

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
2.	Porządek obrad:

VI. posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce **19 maja 2016 r.** w siedzibie Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15 w Warszawie.

Porządek obrad stanowi załącznik nr 1 do protokołu.

3.	Przebieg posiedzenia:
----	-----------------------

Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.

W VI. posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyły łącznie 83 osoby (36 członków i zastępców członków (lub osób upoważnionych do głosowania), 4 stałych obserwatorów i 43 inne zaproszone osoby), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 31 osób z prawem do głosowania (członkowie, zastępcy lub osoby upoważnione). Imienna lista uczestników spotkania stanowi załącznik nr 2 do protokołu.

Spotkanie otworzył Przewodniczący Komitetu Sterującego, Pan Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia (MZ), który przywitał wszystkich uczestników oraz podziękował za przybycie na spotkanie. Pan Minister podkreślił, że przedmiotem VI. posiedzenia KS będzie szereg istotnych spraw.

Następnie posiedzenie prowadzone było, zgodnie z prośbą Pana Ministra, przez Panią Agnieszkę Kister, kierującą pracami Departamentu Funduszy Europejskich MZ - Zastępcę Przewodniczącego Komitetu Sterującego.

Pani Dyrektor Kister zaproponowała przyjęcie porządku obrad, podczas których omawiane będą trzy główne punkty:

1. Przyjęcie 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,

2. Przyjęcie Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020 oraz rekomendacji projektów pozakonkursowych w ramach Działania 9.1.,
3. Omówienia propozycji planów działań w zakresie kilku RPO. Pani Dyrektor Kister zaznaczyła, że ten punkt będzie miał charakter warsztatowy i w tym zakresie nie jest przewidziane głosowanie.

Porządek obrad został przyjęty jednomyślnie.

Następnie Pani Dyrektor Kister zaproponowała przejście do punktu dotyczącego omówienia rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a oraz procedowanie w taki sposób, aby na bieżąco uzgadniać brzmienie poszczególnych rekomendacji.

- 1. Przyjęcie 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**

Po odczytaniu przez Panią Dyrektor Kister dwóch pierwszych punktów rekomendacji (załącznika nr 1 do projektu uchwały) w zakresie Zasad ogólnych, głos zabrała Pani Marta Leśniak, Zastępca Dyrektora Departamentu Regionalnych Programów Operacyjnych w Ministerstwie Rozwoju. Pani Dyrektor Leśniak zwróciła się z prośbą o doprecyzowanie punktu 2 dotyczącego warunków ubiegania o wsparcie z EFSI, tj. traktowania podmiotów w sposób niedyskryminujący ze względu na ich formę prawną, rodzaj podmiotu, formę własności tak, aby jasno z niego wynikało, że chodzi o system publiczny - finansowany ze środków publicznych, ponieważ bardzo często docierają do Ministerstwa Rozwoju postulaty/zapytania, aby dofinansować infrastrukturę, która będzie wykorzystywana komercyjnie.

Pani Dyrektor Kister zauważyła, że ww. zapis ma charakter ogólny, a że w dalszej części dokumentu przedmiotowa kwestia została uregulowana wprost jako rekomendacja dla kryterium dostępu o charakterze obligatoryjnym. Pani Dyrektor Leśniak zauważyła, że jest to warunek dostępu dla podmiotów, a ten punkt dotyczy wyboru projektów, czyli w istocie tego co zamierzamy wspierać. Pani Dyrektor Kister przedstawiła sposób rozwiązania przedmiotowej kwestii przyjęty w PO liŚ. Na etapie zapisów umowy o dofinansowanie pojawia się wymóg dotyczący kontraktu z NFZ, kontekst pomocy publicznej oraz wyraźne wskazanie, że infrastruktura wytworzona w projekcie nie może być wykorzystywana w celu komercyjnego udzielania świadczeń.

Pani Dyrektor Leśniak zauważyła, iż umowa jest kwestią wtórną co do wyboru projektów, a tu chodzi o informacje dla członków Komitetów Monitorujących.

Pani Dyrektor Kister zaproponowała, aby dodać kolejną rekomendację w brzmieniu „infrastruktura wytworzona w projekcie może być wykorzystywana wyłącznie na potrzeby świadczeń w ramach systemu

publicznego". Pani Dyrektor Leśniak odnosząc się do propozycji zapisu, zwróciła się z pytaniem, czy powinniśmy odnosić się do całej infrastruktury, czy też dopuścić możliwość komercyjnego wykorzystania pewnej jej części. W takim wypadku należałoby jednak wyłączyć ww. część z wydatków kwalifikowalnych, tak jak np. w infrastrukturze badawczej (CT1), gdzie identyfikuje się część projektów wykorzystywaną do celów gospodarczych i niegospodarczych i wtedy na podstawie analizy ekonomiczno – finansowej stwierdza się, czy możliwe jest wyodrębnienie tych wydatków kwotowo i wyłączenie ich z podstawy dofinansowania.

Pani Dyrektor Kister zauważyła, że ta kwestia była dyskutowana z KE w kontekście pomocy publicznej i nie widziano możliwości określenia tego w sposób kwotowy lub procentowy. Zdaniem KE taka działalność może mieć charakter marginalny. Pani Dyrektor Kister przedstawiła rozwiązania przyjęte w PO IIŚ i podkreśliła, iż każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie i poprzedzony szczegółową analizą.

Pani Dyrektor Leśniak poinformowała, iż od dwóch lat procedowany jest komunikat KE w sprawie pomocy publicznej, który zawiera zapis, że jeśli infrastruktura wykorzystywana jest komercyjnie do 15%, to wtedy nie mamy do czynienia z pomocą publiczną.

W dyskusji głos zabrał Pan Jarosław Hawrysz, przedstawiciel Komisji Europejskiej podkreślając, że warto zastanowić się nad przedmiotowym kryterium, ponieważ wpływają skargi do Komisji Europejskiej, że prywatni świadczeniodawcy spoza systemu publicznego są wykluczani z systemu wsparcia w ramach priorytetów dot. zwiększenia dostępności. Celowe zatem byłoby doprecyzowanie, że zakres niedyskryminacji jest powiązany z faktem, że podmioty świadczą usługi medyczne w ramach systemu publicznej opieki zdrowotnej. Zdaniem Pana Hawrysza rozwiązywałoby to kwestie interpretacyjne.

Pani Dyrektor Kister doprecyzowując zaznaczyła, że należy pamiętać, że czym innym jest forma prawna beneficjenta, a czym innym cel wykorzystywania infrastruktury. Z perspektywy realizacji projektów istotne jest, żeby służyły one do udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jako konkluzja dyskusji został zaproponowany zapis w brzmieniu „co do zasady, infrastruktura wytworzona w ramach projektu może być wykorzystywana wyłącznie na rzecz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Według Pani Dyrektor Leśniak zapis ten oddaje intencje i że na czas przed ogłoszeniem komunikatu KE może zostać przyjęty.

Pani Dyrektor Leśniak poruszyła dodatkowo kwestie zwrotu podatku VAT, podkreślając fakt, iż beneficjenci obawiają się wejścia w działalność komercyjną w związku z problemem zwrotu części podatku VAT.

Pani Dyrektor Kister zaznaczyła, że generalnie należy pamiętać o konsekwencjach prowadzenia komercyjnej działalności.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do omówienia kolejnych punktów treści rekomendacji odnoszących się do map potrzeb zdrowotnych i pewnych wyjątków w tym zakresie. Do dyskusji pozostała kwestia ostatniego tiretu w pkt. 4, aby tak przeformułować zapis, żeby dotyczył opieki w oddziałach szpitalnych, czyli uwzględniał fakt możliwości deinstytucjonalizacji. Pani Dyrektor Kister zwróciła się do

przedstawiciela KE z prośbą o potwierdzenie takiej możliwości.

Głos zabrała Pani Dyrektor Leśniak przypominając, iż na jednym ze spotkań KS, Pan Minister Piotr Gryza zwrócił uwagę, że nie powinno się blokować wsparcia dla szpitali, które chcą się przekształcić. Należy dopuścić ich do ubiegania się o środki - pod warunkiem zwrotu dofinansowania. Czyli na etapie podpisywania umowy i aplikowania o środki mógłby występować szpital, jednakże musiałby się zobowiązać w określonym czasie (np. w okresie realizacji projektu) do przekształcenia w formę zdeinstytucjonalizowaną, pod rygorem zwrotu dofinansowania.

Głos zabrał Pan Hawrysz, informując, że analizując sytuację szpitali w zakresie ich restrukturyzacji i przekształcania, ten warunek powinien być uwzględniony w momencie udzielania wsparcia, które w efekcie miałyby dać usługi zdeinstytucjonalizowane. Ocena kwalifikowalności odbywa się post factum i beneficjent musi mieć świadomość, że ten element będzie brany pod uwagę na każdym etapie realizacji projektu.

Pani Dyrektor Leśniak zaproponowała przypis do tego tiretu w brzmieniu „obejmuje podmioty opieki długoterminowej, geriatrycznej, hospicyjnej lub paliatywnej z uwzględnieniem wsparcia szpitali, pod warunkiem zobowiązania się do przekształcenia...”.

Wg Pana Hawrysza ten punkt dotyczy derogacji i zapis taki nie powinien być wprowadzany w tym miejscu, tylko jako odrębny punkt. Pan Hawrysz podkreślił, że brzmienie tego tiretu w punkcie 4 jest zgodne z dotychczasowymi ustaleniami i nie ma potrzeby wprowadzania na tym etapie zmiany w tej derogacji.

Pan Hawrysz wspomniał, że intencją KE jest wydanie opinii odnośnie map do końca czerwca br. Pani Dyrektor Kister dodała, że za miesiąc jest kolejne posiedzenie KS i może się okazać, że mapy potrzeb zdrowotnych będą już wówczas zaakceptowane przez KE.

Pań Paweł Kaszubski, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko – Mazurskiego, zwrócił się z prośbą o doprecyzowanie zapisu pkt. 4 w zakresie „inne adekwatne dane”. Obecny zapis pozwala na dużą uznaniowość. Pani Dyrektor Kister, odnosząc się do tej propozycji, zaznaczyła, że są to tylko rekomendacje dla kryteriów i od regionów zależy, jak zostaną one przeformułowane na konkretne kryteria. Widząc specyfikę projektów, które mają być wybierane w konkursie można doprecyzować ten zapis na poziomie kryteriów w sposób, który uwzględnia specyfikę wybieranych projektów.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do kolejnego punktu rekomendacji tj. dotyczącego opinii o celowości inwestycji (OCI).

Pan Jan Rzeszutnik, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego, zauważył, że problem z zapisem polega na tym, że powołujemy się na przepis, którego jeszcze nie ma w ustawie. Na dzień dzisiejszy wojewoda wydaje opinie dla projektów powyżej 2 – 3 milionów zł w zależności od podmiotu i ten zapis wyłącza ze wsparcia inwestycje poniżej ww. wartości. Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że prace legislacyjne trwają i że stosowne informacje były przedstawiane na spotkaniach warsztatowych poświęconych mapom potrzeb zdrowotnych. Głos w dyskusji zabrał Pan Jakub Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia. Pan Dyrektor Adamski poinformował, że przepisy, o których mówiła Pani Dyrektor Kister wejdą w życie w niedługim czasie. System docelowy

zakłada, że w każdym przypadku wymagana będzie opinia o celowości inwestycji. Przepisy obowiązujące w chwili obecnej nie przewidują, że projekty poniżej określonej kwoty nie dostaną dofinansowania.

Pan Jan Rzeszutnik prosił o potwierdzenie, że przepisy dotyczące OCI wejdą w życie do końca czerwca br. Pan Dyrektor Adamski, wskazał, że taki jest cel Departamentu Analiz i Strategii MZ. Pani Dyrektor Kister dodała, że gdyby nowelizacja ww. przepisów nie weszła w życie do końca czerwca, wtedy minimalna wartość projektu musi być zgodna z przepisami. Założenia są takie, aby przed tą datą przepisy zostały zmienione.

Pan Marcin Marczak, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, zwrócił się z pytaniem, czy przy okazji omawianej zmiany planuje się wprowadzenie do ustawy zapisu, że projekt mający opinię negatywną nie może dostać dofinansowania. Pani Dyrektor Kister zauważyła, że ustawa nie mówi wprost o sposobie wydatkowania i kontraktowania środków unijnych. Ustawa mówi, że jest wymóg wystąpienia do Wojewody o opinię, a warunkiem uzyskania dofinansowania jest spełnienie określonych kryteriów (np. jednym z załączników do wniosku o dofinansowanie jest pozytywna opinia o celowości inwestycji).

Pan Marczak zwrócił się z pytaniem czy obecne zapisy ustawy nakładają ten obowiązek również na projekty związane z termomodernizacją.

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że inwestycja szpitalna powyżej danej kwoty wymaga opinii wojewody, ale omawiane rekomendacje nie nakładają takiego kryterium wyboru w projektach termomodernizacyjnych.

Głos zabrała Pani Dyrektor Leśniak, zwracając uwagę na fakt, że jeśli jest warunek opiniowania każdej inwestycji szpitalnej przez wojewodę, to takie opinie mogą być wydane za kilka miesięcy.

Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że dopóki nie weszły w życie przepisy ustawy to nie ma takiego obowiązku. Ponadto ustawa nie mówi, że jeśli beneficjent nie wystąpi o taką opinię lub będzie miał opinię negatywną to będą jakieś sankcje administracyjne. Kryteria wymagające opinii można wprowadzić w konkursach dotyczących również innych priorytetów inwestycyjnych. Jeśli zgodnie z prawem polskim wymagane jest np. pozwolenie na budowę to jest to weryfikowane. W ochronie zdrowia jest wymagana opinia o celowości inwestycji i nic nie stoi na przeszkodzie, aby taki wymóg był weryfikowany także w innych niż PI 9a priorytetach inwestycyjnych.

Pan Dyrektor Adamski zauważył, że jedną rzeczą jest wymóg ustawy, a drugą sposób, w jaki ta opinia jest wykorzystywana przy ubieganiu się o środki unijne. Ustawa w wersji projektowanej nie zawiera przepisu, co się stanie jeśli opinia wojewody będzie negatywna.

Pan Jarosław Hawrysz dodał, że państwo polskie zobowiązało się do restrukturyzacji sektora zdrowia w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych. Jeżeli szpitale, które otrzymają wsparcie w ramach termomodernizacji będą podlegały procesom zmian, to nie będzie problemu. Ostatecznie weryfikacja będzie dotyczyła tego, czy przekształcenia mają miejsce i czy szpitale wychodzą z zadłużenia. Taki był efekt negocjacji.

Podsumowując, Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że ustawa mówi, że opinia o celowości inwestycji jest wymagana niezależnie od źródeł finansowania przedsięwzięcia. Przepis jest bardzo precyzyjny w tym zakresie.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do kolejnego punktu mówiącego o tym, że kryteria wyboru projektów muszą być zgodne z systemem realizacji właściwego programu operacyjnego. Pan Jan Szymański, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, wystąpił z propozycją doprecyzowania tego zapisu. Pani Dyrektor Kister wyraziła zrozumienie dla tej propozycji i poprosiła o zaproponowanie brzmienia zapisu.

I tak zaproponowano kolejny punkt w brzmieniu „rekomendacje mogą być uwzględnione w innych dokumentach wynikających z systemu realizacji programu operacyjnego m.in. SZOOP, wytyczne do kwalifikowalności”. Zdaniem Pana Szymańskiego zaproponowany zapis pozwoli skonsumować tę rekomendację w odpowiednich miejscach.

Ostatecznie uzgodniono następujące brzmienie zapisu „Rekomendacje mogą być uwzględniane w innych dokumentach wynikających z systemu realizacji programu operacyjnego, np. w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego, Regulaminie konkursu”.

Pani Dyrektor Leśniak zwróciła się z prośbą o wyjaśnienie zapisu „zgodność kryteriów z systemem realizacji właściwego programu operacyjnego”. Pani Dyrektor Kister poinformowała, że taki zapis został wypracowany na spotkaniach warsztatowych i znajduje się we wszystkich przyjętych już rekomendacjach.

Pani Ewa Olejniczak – Wójcik, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego, zwróciła się z zapytaniem, czy ta zmiana zostanie systemowo włączona do rekomendacji już przyjętych tj. dotyczących PI 2c, PI 8vi i PI 9iv. Pani Dyrektor Kister zobowiązała się przyrzeć przyjętym rekomendacjom, jednocześnie dodała jednak, że takie zapisy można ująć w innych dokumentach niż kryteria wyboru.

W kolejnym punkcie Pani Dyrektor Kister poprosiła o uwzględnienie autopoprawki tj. w tirecie drugim usunięcie wyrazów „dla Kryteriów dostępu”. Po zmianie brzmienia tego tiretu prezentuje się następująco: „stosują możliwie najwięcej (adekwatnych dla danego konkursu lub projektu pozakonkursowego) Rekomendacji dla Kryteriów premiujących o charakterze fakultatywnym”.

Przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego zgłosił wątpliwość, czy oby tiret pierwszy tego punktu nie kłóci się z wcześniejszym zapisem, tj. punktem 6 rekomendacji. Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że nie widzi takiej niezgodności. Jedno w drugim się zawiera i nie ma logicznego dysonansu pomiędzy punktami.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do kolejnego punktu rekomendacji mówiącego o tym, iż Rekomendacje dla Kryteriów nie mają zastosowania do projektów wybranych do dofinansowania oraz konkursów ogłoszonych przed datą przyjęcia Rekomendacji.

Przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego zaproponował modyfikację zapisu, tj. odniesienie się do planów działań, a nie projektów.

Pani Dyrektor Leśniak zauważyła, że zgodnie z UP wszystkie kryteria mają być zgodne z rekomendacjami KS. Pani Dyrektor Kister odnosząc się do uwagi podkreśliła, że jak najbardziej one będą zgodne. Głos zabrał Pan Jarosław Hawrysz informując, że jeśli wcześniej zostały przyjęte plany działania dla PI 9a, które już zawierały kryteria i zostały przyjęte przez KS w formie uchwały to przyjęcie tych rekomendacji nie będzie miało znaczenia dla tych już wcześniej przyjętych Planów Działań.

Pani Dyrektor Kister zaproponowała nowe brzmienie tego punktu „Rekomendacje dla Kryteriów nie mają zastosowania do Planów działań uzgodnionych przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia przed datą przyjęcia Rekomendacji dla Kryteriów”.

W odniesieniu do kolejnego punktu rekomendacji dotyczącego stricte projektów z zakresu kardiologii i wyłączeń, Pani Aleksandra Marciniak – Kleszcz, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, zwróciła się z pytaniem, czy zapis pierwszego tiretu należy traktować równoważnie tj. albo wnioski z mapy, albo analiza danych z platformy.

Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że nie może być sprzeczności pomiędzy wnioskami wynikającymi z map a platformą. Część danych nie ma w samej mapie, w związku z czym udostępniamy platformę gdzie będą możliwe to przeanalizowania dane bazowe. Słowo „lub” oznacza, że czasem mapa będzie niewystarczająca i wtedy należy skorzystać z platformy. Ministerstwo Zdrowia udostępni dostęp do platformy.

Pani Marciniak - Kleszcz zauważyła, że ten zapis nie dotyczy utworzenia nowego ośrodka kardiochirurgicznego dla dzieci. Pani Dyrektor Kister poinformowała, że w tym przypadku mapy są wystarczająco precyzyjne.

Kolejne pytanie dotyczyło sytuacji, kiedy jest potrzeba rozbudowy 5 ośrodków kardiologicznych w regionie, a zgłoszonych zostało 10 projektów i każdy z tych projektów spełnia kryteria wyboru projektów. Poproszono o wyjaśnienie, w jaki sposób nałożyć filtr map potrzeb zdrowotnych.

Pani Dyrektor Kister zauważyła, że pomocne tu będzie OCl, ponieważ ww. opinie wydawane są w kolejności wnioskowania. Jeżeli według mapy powinno być 5 takich ośrodków, to po wydaniu 5 pozytywnych opinii, 6 będzie negatywna. Pani Dyrektor Kister zarekomendowała, aby w przypadku, gdy projekt dotyczy rozwoju działalności, nie ma charakteru modernizacji, realizować go w trybie pozakonkursowym.

Pani Marciniak - Kleszcz zaproponowała dodatkowo, aby zamiast alternatywy „lub” wprowadzić spójnik „i”. Głos w tej sprawie zabrał Pan Jarosław Hawrysz, przychylając się do postulatu przedstawiciela województwa śląskiego. Zauważył, iż zapis „lub” oznacza, że możemy pominąć mapy i skorzystać tylko z danych z platformy. Zaproponowano uściślenia tego zapisu, że z danych, na platformie skorzystamy tylko w uzasadnionych przypadkach. Propozycja zapisu brzmiała następująco: „zwiększenia liczby pracowni lub stołów hemodynamicznych – chyba, że taka potrzeba została zidentyfikowana we właściwej mapie i - o ile jest to uzasadnione - przy wykorzystaniu danych zawartych w platformie”. Ostatecznie zdecydowano, że analogiczny zapis zostanie wprowadzony w pozostałych adekwatnych punktach rekomendacji.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do kolejnego punktu dotyczącego rekomendacji dla Kryteriów dostępu o charakterze obligatoryjnym.

Pierwszy punkt rekomendacji dotyczył wykorzystywania infrastruktury na potrzeby publicznego systemu. Głos zabrała Pani Dyrektor Leśniak, która w związku z licznymi pytaniami zasugerowała, żeby rozszerzyć ten zapis, iż w przypadku braku posiadania kontraktu beneficjent zobowiązuje się do świadczenia usług ze środków własnych i wtedy nie musi zwracać dofinansowania. Pani Dyrektor Kister przedstawiła analogiczną sytuację, jaka miała miejsce w PO liŚ w przypadku ambulansów - sytuacja podwykonawstwa kontraktu, który posiada ktoś inny. Dopuszczalne są bowiem pewne niestandardowe rozwiązania, wykraczające poza ogólną zasadę obowiązku zachowania trwałości, które mogą zostać zastosowane w indywidualnych sytuacjach.

Pani Dyrektor Kister dodała, że w PO liŚ było kryterium odwołujące się do umowy z Dyrektorem Oddziału NFZ, ale w praktyce były wydawane interpretacje w porozumieniu z MR i KE, które sankcjonowały utrzymanie trwałości projektu w sytuacji, w której ta infrastruktura była wykorzystywana na potrzeby udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ale na podstawie innych tytułów (podwykonawstwo).

Głos zabrał Pan Hawrysz informując, iż w tej kwestii należałoby się skonsultować z Dyrekcją Generalną ds. Polityki Regionalnej. Na etapie wyboru projektów nie powinniśmy sankcjonować wyjątku, ponieważ jest to sytuacja, która powinna mieć charakter odstępstwa.

Pan Maciej Miłkowski, Prezes NFZ, dodał, że cel tego przepisu jest taki, że przekazujemy dofinansowanie i ta infrastruktura ma służyć efektywnie i być wykorzystywana cały czas w systemie bezpłatnym.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do omówienia kolejnych punktów rekomendacji, tj. pkt. 2 i 3.

Pan Marcin Marczak, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, odniósł się do wymogu określonego w pkt 3 i zwrócił się z zapytaniem, co w sytuacji, kiedy fiszka pozakonkursowa zostanie złożona np. 25 czerwca, kiedy to opinia o celowości inwestycji nie będzie wymagana (tj. przed wejściem w życie ustawy).

Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że zgodnie z Policy Paper, takie projekty mogą być przyjmowane przez KS po uruchomieniu procedury wydawania opinii.

Pani Dyrektor Leśniak zaproponowała, aby rozszerzyć ten zapis, że taka opinia powinna być dostarczona, ale nie później niż na etapie podpisywania umowy.

Odnosząc się do tej propozycji Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że w tym momencie zaczynamy traktować to jako wymóg formalny, a chodzi o to, żeby ocenić inwestycje merytorycznie z punktu widzenia wojewody, przeanalizować zasadność inwestycji.

Pan Prezes Maciej Miłkowski, poparł wypowiedź Pani Dyrektor Kister.

Przedstawiciel Urzędu Marszałkowego Województwa Podkarpackiego, zwrócił się z zapytaniem, czy powyższe podejście nie spowoduje, że będzie można podjąć działania inwestycyjne dopiero w IV kwartale 2016 r., ponieważ przepisy wchodzi w życie od lipca, a do fiszki musi być dołączona opinia

o celowości.

Pani Dyrektor Kister zauważyła, że KS rekomenduje daną inwestycję i uwzględnienie jej w Planie działań opiera się m.in. na wynikach analizy, poprzedzającej wydanie opinii o celowości inwestycji. Cała weryfikacja ma sens nie tylko formalny, ale merytoryczny – właściwe lokowanie środków zwiększy efektywność systemu ochrony zdrowia.

Głos zabrał Pan Marcin Marczak, przedstawiciel, zauważając, iż zapis w *Policy paper* mówi „o ile dotyczy”.

Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że zapis „o ile dotyczy” dotyczy inwestycji, dla których te opinie nie są wydawane. Nie dotyczy to stanu prawnego.

Pani Mariola Zajdel – Ostrowska, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego, zwróciła się z zapytaniem, czy są narzędzia dla wojewody, na podstawie jakich dokumentów przygotowuje priorytety polityki regionalnej, i czy jednym z nich nie jest mapa potrzeb. Jeśli tak jest, to nie zauważa dużej przeszkody, aby opinię dostarczyć na późniejszym etapie.

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia opracował dodatkowe narzędzia dla wojewodów, które pomogą im w opracowaniu regionalnych priorytetów, jak również odbyły się spotkania warsztatowe w tym zakresie. Pan Jakub Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii potwierdził wypowiedź przedmówczyni.

Reasumując, Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że na VI. posiedzeniu KS przyjmowane są rekomendacje, następnie w regionach prowadzone będą prace nad Planami działań w zakresie zaplanowania konkursów, jak również zgłoszenia projektów pozakonkursowych z uwzględnieniem właściwych kryteriów wyboru. Na tej podstawie możliwe będzie uzgodnienie ostatecznej wersji Planów działań, a następnie uruchamianie konkursów oraz projektów pozakonkursowych. W przypadku projektów pozakonkursowych wymagane jest załączenie OCI. Ten fakt, jak i szczegółowość informacji w niej zawartych jasno pokazują, że założenia projektu muszą być odpowiednio precyzyjne.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do omówienia kolejnych punktów rekomendacji.

Uczestnik posiedzenia poprosił o wyjaśnienie, jak postępować w przypadku, kiedy sale operacyjne są wykorzystywane do zabiegów nie tylko onkologicznych. Pani Dyrektor wyjaśniła jakie rozwiązania były przyjęte w PO liŚ w ramach projektów dotyczących ratownictwa medycznego. Elementem projektu był zakup urządzenia na potrzeby całego szpitala, a kwalifikowalna była tylko część wydatków związana z oddziałem ratunkowym, co było wyliczane stosowną proporcją.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do kolejnego punktu dotyczącego rekomendacji dla kryteriów premiujących o charakterze obligatoryjnym.

Do pierwszego punktu rekomendacji uwagi zgłosiła Pani Dyrektor Leśniak, która zaproponowała, aby uwzględnić ten punkt w kryteriach fakultatywnych, ponieważ część podmiotów mogła już zakończyć działania konsolidacyjne. Ostatecznie zadecydowano o konieczności uszczegółowienia zapisu i zaproponowano następujące brzmienie tego punktu „Kryteria premiują projekty realizowane przez podmioty, które zrealizowały, realizują lub planują realizację działań konsolidacyjnych lub podjęcie innych

form współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w ramach modelu opieki koordynowanej”.

Do kolejnych punktów, tj. 2 i 3 nie było uwag, w pkt 4 dokonano poprawki tj. wyraz „pozytywna” zamieniono na „wysoka.”

Głos zabrała Pani Małgorzata Szczudłowska, Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego, z sugestią aby te kryteria przenieść do kryteriów fakultatywnych, ponieważ jednostki o niższej efektywności finansowej są zobowiązane do posiadania zatwierdzonego programu restrukturyzacji, który będzie przyczyniać się do poprawy tej efektywności.

Pani Dyrektor Kister zauważyła, że w rekomendacjach nie wskazujemy wagi dla ww. kryteriów. To rolą IZ jest nadanie wag dla poszczególnych kryteriów w zależności od indywidualnej sytuacji w regionie. Kryteria premiujące przekładają się na punkty dodatkowe i służą rankingowaniu projektów.

Pani Ryszard Wasiński, Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko – Mazurskiego, zwrócił się z zapytaniem jak należy interpretować „wysoki poziom obłożenia łóżek”, czy też „wysoka efektywność finansowa”, czy decyzja należy do regionów jakie poziomy wskaźników przyjmą. Pani Dyrektor Kister potwierdziła, że to od IZ zależy jakie wskaźniki przypiszą ww. kryteriom. Intencją KS jest to, aby ww. kryteria rankingowały projekty, a nie powodowały ich odrzucenie. Sformułowanie „kryteria premiujące obligatoryjne i fakultatywne”, oznacza, że rekomendacje obligatoryjne należy uwzględnić w kryteriach premiujących,

a fakultatywne można pominąć w zależności od specyfiki konkursu.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do omówienia kolejnych punktów.

Wniosek z sali, aby punkty od 5 – 8 przenieść do kryteriów fakultatywnych. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że oczekiwania KE były takie, aby w tych kryteriach odzwierciedlić wnioski wypływające z map i to zostało dokonane.

Pani Dyrektor Leśniak zapytała w kontekście „kompleksowej opieki onkologicznej”, czy nie powinniśmy uwzględniać podmiotów, które współpracują z innymi szpitalami. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że było to analizowane z kadrą medyczną i jest to sformułowanie poprawne.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do kolejnego punktu dotyczącego rekomendacji dla kryteriów premiujących o charakterze fakultatywnym.

Głos ponownie zabrała Pani Małgorzata Szczudłowska, proponując wykreślenie w pkt 1 drugiego zdania, ponieważ jest on sprzeczny z punktem 1.5 Zasad ogólnych. Pani Dyrektor Kister jednak zauważyła, że nie jest to obligatoryjne, a jedynie miękka sugestia, dlatego też nie trzeba uzasadniać powodu niezastosowania danego kryterium fakultatywnego.

Pani Marcin Marczak, dopytał na ile szczegółowo IZ powinna wyjaśniać i uzasadniać fakt nie uwzględnia któregoś z rekomendowanych kryteriów fakultatywnych. Pani Dyrektor Kister ponownie podkreśliła, iż IZ w ogóle nie musi uzasadniać takich przypadków.

Pani Dyrektor Leśniak zauważyła, że pkt 3 będzie niezgodny z zapisami regionalnych programów operacyjnych, w których opieka koordynowana jest warunkiem obligatoryjnym, a nie warunkiem fakultatywnym. Zdaniem Pani Dyrektor Leśniak powinno to być kryterium premiujące obligatoryjne. Pani Dyrektor Kister przychyliła się do tej propozycji tak, aby zapewnić zgodność z zapisami programu operacyjnego.

Pan Jarosław Hawrysz odnosząc się do uwagi Pani Dyrektor Leśniak poprosił, aby nie zgłaszać zapisów niezgodnych z zapisami programu operacyjnego. Tworzenie warunku fakultatywnego miałyby sens, jeśli promowałoby w większym stopniu kwestie związane z opieką koordynowaną czy deinstytucjonalizacyjną.

Kolejną kwestią poruszoną przez Pana Hawrysza było stanowisko KE do pierwszego kryterium fakultatywnego mówiącego o premiowaniu projektów, które uzyskały wysoką ocenę w ramach OCI. Zaznaczył, że KE nie rekomendowała przyjęcia tego kryterium. W przypadku wprowadzenia tego kryterium przez IZ mogłoby się okazać, że wynik celowości inwestycji będzie miał większe znaczenie niż cały proces wyboru projektów.

Pani Dyrektor Kister w świetle przedstawionego stanowiska KE poinformowała, że ten punkt zostanie usunięty.

Pan Jarosław Hawrysz odniósł się jeszcze do sytuacji prawnej związanej z uzyskaniem OCI. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że przepisy wchodzi w życie 30 czerwca br. i mówią o obowiązku wydawania opinii przez wojewodów. W chwili obecnej trwają jednak prace nad zmianą obowiązku i zasad wydawania OCI.

Wymagania na dzień dzisiejszy mają określone progi i nie dotyczą wszystkich inwestycji, jednakże trwają prace legislacyjne nad zniesieniem tego ograniczenia progowego. Celem jest, aby to się stało przed datą lipcową. Gdyby pojawił się problem czasowy, wtedy w czerwcu i na kolejnym Komitecie Sterującym dokonywać będzie można ewentualnych modyfikacji. Plany działań, które dotyczą projektów uwzględniających OCI będą uzgadniane za miesiąc.

Głos zabrał Pan Marcin Marczak, podkreślając, że taka sytuacja w chwili obecnej spowoduje wstrzymanie dwóch projektów pozakonkursowych, dla których IZ RPO Małopolskiego mogłaby teoretycznie złożyć fiszki pozakonkursowe np. do końca czerwca br.

Pani Dyrektor Kister reasumując dyskusję podkreśliła, iż wspólnie budujemy system, który ma pomóc rzetelnej weryfikacji wydawania środków unijnych. Pan Dyrektor Adamski dodał, że przepisy, o których rozmawiamy to jest tylko sposób procedowania opinii i w tym zakresie nic nowego nie jest wprowadzane, poza decyzją kierunkową, że w przypadku dofinansowania projektów ze środków europejskich wymagana będzie taka opinia bez względu na wartość projektu.

Pani Agata Roguska-Strąk, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, odniosła się jeszcze do pkt 8-10 dotyczących premiowania projektów zakładających działania przyczyniające się do spadku ryzyka wystąpienia zakażeń szpitalnych, zwiększenia liczby stanowisk intensywnej terapii i zakładających doposażenie lub modernizację infrastruktury Oddziału/ów Anestezjologii

i Intensywnej Terapii, zwracając się z zapytaniem, czy te inwestycje powinny stanowić tylko element projektu. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że to jest bardzo ważny problem w skali kraju i w te projekty warto inwestować i je premiować, jeśli w danym regionie jest to problem istotny. Zaproponowane kryteria dotyczą wielu dziedzin, już teraz dotyczą m.in. całego ratownictwa medycznego. Tak jak już wcześniej wspomniano, jeśli dana część szpitala dedykowana jest nie tylko jednej konkretnej dziedzinie medycyny, wówczas należy wyliczyć odpowiednią proporcję dofinansowania.

Pani Roguska – Strąk dopytała, czy jeśli szpital byłby zainteresowany sterylizatornią czy salą operacyjną, to najlepiej jakby złożył projekt w momencie gdy będą dostępne już wszystkie mapy, bo wtedy będzie co najmniej 5 schorzeń, które szpital obsługuje w ramach map, czyli procent dofinansowania będzie dla wszystkich 5 schorzeń.

Pani Dyrektor Kister potwierdziła, że jeśli będzie więcej map i ogłoszony zostanie szeroki konkurs, to wtedy proporcjonalnie ta część inwestycji będzie w większym procencie kwalifikowalna. Jednak mapy adekwatne do zakresu danej inwestycji muszą być gotowe.

Pani Dyrektor Kister odczytała wprowadzone zmiany w rekomendacjach dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały 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 przyjęta większością głosów.

2. Przyjęcie Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020 oraz rekomendacji projektów pozakonkursowych w ramach Działania 9.1.

Pani Dyrektor Kister poprosiła o zabranie głosu Panią Dyrektor Annę Goławską, Zastępcę Dyrektora Departamentu Infrastruktury i e-Zdrowia.

Pani Dyrektor Goławska poprosiła o poddanie pod obrady KS Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, zawierającego 14 fiszek dla projektów modernizacji istniejących Centrów Urazowych. Wartość kwalifikowalna dla projektów to kwota 2 mln zł, przy czym dla jednego CU w Opolu został przyjęty wyjątek i wartość kwalifikowalna wydatków została ustalona na poziomie 4 mln zł z uwagi na to, że w poprzedniej perspektywie finansowej projekt ten nie był objęty dofinansowaniem.

Jednocześnie Pani Dyrektor Goławska zwróciła się z prośbą o wyłączenie projektów dotyczących lądowisk

(pierwotnie 8 fiszek) z uwagi na konieczność zmiany kryteriów wyboru projektów. W kolejnych aktualizacjach te projekty zostaną uwzględnione, jak również projekty dotyczące innych typów projektów w ramach Działania 9.1. i 9.2.

Pani Aleksandra Skowronek, Wicemarszałek Województwa Śląskiego, zwróciła się z zapytaniem w sprawie zmniejszenia alokacji środków dla Szpitala w Jastrzębiu Zdroju, gdzie miał być zlokalizowany SOR i lądowisko. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że obecnie przyjmujemy Plan działań w odniesieniu do Centrów Urazowych, a inne typy projektów w ramach Działania 9.1. są obecnie konsultowane.

Pani Dyrektor Kister odczytała tekst uchwały Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 19 maja 2016 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020 oraz rekomendacji projektów pozakonkursowych.

Zgodnie z uwagą zgłoszoną przez Panią Dobrawę Biadun, przedstawicielkę Konfederacji Lewiatan, z projektu uchwały wykreślono § 3 pkt 1, ponieważ uchwała Nr 18/2015 Komitetu Sterującego została już uchylona w poprzednio głosowanej uchwale.

Poddana głosowaniu Uchwała została przyjęta większością głosów.

3. Omówienia propozycji planów działań w zakresie kilku RPO - charakter warsztatowy spotkania

Pani Dyrektor Kister głos oddała Pani Katarzynie Przybylskiej, Naczelnik Wydziału Koordynacji Polityki Rozwoju, która przeszła do omówienia uwag ogólnych do ośmiu przesłanych Planów działań.

Pani Katarzyna Przybylska podkreśliła, że uwagi prezentowane mają charakter stricte redakcyjny i część z nich już została omówiona z regionami w drodze kontaktów roboczych. Po otrzymaniu ostatecznych wersji Planów działań będzie można je przesłać do NFZ, DAS i AOTMiT z prośbą o uwagi merytoryczne. W przypadku PI 2c przekazano tylko kilka planów działań i na kolejnym etapie zostaną one przesłane do jednostki podległej Ministrowi Zdrowia - CSIOZ z prośbą o ich zaopiniowanie.

Pani Katarzyna Przybylska następnie przeszła do omówienia trzech głównych uwag do przekazanych Planów działań, tj. :

1. Brak wypełnionego załącznika nr 1 - komplementarność podejmowanych działań.
2. Odstąpienie od stosowania kryteriów obligatoryjnych premiujących – bez podania przyczyny.
W takim przypadku należy podać szczegółowe uzasadnienie.
3. Przepisywanie wszystkich rekomendacji z uchwał – w przypadków kryteriów fakultatywnych z adnotacją „nie dotyczy”.

Podkreśliła, że prezentacja zawierająca zestawienie uwag zostanie zamieszczona w Bazie Wiedzy. Pani Katarzyna Przybylska poprosiła o kontakt z opiekunami, jednocześnie deklarując możliwość organizacji spotkań indywidualnych.

W uzupełnieniu Pani Dyrektor Kister dodała, że w ramach projektów e-zdrowia rozpoczęły się serie wizyt

w regionach, aby poznać szczegółowo plany i projekty planowane do realizacji. Tam gdzie nie uda się dojechać ze względu na ograniczenia czasowe, prowadzone będą pogłębione kontakty telefoniczne i mailowe.

Pan Jarosław Hawrysz, przedstawiciel KE, zgłosił uwagi do projektów ujętych w Planach działań w ramach PI 2c w zakresie interoperacyjności - proponowane kryteria nie weryfikują interoperacyjności z krajowymi platformami (z wyjątkiem Mazowsza). Pan Hawrysz zwrócił się z prośbą o uwzględnienie tego elementu, ponieważ z punktu widzenia KE jest on bardzo istotny.

Przedstawiciele województwa opolskiego i lubuskiego zauważyli, że w ich projektach te kwestie zostały ujęte, co potwierdzili opiekunowie ww. województw w ramach sekretariatu KS.

Pani Dyrektor Kister przypomniała o zgłaszaniu uwag i opinii do dokumentu, który szczegółowo prezentuje funkcjonalności P1, P2 i P4. Termin zgłaszania uwag upływa 25 maja br.

Pan Hawrysz zauważył, że w przypadku niektórych województw nie są podane typy działań, do których odnosi się zestaw kryteriów. Trudno jest zweryfikować, czy konkurs w właściwy sposób odzwierciedla to, co ma być w tym konkursie realizowane (np. zapis, że typy działań lub sposoby realizacji będą określone w regulaminie konkursu). Trudno jest na tej podstawie stwierdzić, czy te kryteria są adekwatne. Pan Hawrysz podkreślił, że KM zatwierdza kryteria wyboru i metodologię.

Ponadto Pan Hawrysz odniósł się do kryterium dot. evidence base policy, zauważając że nie można weryfikować tego kryterium na podstawie deklaracji projektodawcy, powinien być dołączony opis jak to będzie realizowane. Ponadto przychylił się do uwag zgłoszonych przez Panią Przybylską dotyczących wypełniania Załącznika nr 1 oraz podania uzasadnienia w przypadku odstąpienia od stosowania kryteriów obligatoryjnych premiujących.

Pani Dyrektor Kister przekazała informacje o wymogu opiniowania projektów informatycznych przez Komitet Rady Ministrów do Spraw Cyfryzacji. Jednocześnie poinformowała, że w tej kwestii MZ będzie kontaktować się jeszcze z Ministerstwem Cyfryzacji w sprawie doprecyzowania tego wymogu, jeśli chodzi o projekty realizowane w ramach RPO. Oficjalne stanowisko w tej sprawie zostanie przekazane przez sekretariat Komitetu Sterującego.

Pani Sylwia Wójcik, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego zwróciła się z pytaniem, kiedy Ministerstwo Zdrowia doprecyzuje działania podejmowane na poziomie krajowym w zakresie 15 programów profilaktycznych, ponieważ w ramach RPO nie jest możliwa realizacja programów dla których funkcjonują ogólnopolskie programy polityki zdrowotnej lub dla których trwają pilotaże działań profilaktycznych finansowane ze środków PO WER. Pani Wójcik dodała, iż w tej kwestii zostało skierowane pismo do Ministerstwa Rozwoju z prośbą o zmianę podejścia demarkacji polegającą na tym, że jeśli w danym obszarze wsparcie jest realizowane na poziomie krajowym, a jest możliwość realizacji danego programu w ramach RPO, należy wówczas wyłączyć ze wsparcia obszar regionu realizującego ww. program z możliwości ubiegania się o wsparcie w takim samym zakresie oferowane z poziomu krajowego w ramach PO WER.

Pani Dyrektor Kister, odnosząc się do pytania Pani Wójcik, poinformowała, że Ministerstwo Rozwoju

realizacji danego programu w ramach RPO, należy wówczas wyłączyć ze wsparcia obszar regionu realizującego ww. program z możliwości ubiegania się o wsparcie w takim samym zakresie oferowane z poziomu krajowego w ramach PO WER.

Pani Dyrektor Kister, odnosząc się do pytania Pani Wójcik, poinformowała, że Ministerstwo Rozwoju zwróciło się do Ministerstwa Zdrowia o zajęcie stanowiska w tej sprawie. Jednocześnie podkreśliła, że ostateczna decyzja należy do Ministerstwa Rozwoju, które odpowiedzialne jest na poziomie centralnym i regionalnym za realizację programów unijnych.

Podsumowując spotkanie Pani Dyrektor Kister poinformowała, że przyjęte zostały rekomendacje dla infrastruktury tak, aby projekty mogły być jak najszybciej procedowane i że sekretariat KS oczekuje na Plany działań z uwzględnieniem uwag, które zostały omówione i na roboczo przesłane. Również prosimy o ewentualne oczekiwania, co do doprecyzowania funkcjonalności P1, P2 i P4 w terminie do 25 maja br.

Pani Monika Kopka-Jędrychowska, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego, poprosiła o wyjaśnienie, czy Plany działań powinny uwzględniać konkursy, które zostały już przyjęte, czy w nowym formularzu należy zamieszczać tylko nowe konkursy.

Przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego zgłosiła uwagę, iż powyższa kwestia została skonsultowana z opiekunami w trakcie uzgadniania roboczych wersji planów działań. Ustalono, że nie ma obowiązku uzupełniania obecnych formularzy Planów działań w obszarze zdrowia o konkursy już ogłoszone.

Pani Dyrektor Kister poprosiła o ujmowanie w nowym formularzu Planów działań - w miarę możliwości - całości informacji, również w zakresie ogłoszonych już konkursów.

Spotkanie zostało zakończone przez Pana Ministra Piotra Gryzę, który serdecznie podziękował członkom Komitetu Sterującego za udział w spotkaniu.

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 28/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 19 maja 2016 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:

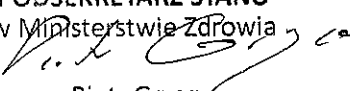
- 24 głosy – za przyjęciem uchwały,

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

Uchwała Nr 29/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 19 maja 2016 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020 oraz rekomendacji projektów pozakonkursowych.

Wyniki głosowania:

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

5	Protokół sporządził:	Agnieszka Wawraszek-Łoś Główny specjalista w Wydziale Koordynacji Polityki Rozwoju Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia
6	Zatwierdził:	PODSEKRETARZ STANU w Ministerstwie Zdrowia  Piotr Gryza

Załącznik 1: Porządek obrad

Załącznik 2: Lista obecności