyświetlenie uwagi zgłoszonej przez województwo małopolskie, zgodnie z którą zaproponowano, aby nie skupiać się na lokalizacji, tylko na osobach mieszkających, pracujących lub uczących się na obszarze „białej plamy” – podobnie, jak w przypadku raka piersi i raka szyjki macicy [(propozycja brzmienia: „Kryteria zapewniają, że działania w projekcie realizowane są wyłącznie na rzecz osób mieszkających, pracujących lub uczących się na

obszarze powiatu wskazanego jako „biała plama” w zakresie profilaktyki jelita grubego (szczegółowa lista obszarów znajduje się w załączniku nr 3 do niniejszych rekomendacji)”. Dyrektor Górski potwierdził przyjęcie powyższej uwagi. Pani Przybylska, przychyłając się do stanowiska przedmówcy, zwróciła uwagę na pozostałą do rozstrzygnięcia kwestię progu 30% oraz poprosiła o informację, czy któreś z województw, oprócz wielkopolskiego, jest przeciwne progowi w zaproponowanej wysokości.

Głos zabrała Pani Katarzyna Zajkowska, Dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego, która zwróciła uwagę na kwestię sposobu liczenia wartości 30%. Zdaniem Pani Zajkowskiej, bazując na dotychczasowej wiedzy dotyczącej realizacji programów krajowych, wydaje się, że 30% może być dla części województw wartością zaporową. Dyrektor Górski wyjaśnił, że zgodnie z założeniem 30% uczestników projektu powinny stanowić osoby pracujące, uczące się lub posiadające miejsce zamieszkania na obszarze gminy/gmin wskazanych jako „biała plama”. Pani Zajkowska zwróciła uwagę na strukturę demograficzną i zamieszkania województwa podlaskiego oraz małą liczbą mieszkańców powiatów znajdujących się obszarach „białych plam”. Zdaniem Pani Zajkowskiej - biorąc również pod uwagę koncentrację wokół 4 największych ośrodków miejskich – niemożliwe będzie zabranie odpowiedniej populacji do badania.

Pan Paweł Zdun wyjaśnił, że – zgodnie z propozycją województwa małopolskiego - nie odnosimy się do całej populacji, która może uczestniczyć w programie profilaktycznym w danym powiecie/gminie tylko do uczestników projektu, co wydaje się bezpieczniejszym rozwiązaniem [przykładowo: w projekcie zakładamy objęcie wsparciem 300 osób, zatem przynajmniej 100 uczestników projektu będzie musiało pochodzić z obszaru „białych plam” (30% z 300 uczestników projektu)]. Pan Zdun zauważył, że można tak skonstruować zakres grupy docelowej w projekcie, aby uzyskać koncentrację na białych plamach, ale jednocześnie na tyle realnie zaplanować projekt, aby dotrzeć do realnej liczby osób, a nie do całej populacji potencjalnie możliwej do objęcia badaniem.

Dyrektor Górski zgodził się z przedmówcą oraz zauważył, że zaproponowane brzmienie kryterium jest nawet bardziej liberalne niż propozycja metodologii liczenia przedstawiona przez Panią Zajkowską. Wobec powyższego – w opinii Dyrektora Górskiego – w praktyce możliwe będzie zastosowanie przez województwo podlaskie rozwiązania, które de facto zaostrzy kryterium proponowane przez KS. Następnie Pani Sylwia Wójcik zaproponowała, aby zamiast 30% ująć wartość 20%, na co po konsultacji z przedstawicielami KE nie wyrażono zgody.

Pani Przybylska zadeklarowała, że treść uchwały w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi zostanie w trakcie przerwy zredagowana i wyświetlona, po czym zostanie poddana głosowaniu.

Wobec powyższego Dyrektor Górski zaproponował poddanie głosowaniu Uchwały Nr 5/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie określenia stawek jednostkowych na usługi zdrowotne, obowiązujące w ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego, współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Lista programów/działań/projektów finansowanych w 2018 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 2018 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 Budżetu, Finansów i Inwestycji MZ oraz Departamentu Polityki Zdrowotnej MZ.

Pan Jerzy Bójko, Zastępca Dyrektora Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji MZ, przedstawił prezentację oraz omówił wydatki majątkowe w części 46 – Zdrowie w 2018 r. przeznaczone na :

- 1) programy wieloletnie,
- 2) wprowadzone w 2018 roku programy wieloletnie,
- 3) procedowane programy wieloletnie,
- 4) zadania inwestycyjne budowlane w dydaktyce,
- 5) zadania inwestycyjne budowlane w szpitalach klinicznych i instytutach badawczych.

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

W dalszej kolejności Pani Barbara Dąbrowska z Departamentu Polityki Zdrowotnej MZ, przedstawiła prezentację i omówiła w skrócie programy polityki zdrowotnej finansowane z budżetu Ministra Zdrowia. Zauważyła, że oprócz wspomnianych przez Pana Dyrektora Bójko programów wieloletnich, istnieją jeszcze dwa programy wieloletnie, które są finansowane z części 46 - Zdrowie: 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 programy są finansowane i realizowane 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 na lata 2017-2021;
- 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) Program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo – naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020;
- 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 2018-2021;
- 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 2016-2019;

10) Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2020;

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 realizację w 2018 r. programów zaplanowano kwotę 934 mln zł. Zadania realizowane w programach mają różny charakter - są to zadania promocyjne, profilaktyczne, inwestycyjne, ukierunkowane na zakup sprzętu specjalistycznego, prace remontowo-budowlane czy zadania edukacyjno-szkoleniowe. W programach finansowane są również świadczenia specjalistyczne, a także zakup leków i testów diagnostycznych.

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

Następnie Pani Katarzyna Głowacka – Rochebonne zapytała, czy dwa pierwsze programy, o których wspomniała przedmówczyni, czyli *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce* oraz *Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne*, na które przeznaczona jest znaczna część budżetu, zawierają również działania prewencyjne/komponent dotyczący uświadamiania - w szczególności dla pacjentów z HIV. Pani Dąbrowska wyjaśniła, że działania dotyczące profilaktyki, w tym również kampanie informacyjne realizowane są przez Departament Zdrowia Publicznego, natomiast moduł dotyczący zabezpieczenia leczenia w leki antyretrowirusowe realizowany jest przez Departament Polityki Zdrowotnej. Następnie Pani Dąbrowska zaznaczyła, że informacje dotyczące realizowanych programów polityki zdrowotnej dostępne są również na stronie Ministerstwa Zdrowia.

Dziękując za przedstawione prezentacje Dyrektor Górski podkreślił, że przekazywane informacje służą zapewnieniu pełnej świadomości, co jest realizowane ze środków krajowych, a co ze środków europejskich. Nawiązując do programów polityki zdrowotnej wskazał na ścisłą współpracę zarówno z Departamentem Polityki Zdrowotnej, jak i z Departamentem Zdrowia Publicznego.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 6/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Listy programów/ działań/ projektów finansowanych w 2018 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.

Informacja o zakontraktowanych świadczeniach zdrowotnych przez NFZ na rok 2018 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 kontraktowanie świadczeń na rok 2018 przebiegło w miarę spokojnie, co było wynikiem kilku przesłanek - stosunkowo mniejszej liczby nowych konkursów (głównie aneksowano umowy) czy rozpoczęciem funkcjonowania w październiku 2017 r. tzw. sieci szpitali. Wspominał również, że ostatni miesiąc był trudny z uwagi na konieczność przekazania świadczeniodawcom miliarda złotych za nadwykonania za lata ubiegłe. Dyrektor Dziełak zachęcił do korzystania ze strony internetowej NFZ (BIP). Znajduje się na niej informator o zawartych umowach, który zawiera najbardziej aktualne informacje w tym zakresie. Nawiązując do wspomnianej sieci szpitali, Dyrektor Dziełak przypomniał, że podstawową formą finansowania w ramach szpitali jest tzw. ryczałt. Część kwot, które do tej pory były wyodrębnione i przypisane do konkretnych oddziałów szpitalnych, czy do konkretnych typów poradni jest w tej chwili jakby w jednym „worku” i stanowi w rozumieniu ogólnych warunków umów, jeden zakres świadczeń, czyli po prostu ryczałt. Zwrócił uwagę, że w pierwszej chwili nie do końca widać, co w ryczałcie jest zawarte, a dodatkowo nie są wydzielone poszczególne pozycje na świadczenia konkretnych specjalności medycznych. Może to być problematyczne, szczególnie że mamy do czynienia zarówno ze świadczeniami z zakresu leczenia szpitalnego, jak i świadczeniami ambulatoryjnymi, a także częścią badań diagnostycznych, które wcześniej były w tzw. SOK-ach, czyli świadczeniach odrębnie kontraktowanych. Dlatego też w omawianym załączniku zawarto jedną pozycję ryczałtu, natomiast chcąc zobaczyć, co jest w nim konkretnie zawarte, należy sięgnąć do wspomnianego informatora o zawartych umowach. Jednocześnie zadeklarował, że NFZ planuje przygotowanie pliku, który umożliwi w zakresie przedmiotowym i jakościowym określenie, co zawarte jest w konkretnym ryczałcie, podkreślając, że ryczałty poszczególnych szpitali są ze sobą zupełnie nieporównywalne. Poinformował, że obecnie trwa przeliczanie i przekazywanie dyrektorom szpitali przez oddziały wojewódzkie kwot ryczałtu na pierwsze półrocze tego roku, zgodnie ze skomplikowanym wzorem na podstawie wykonania z ostatniego kwartału.

Pani Katarzyna Głowacka – Rochebonne poprosiła o wytłumaczenie ujętego w prezentacji braku danych w zakresie umów dotyczących zaopatrzenia w wyroby medyczne i ich naprawy. Dyrektor Dziełak wyjaśnił, że w zestawieniu nie określono kwoty umowy z uwagi na fakt, iż w praktyce wszystko, co zostanie zlecone i zrealizowane podlega refundacji (brak limitów) .

Następnie Pani Katarzyna Zajkowska zapytała, czy NFZ posiada wypracowane wytyczne lub rekomendacje dla dyrektorów oddziałów wojewódzkich w zakresie posługiwania się wskaźnikami zmiennymi we wspomnianym wzorze oraz skonkretyzowała, że chodzi o wskaźnik D_L (dodatkowa korekta wysokości ryczałtu dla świadczeniodawcy). Dyrektor Dziełak poinformował, że w minionym tygodniu oddziałom wojewódzkim przekazane zostało dostosowanie informatyczne, które ma wesprzeć prowadzone analizy. Poinformował, że NFZ zakłada ujednolicenie podejścia w zakresie stosowania wzorów we wszystkich oddziałach wojewódzkich, jednocześnie zwracając uwagę, że nie musi to oznaczać identycznego podejścia, biorąc pod uwagę, że segment tzw. D_L nie jest elementem sterowania ręcznego, lecz dostosowania do sytuacji wyjątkowych.

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 7/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Informacji o zakontraktowanych świadczeniach zdrowotnych przez

NFZ na rok 2018 służącej zapewnieniu skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE.

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 (...)

Pani Katarzyna Przybylska wyjaśniła, iż propozycja zmian zapisów uchwały wynikała z opublikowania ostatniego pakietu map potrzeb zdrowotnych (w chwili obecnej nie mamy już do czynienia z żadną delegacją od obowiązku stosowania map potrzeb zdrowotnych). Podkreśliła, że zmiany Rekomendacji w tym zakresie były jedynymi zmianami w projekcie uchwały, do którego zresztą nie zgłoszono uwag. Następnie głos zabrała Pani Małgorzata Zakrzewska, Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego, która porównując uchwałę w zakresie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a oraz uchwałę w zakresie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi, zauważyła pewną niespójność w zakresie zapisu dotyczącego stosowania rekomendacji do Planów działań, które zostały przyjęte przed rekomendacjami oraz poprosiła o rozważenie ujednolicenia zapisów. Pani Przybylska przychyliła się do wyrażonej opinii i zaproponowała wprowadzenie stosownych zapisów do uchwały w zakresie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi, pozostawiając tym samym uchwałę w zakresie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a w pierwotnie proponowanym kształcie.

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 8/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 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.

Aktualizacja rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi - Aktywne i zdrowe starzenie się oraz programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych w ramach innych Priorytetów Inwestycyjnych

Po podjęciu uchwały w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a Pani Katarzyna Przybylska oraz Pan Krzysztof Górski przytoczyli zmiany wprowadzone do uchwały w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi, jednocześnie prezentując treść uchwały na ekranach – z uwzględnieniem zmiany zgłoszonej przez Panią Zakrzewską odnoszącej się do braku zastosowania

Rekomendacji do PD uzgodnionych przez KS przed datą ich przyjęcia (pkt I.7 Rekomendacji).

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 9/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi - Aktywne i zdrowe starzenie się oraz programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych w ramach innych Priorytetów Inwestycyjnych.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Następnie przystąpiono do procedowania Planów działań w ramach poszczególnych Programów Operacyjnych. Każdy Plan – zgodnie z prośbą Dyrektora Górskiego - został pokrótce omówiony przez opiekuna regionu.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Jako pierwszy omówiony został przez Pana Dariusza Juszczynskiego, pracownika Wydziału Koordynacji Polityki Rozwoju w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ, Plan działań na rok 2018 dla województwa śląskiego, który zawiera następujące działania w ramach PI 2c:

- projekt pozakonkursowy (nr RPO WSL.2.P.1) – Śląska Cyfrowa Platforma Medyczna eCareMed - Telemedycyna i eksploracja danych medycznych (wraz z zadaniem pn. włączenie usług teleonkologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego do Śląskiej Cyfrowej Platformy Medycznej eCareMed oraz z zadaniem pn. włączenie telekardiologii i teleneurologii Górnośląskiego Centrum Medycznego im. Prof. L. Gieca do Śląskiej Cyfrowej Platformy Medycznej eCareMed),
- projekt pozakonkursowy (nr RPO WSL.2.P.4) - Śląska Cyfrowa Platforma Medyczna "eCareMed" - Elektroniczna Dokumentacja Medyczna.

Pan Juszczynski poinformował, że oba projekty zostały już przyjęte przez KS w czerwcu 2017 r., tyle, że pierwszy z omawianych projektów występował wówczas jako trzy osobne projekty, które obecnie połączono w jeden „duży”. Pierwotnie planowano przyjęcie zmiany w powyższym zakresie w trybie obiegowym, jednakże z uwagi na wątpliwości ze strony NFZ, przedmiotowy Plan działań procedowany jest podczas posiedzenia. Głos zabrał Pan Dariusz Dziełak, który poinformował, że uwagi NFZ dotyczyły przede wszystkim potencjalnego powielania funkcjonalności wypracowanych w ramach projektów z platformami, czy z funkcjonalnościami, które będą przygotowywane na szczeblu krajowym. Zdaniem Pana Dziełaka część funkcjonalności w obu wnioskach się pokrywa, a jako przykład wskazał prowadzenie repozytorium danych medycznych w pierwszym projekcie przez 5 podmiotów, podczas gdy w drugim projekcie wskazano stworzenie własnego repozytorium dla 9 szpitali.

Dyrektor Dziełak zauważył, że pierwszy projekt dotyczy w dużej mierze telemedycyny, ale nie wyłącznie - m.in. w ramach projektu funkcjonalnego zostaną zdefiniowane rozwiązania organizacyjne i techniczne, wymagane po stronie konsorcjum, celem osiągnięcia wymaganej funkcjonalności Śląskiej Platformy Medycznej eCareMed. Projekt funkcjonalny będzie kontynuacją i rozwinięciem założeń koncepcji

zawartych w studium wykonalności. W ramach drugiego projektu założono, że zostanie opracowana koncepcja systemu eCareMed, przedstawiająca opis funkcjonalny systemu, a także jego parametrów technicznych oraz organizacyjnych. Następnie Pan Dziełak poprosił o wyjaśnienie, czy platforma ma już jakieś określone funkcjonalności oraz informację, kto będzie odpowiedzialny za jej rozwój i opracowanie tychże strategicznych dokumentów.

Głos zabrał Pan Michał Gramatyka, Wicemarszałek Województwa Śląskiego, który podkreślił, że przedmiotowe wnioski o dofinansowanie dla projektu pozakonkursowego należy traktować odrębnie. Zauważył, że pierwszy wniosek ujmuje głównie szpitale kliniczne, natomiast drugi wniosek skupia się na ośmiu szpitalach marszałkowskich i jednym szpitalu powiatowym. Pan Marszałek podkreślił, że oba projekty były już dwukrotnie akceptowane przez NFZ w takim samym kształcie, jaki dzisiaj jest poddawany obradom KS oraz uzyskały wówczas pozytywną opinię. Następnie poprosił przedstawiciela województwa śląskiego o odniesienie się do uwag NFZ. Pan Tadeusz Topór-Kamiński zauważył, że w obu fiskach projektów jest wyraźnie napisane, że budowane jest jedno repozytorium. Z uwagi na to, że platforma jest otwarta, wszystkie pozostałe szpitale w województwie będą się mogły do niej przyłączyć - oczywiście pod warunkiem, że będą chciały. Pan Topór-Kamiński podkreślił, że funkcjonalność repozytorium regionalnego nie jest zatem dublowana. Odnosząc się do uwagi NFZ dotyczącej liczby beneficjentów, zauważył, że – zgodnie z wcześniej wspomnianą przez Pana Marszałka informacją, w platformie występują przekrojowo reprezentanci wszystkich poziomów hierarchii szpitali (od klinicznych po powiatowe). Docelowo, dzięki wytworzonemu na bazie ww. szpitali pilotażowi, planowane jest w kolejnych etapach objęcie projektem wszystkich szpitali w województwie. Podkreślił, że za wytworzenie szczegółowych założeń platformy odpowiedzialność ponoszą liderzy obu zadań, czyli w przypadku szpitali marszałkowskich - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu, natomiast w przypadku szpitali skupionych wokół szpitali klinicznych - Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Poinformował, że ww. liderzy podpisali ze sobą porozumienie o współpracy, które warunkuje zarządzanie projektem i gwarantuje, że nie będą powielane poszczególne moduły.

Następnie głos zabrał Pan Marszałek Gramatyka, podkreślając, że województwo śląskie jest organem prowadzącym dla 35 szpitali na terenie województwa, z czego osiem szpitali znajduje się w platformie. Przypomniął, że jest to projekt pilotażowy i założeniem województwa nie jest przeznaczanie środków unijnych na infrastrukturę, lecz budowa platformy w modelu „Software as a Service”, która będzie otwarta na wszelkie wytyczne, które pojawią się na szczeblu centralnym, bez powielania żadnych rozwiązań.

Dyrektor Górski odnosząc się do toczącej dyskusji poprosił o wyjaśnienie powodu podziału omawianego konceptu na dwa projekty. Zauważył, że bardziej zasadnym rozwiązaniem, które pozwoliłoby na uniknięcie zagrożeń, o których mówił przedstawiciel NFZ, wydaje się wdrażanie jednego przedsięwzięcia (w przypadku dwóch odrębnych projektów dochodzi np. element wymiany informacji między dwoma różnymi zespołami projektowymi). Pan Marszałek Gramatyka wyjaśnił, że rzeczywiście początkowo projekt zakładał realizację działań w gronie wielu szpitali należących do różnych właścicieli. Na pewnym etapie została podjęta decyzja o rozdzieleniu funkcjonalnym tego projektu i skoncentrowaniu się szpitali klinicznych na jednej części i szpitali marszałkowskich na drugiej części. Następnie Pan Marszałek oddał

głos Pani Małgorzacie Staś, Dyrektor Wydziału Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego. Pani Staś poinformowała, że uprzednio postanowiono rozdzielić projekty, żeby sprostać wymaganiom art. 33 ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (tzw. ustawy wdrożeniowej), natomiast obecne pogrupowanie ich ma w konsekwencji podnieść sprawność zarządzania w trakcie realizacji tego projektu. Zwróciła uwagę na trudności w realizacji i zarządzaniu dużym projektem. Poinformowała, że liderzy obu projektów spotykają się i wspólnie tworzą założenia projektowe. Zaznaczyła, że kryteria wyboru projektów przygotowane przez Komitet Monitorujący mają zapewnić komplementarność, jak również odpowiednią weryfikację założeń, aby projekty/środki się nie nakładały i nie wystąpiło powielanie wydatków. Zgodnie z wiedzą Pani Staś, projekty mają zostać złożone do końca marca br. Pani Staś podkreśliła, że fiszki będące przedmiotem posiedzenia KS zostały już zatwierdzone przez Komitet Monitorujący, ale w toku prac nad projektami, w celu sprawniejszej realizacji postanowiono dokonać pewnych zmian, przy czym główne zmiany w przypadku jednego projektu dotyczą połączenia działań, a w przypadku drugiego projektu dodano kluczowe partnera w kwestii trwałości projektów, którym jest województwo śląskie. Następnie Pan Marszałek Gramatyka zauważył, że powyższe rozwiązanie wychodzi naprzeciw oczekiwaniom, gdyż w czerwcu zeszłego roku została podjęta pozytywna decyzja dla projektu, który wówczas ujmował cztery zadania, natomiast obecnie dokonano koncentracji zadań do dwóch strumieni, przy czym w każdym strumieniu są realizowane inne elementy projektu.

Następnie Pan Cezary Brzozowski, Zastępca Dyrektora Departamentu Rozwoju Systemów w Ministerstwie Cyfryzacji (MC), zaważył, że mowa jest o dwóch projektach informatycznych, które mają na celu stworzenie komponentów technologicznych do platformy eCareMed. Zdaniem Pana Brzozowskiego pojawia się kluczowe ryzyko wyłonienia partnerów i zaangażowania ich w tworzenie ww. komponentów. Poprosił o wyjaśnienie, czy komponenty w projekcie drugim „Elektroniczna Dokumentacja Medyczna” będą tworzone przez tych samych partnerów wewnątrznie w zespole, czy będą wyłanianiani partnerzy zgodnie z PZP oraz czy partnerzy będą musieli kooperować ze sobą w celu utworzenia platformy technologicznej. Dodatkowo poprosił o informację, jak IZ zamierza zarządzić ryzykiem niedogadania się różnych partnerów, różnych podmiotów gospodarczych w celu zrealizowania tak naprawdę mierników projektu z perspektywy projektu finansowanego ze środków regionalnych i utrzymania później trwałości.

Dyrektor Staś wyjaśniła, iż w szczegółowym porozumieniu będzie określone kto jest liderem danego przetargu, ale będą to działania wspólne podejmowane w ramach dwóch projektów, aby uniknąć właśnie wspomnianej przez przedmówcę sytuacji.

Pan Brzozowski zauważył, że wspólne przetargi, realizowanie zamówienia przez drugiego zamawiającego nie zlikwiduje problemu związanego z pojawieniem się kilku oferentów lub wyłonieniem kilku podmiotów gospodarczych do realizacji różnych zadań. Pan Topór-Kamiński przyznał, że działania muszą być realizowane zgodnie z PZP i wytycznymi Komisji Europejskiej, lecz po stronie zamawiającego będzie spoczywał obowiązek, aby postępowanie ułożyć tak, żeby z jednej strony zachować warunki PZP, a z drugiej strony działać na swoją korzyść, czyli wyłonić wykonawców w taki sposób, aby kluczowe elementy platformy wytwarzał ten sam wykonawca. Podkreślił, że jest świadomy, że będzie to trudne

zadanie, ale nie ma to nic wspólnego - zdaniem Pana Topora-Kamińskiego - z podziałem projektu na dwie części.

Pan Brzozowski dodał, że z podziałem ma to związek z tego względu, że występują różni interesariusze. Projekty są składane niezależnie przez dwa organy, co tak naprawdę skutkuje koniecznością utrzymania poszczególnych mierników przez dwa podmioty. Każdy z tych podmiotów będzie realizował projekty w taki sposób, aby osiągnąć mierniki, przypisane do danego podmiotu. Umowa czy porozumienie pomiędzy podmiotami jest tylko porozumieniem, natomiast zobowiązanie finansowe i dyscyplina finansów publicznych pozostaje na poziomie podmiotów i ona jest nadrzędna w stosunku do porozumienia. W najgorszym wypadku porozumienie może zostać rozwiązane, a projekty nie będą zrealizowane, i tutaj istnieje ryzyko niezrealizowania jednego projektu ze względu na niedostarczenie komponentów kluczowych lub ryzyka związane z wyłonieniem wykonawców. Pan Marszałek Gramatyka dziękując za troskę stwierdził, że IZ nie identyfikuje takiego ryzyka i między innymi dlatego w drugim projekcie wskazano Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego jako podmiot wspierający/koordynujący drugą część projektu. W obu częściach projektu realizowane są różne zadania. Podkreślił, że jest absolutnie przekonany, iż możliwe jest napisanie specyfikacji w taki sposób, żeby zachować warunki konkurencyjności oraz wszystkie wytyczne Komisji Europejskiej.

Dyrektor Górski wyraził przekonanie, że troska NFZ i MC wynika z pewnych doświadczeń sektora publicznego oraz opinię, że wspomniane ryzyko istnieje. Głos zabrał ponownie Pan Dzielak, który stwierdził, że główną obawą NFZ było powielanie się zadań, niektórych funkcjonalności, czy rozwiązań organizacyjnych i technicznych. Jednocześnie poprosił o ewentualne ponowne przeanalizowanie obu projektów. Zauważył, że w obu projektach jest wskazany na przykład moduł analityki i raportowania dotyczący zarówno danych finansowych, jak i klinicznych. Zdaniem Dyrektora Dzielaka takie działanie może być potencjalnie niebezpieczne, aby na jednym – jak już ustalono – repozytorium działały dwa różne systemy analityczne.

Następnie głos w dyskusji zabrała Pani Joanna Wiszniewska, przedstawiciel Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), która potwierdziła, że CSIOZ jest dobrym przykładem, że dzielenie zamówień na części nie zawsze działa. CSIOZ stoi na stanowisku, żeby możliwie najmniej dzielić zamówienia, gdyż wykonawcy nie zawsze potrafią się ze sobą porozumieć.

Dodała jednocześnie, że opiniując przedmiotowy projekt, nie zidentyfikowała problemu powielania funkcjonalności oraz poprosiła o wyjaśnienie w zakresie warstwy analitycznej, zwracając uwagę na konieczność niepowielania się również tych zadań.

Przedstawiciel województwa śląskiego wyjaśnił, że niektóre moduły są wytwarzane w jednej części, natomiast druga część się do niej przyłącza (przykładowo niektóre moduły są wytwarzane w części szpitali klinicznych, a część szpitali wojewódzkich przyłącza się do tego modułu). Podkreślił, że województwo jest świadome problemu zamówień publicznych, jak również doświadczeń CSIOZ z projektem P1. Zaznaczył, że istotne jest, aby z jednej strony być zgodnym z PZP, a z drugiej strony zabezpieczyć interes interesariuszy, w tym przypadku - beneficjentów. Powyższe jednak nie ma nic wspólnego z podziałem

projektu na dwa wnioski.

Wobec toczącej się dyskusji, w szczególności mając na uwadze głosy płynące od głównych interesariuszy, mających wpływ na informatyzację ochrony zdrowia, Dyrektor Górski poprosił przedstawicieli województwa śląskiego o potwierdzenie woli przedłożenia Planu działań pod głosowanie oraz rozważenie przeniesienia tego punktu na kolejne posiedzenie KS, po przepracowaniu koncepcji zmian. Pan Marszałek Gramatyka potwierdził wolę poddania głosowaniu Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego. Jednocześnie Pan Marszałek zadeklarował mitygację wszystkich ryzyk, o których była mowa na posiedzeniu, mając świadomość, jak trudne jest to zdanie. Podkreślił również, że województwo śląskie jest przygotowane do poprawnej realizacji przedmiotowych zadań, zgodnie z wytycznymi centralnymi.

W związku z powyższym przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 10/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020

W dalszej kolejności Pani Małgorzata Majewska, pracownik Wydziału Koordynacji Polityki Rozwoju w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ omówiła Plan działań na rok 2018 dla województwa wielkopolskiego, który w ramach PI 8vi zawiera jeden konkurs (nr RPO WWL.6.K.16) - Program profilaktyki retinopatii cukrzycowej w województwie wielkopolskim.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 11/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

Następnie Pani Majewska omówiła Plan działań w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER), który obejmuje sześć działań:

- konkurs w ramach PI 8vi (nr POWR.5.K.12) - Program profilaktyczny w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej,
- konkurs w ramach PI 8vi (nr POWR.5.K.13) - Program profilaktyczny w zakresie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- konkurs w ramach PI 8vi (nr POWR.5.K.14) - Program profilaktyczny w zakresie zapobiegania

osteoporozy,

- konkurs w ramach PI 8vi (nr POWR.5.K.15) - Program profilaktyczny w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca,
- konkurs w ramach PI 8vi (nr POWR.5.K.17) - Program profilaktyczny w zakresie zapobiegania nowotworom skóry,
- konkurs w ramach PI 10 ii / PI 10 iii (nr POWR.5.K.29) - Pielęgniarskie kompetencje zamawiane.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 12/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020

W dalszej kolejności Pan Dariusz Juszczynski poinformował, że Plan działań w ramach POLiŚ na rok 2018 zawiera następujące projekty pozakonkursowe w ramach PI 9a:

- nr POLiŚ.9.P.106 - Utworzenie referencyjnego ośrodka leczenia niepłodności w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu,
- nr POLiŚ.9.P.107 - Rozbudowa i doposażenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Kielcach celem utworzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego - I ETAP.

Następnie głos zabrał Pan Roman Kolek, Wicemarszałek Województwa Opolskiego, który - odnosząc się do drugiego projektu - poddał w wątpliwość zasadność utworzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Kielcach. Pani Małgorzata Iwanicka-Michałowicz, Naczelnik Wydziału Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ wyjaśniła, iż SOR Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Kielcach znajduje się w Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Świętokrzyskiego., co jest potwierdzeniem jego zasadności.

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwałą Nr 13/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020

W dalszej kolejności Pani Majewska omówiła Plan działań na rok 2018 dla województwa zachodniopomorskiego, w którym ujęto pięć działań:

- konkurs w ramach PI 8vi (nr RPOWZ.6.K.2) - Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów skóry,
- konkurs w ramach PI 9iv (nr RPOWZ.7.K.1) - Wczesne wykrywanie oraz rehabilitacja zaburzeń słuchu i mowy wśród uczniów pierwszej klasy szkoły podstawowej,
- konkurs w ramach PI 9iv (nr RPOWZ.7.K.2) - Wczesne wykrywanie i rehabilitacja wad wzroku wśród uczniów pierwszej klasy szkoły podstawowej,
- konkurs w ramach PI 9iv (nr RPOWZ.7.K.3) - Wczesne wykrywanie, terapia oraz rehabilitacja dzieci i młodzieży z całościowymi zaburzeniami psychicznymi,
- konkurs w ramach PI 9iv (nr RPOWZ.7.K.4) - Wczesne rozpoznanie i korekcja wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

W odniesieniu do RPZ pn. *Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów skóry*, Pan Dyrektor Górski zauważył, że MZ pozytywnie zaopiniowało ww. projekt z zastrzeżeniem, że wprowadzone zostaną kryteria, które wykluczą ewentualne dublowanie się z ogólnopolskim programem profilaktycznym w zakresie zapobiegania nowotworom skóry, który również dzisiaj został przyjęty przez KS (w ramach Planu działań na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020). Dyrektor Górski zauważył, że dla programu ogólnopolskiego przyjęto kryterium: *projektodawca oraz ewentualni partnerzy nie realizują projektu o charakterze profilaktycznym, zbieżnym merytorycznie (tzn. dotyczącym tej samej jednostki chorobowej) finansowanego w ramach regionalnego programu operacyjnego*. Istotne jest, aby podmioty, które mają podpisaną umowę w ramach centralnego programu nie mogły ubiegać się o dofinansowanie w programie proponowanym przez województwo zachodniopomorskie i odwrotnie. Biorąc pod uwagę, że w niedługim czasie planowane jest ogłoszenie przez MZ przedmiotowego konkursu, przekazana zostanie do IZ RPO województwa zachodniopomorskiego lista podmiotów, które złożyły wniosek o dofinansowanie, a następnie lista podmiotów, które będą realizować program ogólnopolski.

Następnie głos zabrała Pani Dorota Korczyńska, Kierownik Biura ds. Europejskiego Funduszu Społecznego w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Zachodniopomorskiego, która potwierdziła, że przedmiotowe kryterium w brzmieniu: *Projektodawca/Partner nie jest realizatorem analogicznego programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej realizowanego w ramach POWER*, zawarte jest w procedowanym Planie działań.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 14/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Zmiana Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020

Pan Juszczyński wyjaśnił, że województwo kujawsko-pomorskie zaproponowało zmiany do już przyjętego

na forum KS projektu pozakonkursowego nr RPOWK.2.P.1 – Budowa i rozwój regionalnego systemu dostępności i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej w województwie kujawsko-pomorskim, zgodnie z którymi ww. projekt został podzielony przez Instytucję Zarządzającą na dwa:

- RPOWK.2.P.1 - Budowa kujawsko-pomorskiego systemu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej – I etap oraz
- RPOWK.2.P.2 - Budowa kujawsko-pomorskiego systemu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej – II etap.

Pan Juszczynski poinformował, że pierwszy z wymienionych projektów ujęty jest w Planie działań na rok 2017, natomiast drugi Planie działań w sektorze zdrowia na rok 2018 oraz oddał głos Pani Małgorzacie Wiśniewskiej, Zastępca Dyrektora Departamentu Spraw Społecznych, Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego i Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Pani Wiśniewska poinformowała, że projekt związany z e-zdrowiem jest kontynuacją projektów, które były realizowane w okresie 2017-2013. Potwierdziła, że w lipcu 2017 KS przyjął projekt strategiczny w zakresie e-zdrowia (jako jeden duży projekt o wartości ponad 102 mln zł), natomiast po analizach związanych z przygotowaniem potencjalnych partnerów, projekt został decyzją Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego podzielony na 2 etapy. Do pierwszego etapu zostały skierowane jednostki wojewódzkie i kliniczne, które były w danej chwili bardziej przygotowane, natomiast w ramach drugiego etapu trwały wówczas konkursy związane z wyborem partnerów. Ponieważ województwu zależało na zamknięciu pewnej części projektu jeszcze w zeszłym roku, wniosek na etap pierwszy został już złożony, oceniony i podpisana została umowa o dofinansowanie, natomiast wniosek na etap drugi został wskazany w PD na I kwartał 2018 r. Drugi wniosek został złożony po wyłonieniu partnerów i są to głównie szpitale powiatowe. W obecnej chwili praktycznie całe województwo jest objęte działaniami - docelowo oczywiście system jest otwarty również dla jednostek, które nie są w tym momencie partnerami, także dla jednostek podstawowej opieki zdrowotnej. Z uwagi na negatywną opinię NFZ w powyższym zakresie Dyrektor Górski poprosił o zabranie głosu przedstawiciela tejże instytucji. Dyrektor Dziełak zauważył, że wskazany w pierwszym etapie zakres wsparcia dla szpitali klinicznych i wojewódzkich wydawał się większy niż zakres wsparcia dla szpitali powiatowych w etapie drugim. Ponieważ z przedstawionych wyjaśnień wynika, że zakres wsparcia jest identyczny, Pan Dziełak wycofał negatywną opinię, jednocześnie prosząc o zawarcie stosownych informacji w Planie działań.

Pani Wiśniewska przyznała, że rzeczowa realizacja projektu była dość skromnie opisana oraz poinformowała, że zapis w pozycji 28 w ramach Planu działań na rok 2018 zostanie rozszerzony o działania w projekcie. Rzeczowa realizacja projektu zostanie opisana w podobny sposób, jak pozycja zadania „Modernizacja systemów informatycznych i usług elektronicznych w jednostkach ochrony zdrowia”, która zawiera więcej szczegółów w tym zakresie.

Dyrektor Górski poprosił, aby nie traktować KS jako swojego rodzaju „forum notarialnego”, gdzie głosujemy de facto stan już zastany. Celem KS jest dyskusja na temat planowanych działań i poprosił, aby działania planowane do realizacji w kolejnym roku były przedstawiane na forum KS możliwie jak najszybciej. Podkreślił, że oczywiście w toku realizacji roku budżetowego pojawiają się czy dojrzewają pewne pomysły i wtedy pojawia się potrzeba aktualizacji Planu działań. Uwaga została przyjęta przez Panią Wiśniewską,

która jednocześnie podkreśliła, że projekty będące przedmiotem głosowania, stanowią łącznie nadal ten sam projekt, który został przegłosowany w lipcu, a zmiana dotyczy tak naprawę technicznych rozwiązań.

W związku z powyższym przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 15/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie zmiany 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, a następnie Uchwały Nr 16/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Uchwały zostały podjęte większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

Następnie Pan Juszczyński omówił Plan działań na rok 2018 dla województwa lubelskiego, który zawiera jeden konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WLU.10.K.5) - Programy zdrowotne ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy dostosowane do potrzeb konkretnych pracodawców i ich pracowników (w tym działania szkoleniowe). Następnie na prośbę dotyczącą wyjaśnienia, czy w ramach programu planowane jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, Pani Karolina Lewczyk, przedstawiciel Departamentu Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubelskiego wyjaśniła, że usługi zdrowotne wystąpią wtedy, gdy taka konieczność będzie wynikała z analizy sytuacji u pracodawcy w danych stanowiskach pracy – stosownie do potrzeb konkretnych.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 17/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

W dalszej kolejności Pan Juszczyński przedstawił Plan działań na rok 2018 dla województwa małopolskiego, w którym ujęte są dwa działania:

- konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WMZ.9.K.3) - Wdrożenie programów zdrowotnych w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych oraz zagrożonych niepełnosprawnością,
- konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.3) - Wdrożenie programów zdrowotnych dotyczących chorób będących istotnym problemem regionu (program polityki zdrowotnej dot. chorób odstresowych).

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 18/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

Plan działań na rok 2018 dla województwa podlaskiego zaprezentował Pan Jarosław Izdebski, pracownik Wydziału Koordynacji Polityki Rozwoju w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ. W dokumencie ujęte są trzy działania:

- konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WPD.2.K.8) - Realizacja Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego,
- konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WPD.8.K.6) - Inwestycje w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WPD.7.K.2) - Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi poprzez tworzenie dziennych domów opieki medycznej.

Wobec braku uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 19/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego.

Uchwała została podjęta większością głosów.

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

Pani Przybylska poinformowała, że do projektu Regulaminu zamieszczonego na Bazie Wiedzy wpłynęły dwie uwagi ze strony województwa wielkopolskiego w zakresie punktu dotyczącego przyjmowania zmian w Planach działań. Pierwsza uwaga w zakresie zmian, które nie wymagają ponownej uchwały, ale podlegają zgłoszeniu do Sekretariatu KS dotyczyła dodania do § 4 pkt 8 lit. m kosztorysu RPZ. Pani Przybylska poinformowała, iż - biorąc pod uwagę konieczność analizy kosztów jednostkowych usług zdrowotnych - brak jest możliwości uwzględnienia przedmiotowej uwagi. Druga uwaga województwa wielkopolskiego dotyczyła przeniesienia zapisów z § 4 pkt 8 lit. m do § 4 pkt 7 (przeniesienie zmian w naborach konkursowych oraz fischkach RPZ wynikających z opinii AOTMiT z katalogu zmian, które nie wymagają ponownej uchwały KS, ale podlegają zgłoszeniu do Sekretariatu KS do katalogu zmian, które nie wymagają ani ponownej uchwały, ani zgłoszenia do Sekretariatu KS). Pani Przybylska poinformowała o braku możliwości uwzględnienia również ww. uwagi, gdyż uwagi AOTMiT bywają niekiedy daleko idące i jako przykład wskazała zmiany, jakie w wyniku uwag AOTMiT zaszły w dwóch programach

profilaktycznych przygotowanych w ramach POWER (np. zmiana grupy docelowej, zmiana zakresu działań).

Następnie Pani Przybylska przypomniała, że na Bazie Wiedzy zamieszczona była również informacyjnie propozycja zmiany regulaminu, przesłana przez województwo małopolskie. Zdaniem Pani Przybylskiej zaproponowane zmiany były zbyt daleko idące - w katalogu zmian wymagających ponownej uchwały KS wskazano tylko cztery punkty, co ograniczałoby tak naprawdę możliwość zapewnienia właściwej koordynacji działań. Niemniej podkreśliła, że skorzystano z części zaproponowanych zmian przy konstruowaniu dyskutowanej wersji Regulaminu, natomiast całość propozycji nie jest możliwa do zaakceptowania.

Głos w dyskusji zabrała Pani Małgorzata Szczudłowska, przedstawiciel Departamentu Ochrony Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Świętokrzyskiego. Pani Szczudłowska - zauważając, że chociaż województwo świętokrzyskie nie zgłaszało wcześniej uwag - zaproponowała, żeby w punkcie 8 dotyczącym zmian, które nie wymagają ponownej uchwały KS, ale podlegają zgłoszeniu do Sekretariatu KS, uwzględnić - po lit. d i e – punkt dotyczący zmian będących wynikiem rozstrzygniętych naborów, jeżeli zmiany te nie są wynikiem zwiększenia alokacji na konkurs. Pani Szczudłowska wyjaśniła, że ma na myśli sytuację, na którą IZ nie ma wpływu, np. mniejsza liczba wniosków, która może spowodować niewydatkowanie kwoty i nieosiągnięcie pewnych wskaźników i jako przykład wskazała zgłaszane w roku 2017 r. zmiany Planu działań województwa świętokrzyskiego, które były wynikiem rozstrzygnięcia konkursowego. Następnie Pan Marcin Marczak poinformował, że dysponuje konkretną propozycją w tym zakresie. Zauważył, że województwo małopolskie, które inicjowało proces zmiany Regulaminu ma listę uwag do dyskutowanej wersji, które chciałby przedstawić. Odnosząc się do wypowiedzi przedmówczyni zauważył, że Plan działania jest planem, a nie sprawozdaniem i gdzieś musi być moment, w którym kończy się uzgadnianie Planu, a zaczyna się wdrażanie, realizacja i sprawozdawczość. Następnie zaproponował nadanie punktowi 7 lit. g zawierającemu katalog zmian niewymagających ponownej uchwały oraz zgłoszenia do Sekretariatu KS, następującego brzmienia *„zmian zachodzących od momentu rozstrzygnięcia konkursu lub rundy konkursu, wybrania do dofinansowania projektu pozakonkursowego”*. W opinii Pana Marcza ww. brzmienie zabezpiecza ideę, iż od momentu wybrania do dofinansowania Plan działań już nie jest żadnym planem, tylko jest już konkursem czy wybranym projektem i nie podlega ponownie rozpatrzeniu przez KS.

Wobec informacji przedstawiciela województwa małopolskiego, iż łącznie zamierza zgłosić 11 uwag do zaproponowanego Regulaminu, Dyrektor Górski poprosił o przyjęcie praktyki wcześniejszego zgłaszania uwag, która pozwoli na dokładne zapoznanie się z nimi i przedstawienie stanowiska. Ponadto zauważył, iż przeprowadzone badanie ewaluacyjne „Ocena realizacji Planów Działań w sektorze zdrowia” nie zawierało żadnego zastrzeżenia do funkcjonowania Regulaminu KS w tym zakresie. Wobec powyższego Dyrektor Górski zaproponował przeprowadzanie analizy zapisów Regulaminu w zakresie zgłaszania zmian do Planów działań - również pod kątem uwag województwa małopolskiego oraz ewentualne powrót do dyskusji na kolejnym posiedzeniu KS. Pan Marczak zauważył, że Regulamin KS pozwala na zgłaszanie uwag do dokumentów na posiedzeniu. W związku z powyższym Pan Dyrektor poprosił przedstawiciela

województwa małopolskiego o zaprezentowanie uwag. Pan Marczak poinformował, iż zgodnie z wcześniej przedstawionym stanowiskiem, proponuje, aby przyjąć, że zmiany zachodzące od momentu rozstrzygnięcia konkursu lub rundy konkursu/ wybrania do dofinansowania projektu pozakonkursowego nie wymagają ponownej uchwały oraz zgłoszenia do Sekretariatu KS. Zdaniem Pana Marcza moment pojawienia się uchwały zarządu województwa w sprawie wyboru projektów jest graniczny, po którym nie należy wchodzić w interakcje z KS. Po upewnieniu się, że powyższa propozycja miałaby zostać dodana do katalogu zmian niewymagających ponownej uchwały oraz zgłoszenia do Sekretariatu KS, Pani Przybylska zauważyła, iż przedstawiona propozycja pozbawia jakiejkolwiek możliwości monitorowania działań ujętych w Planach działań po ich przyjęciu przez KS i tym samym zredukowanie roli koordynacyjnej tegoż gremium. Odnosząc się do kwestii sprawozdawczych Pan Marczak podkreślił, że IZ cyklicznie wysyłają do MZ sprawozdania, co umożliwia monitorowanie efektów wdrażania konkursów, kontraktacji projektów, itd. Głos w dyskusji zabrała Pani Ewa Niedziałek, przedstawiciel Departamentu Regionalnych Programów Operacyjnych w Ministerstwie Inwestycji i Rozwoju, która wyraziła opinię, iż KS powinien mieć pełną wiedzę np. na temat konkursów (nawet po rozstrzygnięciu naborów) czy osiągniętych wskaźników. Następnie Pani Szczudłowska poparła stanowisko przedstawione przez województwo małopolskie oraz zaznaczyła, że - bez znaczenia czy zapis zostanie ujęty w pkt 7 czy 8 - celem nie jest pozbawianie KS wiedzy o tym, co się dzieje na poziomie poszczególnych województw z chwilą dokonania wyboru projektu w wyniku konkursu. Informacja taka może być przekazywana, natomiast nie powinno to wymagać ponownego przyjęcia Planu działań uchwałą KS - jest faktycznie zatwierdzenie przez KS czegoś, co się już zadziało i wyniknęło z rozstrzygnięcia konkursu. Pani Przybylska odnosząc się do cyklicznych sprawozdań przekazywanych do MZ zauważyła, że są one przesyłane raz do roku, natomiast koordynacja powinna odbywać się na bieżąco. Następnie Pani Dorota Korczyńska zauważyła, że województwo zachodniopomorskie znajduje się w podobnej sytuacji - konkurs został rozstrzygnięty, są podmioty, które nie uzyskały dofinansowania, pozostały niewykorzystane środki, które być może zostaną przeznaczone na rzecz podmiotów, które się odwołują – zatem na chwilę obecną nie wiadomo jeszcze do końca jakie będzie rozstrzygnięcie konkursu. Zdaniem Pani Korczyńskiej przesyłanie informacji na bieżąco jest pozbawione sensu. Biorąc pod uwagę dynamikę sytuacji nawet coroczne sprawozdawanie może wydawać się dość częste. Pan Marczak zauważył, że każdy urząd publiczny może również w dowolnym momencie sprawdzić dane w systemie SL2014, wobec czego nie widzi potrzeby, żeby ciągle przekazywać do Sekretariatu KS informacje o zmianach, które są de facto informacjami po fakcie.

W związku z toczącą się dyskusją Dyrektor Górski zaproponował niezmienną Regulaminu podczas obecnego posiedzenia i ponowną analizę jego zapisów oraz zobowiązał Sekretariat KS do ograniczania wprowadzania zmian w Regulaminie tylko do tych, które są absolutnie konieczne. Zauważył, że dyskutowane uwagi dotyczące ułatwień są słuszne, niemniej jednak wymagają przeanalizowania. Wobec powyższego zaproponował procedowanie zmiany Regulaminu w trybie obiegowym lub na kolejnym posiedzeniu KS, a następnie oddał głos przedstawicielowi Komisji Europejskiej.

Sprawy różne

Na koniec posiedzenia głos zabrała Pani Joanna Charytonowicz, która przedstawiła zapisy dokumentu,

opublikowanego 7 marca 2018 r. przez Komisję Europejską w ramach Semestru Europejskiego, skupiając się w głównej mierze na omówieniu części dotyczącej opieki zdrowia w Polsce. Pani Charytonowicz zwróciła również uwagę na dokument *Stan zdrowia w Unii Europejskiej. Polska*, który zawiera dane, w oparciu o które zostały sformułowane wnioski. Dodatkowo zadeklarowała przekazanie - za pośrednictwem Sekretariatu KS – stosownych linków oraz zachęciła do zapoznania się z dokumentami (również z broszurą dostępną przed salą).

Wobec braku innych głosów ze strony uczestników, Pan Krzysztof Górski i Pani Katarzyna Przybylska podziękowali za spotkanie i zakończyli posiedzenie, informując, że kolejne spotkanie planowane jest na czerwiec 2018 r.

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 4/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Sprawozdania z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2017 r.

Wyniki głosowania:

- 29 głosów – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 5/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie określenia stawek jednostkowych na usługi zdrowotne, obowiązujące w ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego, współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego

Wyniki głosowania:

- 26 głosów – za podjęciem uchwały,
- 2 głosy – przeciw podjęciu uchwały,
- 3 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 6/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Listy programów/ działań/ projektów finansowanych w 2018 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 podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,

- 2 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 7/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Informacji o zakontraktowanych świadczeniach zdrowotnych przez NFZ na rok 2018 służącej zapewnieniu skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE

Wyniki głosowania:

- 26 głosów – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 3 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 8/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 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:

- 30 głosów – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 9/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi - Aktywne i zdrowe starzenie się oraz programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych w ramach innych Priorytetów Inwestycyjnych

Wyniki głosowania:

- 21 głosów – za podjęciem uchwały,
- 3 głosy – przeciw podjęciu uchwały,
- 5 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 10/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego

Wyniki głosowania:

- 18 głosów – za podjęciem uchwały,
- 5 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 6 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 11/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego

Wyniki głosowania:

- 29 głosów – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 12/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

Wyniki głosowania:

- 27 głosów – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 13/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020

Wyniki głosowania:

- 22 głosy – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 4 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 14/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego

Wyniki głosowania:

- 26 głosów – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 15/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie zmiany 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

Wyniki głosowania:

- 24 głosy – za podjęciem uchwały,

- 3 głosy – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 16/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Wyniki głosowania:

- 20 głosów – za podjęciem uchwały,
- 3 głosy – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 17/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego

Wyniki głosowania:

- 25 głosów – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 3 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 18/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego

Wyniki głosowania:

- 24 głosy – za podjęciem uchwały,
- 3 głosy – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 19/2018/XVI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 marca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego

Wyniki głosowania:

- 26 głosów – za podjęciem uchwały,
- 2 głosy – przeciw podjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

5.	Protokół sporządził: Justyna Wajrach	główny specjalista w Wydziale Koordynacji i Rozwoju Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia
6.	Zatwierdził: 07 MAJ 2018	w/z Przewodniczącego Uprybylska

Załącznik 1: Lista obecności
Załącznik 2: Porządek obrad