

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
XIII posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce 13 czerwca 2017 r. w Warszawskim Domu Technika NOT przy ul. Czackiego 3/5 w Warszawie.	
2.	Porządek obrad:
<p>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</p> <p>W XIII posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyło łącznie 80 osób (36 członków i zastępców członków lub osób upoważnionych do głosowania, 1 stały obserwator oraz 43 inne zaproszone osoby), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 34 osób z prawem do głosowania (członkowie, zastępcy lub osoby upoważnione). Imienna lista uczestników spotkania stanowi załącznik nr 1 do protokołu.</p> <p>Spotkanie otworzył Przewodniczący Komitetu Sterującego Pan Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia (MZ), który przywitał wszystkich uczestników. Następnie Pan Minister oddał prowadzenie posiedzenia Pani Agnieszce Kister, Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ - Zastępcy Przewodniczącego Komitetu Sterującego.</p> <p>Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż posiedzenie rozpocznie się tradycyjnie od zatwierdzenia porządku obrad, a następnie krótko przypomniła agendę spotkania, przekazaną członkom KS kilka dni wcześniej. Dodała, że w punkcie Sprawy różne przedstawiona zostanie krótka informacja Ministerstwa Zdrowia dot. Planu działań dla Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, który zostanie w najbliższym czasie przekazany członkom Komitetu Sterującego w trybie obiegowym.</p> <p>Następnie, wobec braku uwag do przedstawionego porządku obrad, przystąpiono do głosowania w sprawie jego przyjęcia.</p> <p>Porządek obrad został przyjęty jednogłośnie (26 głosów – za przyjęciem, 0 głosów - przeciw, 0 głosów – wstrzymujących się).</p> <p>Porządek obrad stanowi załącznik nr 2 do protokołu.</p>	
3.	Przebieg posiedzenia:
<p>Sprawozdanie z realizacji zadań Grupy roboczej ds. e-zdrowia przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia</p> <p>Pierwszym punktem merytorycznym posiedzenia było <i>Sprawozdanie z realizacji zadań Grupy roboczej ds. e-zdrowia (...)</i>. Pani Dyrektor Kister przypomniła, że niniejsza informacja dotyczy okresu od października</p>	

2016 r. do kwietnia 2017 r. i została udostępniona członkom KS przed posiedzeniem (2.06.2017 została zamieszczona w Bazie Wiedzy wraz z innymi dokumentami będącymi przedmiotem obrad bieżącego posiedzenia). Dodała, że w dniu poprzedzającym posiedzenie (12 czerwca) odbyło się kolejne spotkanie Grupy roboczej ds. e-zdrowia przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Pani Dyrektor wyraziła gotowość do udzielenia wyjaśnień w zakresie niniejszego materiału, jednak nikt z uczestników spotkania nie zgłosił żadnych uwag lub pytań do przedstawionego *Sprawozdania*. Przedmiotowy dokument nie wymagał przyjęcia przez członków KS w formie uchwały.

Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych w kontekście konieczności zapewnienia deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych

Kolejnym poruszonym tematem było wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych w kontekście konieczności zapewnienia deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych. Także przy tym punkcie porządku obrad nie przewidziano głosowania. Pani Dyrektor Kister poinformowała, że w związku z tym, iż na poprzednim posiedzeniu KS wywiązała się dyskusja z Komisją Europejską w przedmiotowym zakresie, MZ postanowiło przyrzeć się temu zagadnieniu i szerzej je omówić. W tym celu poproszono Instytucje Zarządzające Regionalnymi Programami Operacyjnymi (IZ RPO) oraz Instytucję Pośredniczącą Programem Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 (IP POLiŚ) o przekazanie informacji o dotychczasowych działaniach związanych z obszarem deinstytucjonalizacji oraz planach w tym zakresie. Na podstawie otrzymanych danych przygotowano krótką prezentację, która podsumowuje wynikające z nich wnioski. Następnie Pani Dyrektor poprosiła Panią Katarzynę Przybylską, Naczelnik Wydziału Koordynacji Polityki Rozwoju w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ (DFZ MZ), o przedstawienie przedmiotowej prezentacji.

Na początku Pani Naczelnik Przybylska przypomniała, że problematyka deinstytucjonalizacji uwzględniona jest w następujących dokumentach dot. wsparcia obszaru zdrowia ze środków europejskich: 1) Umowa Partnerstwa (UP), 2) „*Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*” (*Policy paper*), 3) rekomendacje KS dla kryteriów wyboru projektów.

Ad. 1) Jeden z celów szczegółowych Umowy Partnerstwa, dotyczący ograniczenia ryzyka wykluczenia społecznego spowodowanego dysproporcjami w dostępie do usług publicznych, czyli także usług zdrowotnych, realizowany jest zarówno ze środków Europejskiego Funduszy Rozwoju Regionalnego (EFRR) w ramach Priorytetu Inwestycyjnego (PI) 9a, jak również poprzez działania miękkie finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w ramach PI 9iv. Umowa Partnerstwa wyraźnie wskazuje na potrzebę deinstytucjonalizacji usług publicznych, zarówno społecznych, jak i zdrowotnych, poprzez zapisy, że niezbędne jest wspieranie przedsięwzięć mających na celu powstawanie i rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki. Jednakże - zgodnie z UP - w uzasadnionych przypadkach zasadne jest kontynuowanie wsparcia dla instytucjonalnych form opieki. Jednocześnie Umowa Partnerstwa zaleca premiowanie przedsięwzięć z zakresu deinstytucjonalizacji.

Ad. 2) Jedno z narzędzi *Policy paper*, a mianowicie Narzędzie 18, jest wprost dedykowane deinstytucjonalizacji. Jest ono finansowane wyłącznie ze środków EFS, w związku z czym jest to wsparcie o charakterze miękkim, uregulowane szczegółowo w Wytycznych Ministerstwa Rozwoju („*Wytyczne*

w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020"). Natomiast inne narzędzia *Policy paper*, które służą wsparciu infrastruktury ochrony zdrowia, mogą być, i zalecane jest, aby były, wspierane poprzez czynniki promujące rozwój form zdeinstytucjonalizowanych.

Ad. 3) Pani Katarzyna Przybylska omówiła rekomendacje dla PI 9a, odnoszące się do deinstytucjonalizacji. Są to w szczególności kryteria: dostępu o charakterze obligatoryjnym (II.10), premiujące o charakterze obligatoryjnym (III.1, III.12, III.19, III.20) oraz premiujące o charakterze fakultatywnym (IV.10, IV.20).

Następnie Pani Naczelnik Przybylska dokonała krótkiej analizy danych otrzymanych z IZ RPO oraz IP POLiŚ dotyczących konkursów i projektów pozakonkursowych w ramach PI 9a i 9iv, uwzględniających deinstytucjonalizację usług zdrowotnych. Dotychczas w ramach prac Komitetu Sterującego uzgodniono łącznie 73 działania o charakterze infrastrukturalnym na kwotę blisko 3,8 mld złotych. Prawie 93 procent tego wsparcia przypadło na działania w ramach PI 9a, natomiast wsparcie dedykowane stricte deinstytucjonalizacji w ramach PI 9iv to ponad 7 procent (wynika to z charakteru tego wsparcia, a mianowicie są to działania w ramach Narzędzia 18, tj. miękkie).

W przypadku projektów w ramach POLiŚ nie jest zapewniona zgodność z „*Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*”. Nie są również realizowane usługi świadczone na poziomie społeczności lokalnych. Natomiast w 100 procentach inwestycji zakłada się modernizację lub zwiększenie/zmniejszenie liczby łóżek. Taka sytuacja wynika ze specyfiki i zapisów Programu, tj. przedmiotem wsparcia w POLiŚ jest poprawa dostępu do świadczeń instytucjonalnych. Należy jednak podkreślić, że w przypadku wielu działań uzgodnionych w ramach POLiŚ uwzględnione zostały kryteria wymagające od projektodawców, aby zakupiony sprzęt był wykorzystywany w ramach świadczenia usług na poziomie AOS.

W przypadku projektów realizowanych przez IZ RPO w ramach PI 9a wysoki odsetek (68 %) uwzględnia wymóg zgodności z „*Ogólnoeuropejskimi wytycznymi (...)*”, a jeszcze więcej (82%) zakłada wprowadzenie usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnych. Bardzo często występuje również modernizacja w zakresie istniejącej liczby łóżek (64%) oraz zwiększenie/zmniejszenie liczby łóżek (56%). Jeżeli zakłada się zwiększenie łóżek, wówczas znajduje to oparcie w danych z map potrzeb zdrowotnych i m.in. pod tym kątem planowane działania są opiniowane przez Departament Analiz i Strategii (DAiS) MZ.

Z kolei w przypadku projektów realizowanych przez IZ RPO w ramach PI 9iv, w 100 procentach zakłada się uwzględnienie wymogu zgodności z „*Ogólnoeuropejskimi wytycznymi (...)*” oraz wprowadzenie usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, co wynika z charakteru wsparcia polegającego na deinstytucjonalizacji.

Następnie Pani Katarzyna Przybylska omówiła dwa przykładowe konkursy, zakładające deinstytucjonalizację usług zdrowotnych.

Pierwszy z nich to konkurs zaplanowany przez IZ RPO Województwa Wielkopolskiego (uwzględniony w Planie działań procedowanym podczas bieżącego posiedzenia – nr RPO WWL.7.K.5), który w umiejętny sposób łączy deinstytucjonalizację usług społecznych i zdrowotnych, co nie jest częste w Planach działań, które do tej pory były procedowane. Planowana alokacja to 101,2 mln zł. W ramach projektu przewiduje się utworzenie systemu wsparcia osób niesamodzielnych (osób starszych) w celu skrócenia liczby i czasu

trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji, a jego najważniejszym elementem będzie Środowiskowe Centrum Wsparcia Osób Starszych. Katalog usług, które będą oferowane jest bardzo szeroki i obejmuje m.in.: indywidualny Plan Wsparcia, Dzienny Dom Opieki Medycznej (DDOM), hospicjum stacjonarne, hospicjum domowe, mieszkanie wspomagane w ramach opieki wytchnieniowej, Dzienny Dom Pomocy, usługi opiekuńcze, pielęgniarską opiekę długoterminową domową. Województwo wielkopolskie zamierza wykorzystać standard DDOM, który jest wypracowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER). Wśród rekomendacji KS dla kryteriów wyboru projektów, na których zastosowanie zdecydowało się województwo wielkopolskie, znajduje się kryterium dostępu o charakterze obligatoryjnym, mówiące o tym, że projekt zawiera działania ukierunkowane na przeniesienie świadczeń opieki zdrowotnej z poziomu leczenia szpitalnego na niższy poziom, w tym rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki. Inne – przykładowe – zastosowane przez IZ kryteria, które dobrze oddają charakter tego wsparcia, dotyczą tego, że 1) zapewnione będzie wsparcie dla usług opiekuńczych lub tworzenia mieszkań w formie usług świadczonych w społeczności lokalnej, 2) w ramach wsparcia w projekcie procentowo zwiększy się liczba miejsc świadczenia usług opiekuńczych w lokalnej społeczności oraz liczba osób objętych tymi usługami, a także 3) projekt zapewnia włączenie społeczności lokalnej w realizowane działania, zgodnie z koncepcją *empowerment*.

Jako kolejne przykładowe działanie został omówiony konkurs ogłoszony przez IZ RPO Województwa Świętokrzyskiego - konkurs infrastrukturalny w ramach PI 9a, czyli nie dedykowany stricte deinstytucjonalizacji, ale intensywnie ją wspierający, z alokacją ok. 22 mln zł. Zakres wsparcia w ramach przedmiotowego konkursu obejmował roboty budowlane oraz doposażenie w sprzęt medyczny niezbędny z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych. Konkurs realizowany był w ramach Narzędzia 14 i 17, obejmujących wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób oraz wsparcie podmiotów leczniczych udzielających wsparcia z zakresu geriatry, opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej. Wśród kryteriów dostępu uwzględniono m.in. 1) czy w wyniku realizacji projektu następuje przejście od opieki instytucjonalnej do środowiskowej, 2) czy projekt będzie realizowany w zakresie innym niż zakres leczenia szpitalnego oraz 3) czy w wyniku realizacji projektu nastąpi rozwój opieki koordynowanej z uwzględnieniem środowiskowych form opieki. Ten przykładowy konkurs świadczy o tym, że przy wsparciu infrastrukturalnym ważnym elementem może być także deinstytucjonalizacja.

Kończąc swoje wystąpienie Pani Naczelnik Przybylska podkreśliła, że z przekazanych przez IZ informacji wynika, że rekomendacje wypracowane wspólnie na forum KS są konsumowane i znajdują odzwierciedlenie w przygotowywanych Planach działań.

Następnie głos zabrała Pani Magali Lenoel, przedstawicielka Komisji Europejskiej - Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej. Na początku podziękowała MZ za rozpoczęcie dyskusji na temat deinstytucjonalizacji na forum KS oraz za przeprowadzenie tego badania i przedstawienie wyników. Zauważyła, że bardzo pozytywnym procesem, który ma miejsce obecnie, jest wspieranie poprzez kryteria wyboru projektów przejścia z opieki świadczonej na poziomie szpitalnym na poziomy niższe - POZ i AOS, a także – jak to było przedstawione na przykładzie województwa świętokrzyskiego – równocześnie wsparcie i rozwój form opieki koordynowanej.

Pani Magali Lenoel dodała, że specyficzną kwestią jest zgodność z „*Ogólnoeuropejskimi wytycznymi (...)*” w zakresie wspierania dużych instytucji opieki, w szczególności o charakterze psychiatrycznym. Do tej pory Komisja Europejska spotkała się z tym zagadnieniem w przypadku województwa mazowieckiego. KE skierowała do IZ pismo w tej sprawie; w dniu 25.05.2017 r. zostało ono przekazane mailowo przez Sekretariat KS członkom KS do wiadomości, dlatego jego treść nie była omawiana na posiedzeniu.

Ze względu na wagę tej kwestii, wymaga ona dalszych rozmów, zarówno z regionami, jak również z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Rozwoju. Pani Magali Lenoel podkreśliła, że Komisja Europejska oczekuje położenia większego nacisku na komplementarność wsparcia udzielanego z EFS i z EFRR.

Pani Katarzyna Przybylska dodała, że w dniu 12 czerwca br. odbyło się robocze spotkanie przedstawicieli DFZ MZ z Panią Magali Lenoel, podczas którego przedstawicielka KE zwróciła uwagę, iż wytyczne krajowe w obszarze zdrowia dotyczą tylko EFS, w związku z tym kwestia deinstytucjonalizacji odnosi się wyłącznie do działań współfinansowanych z tego funduszu. Natomiast w przypadku opieki społecznej, wytyczne mają zastosowanie zarówno do EFS, jak i do EFRR, w związku z tym deinstytucjonalizacja w ramach obydwu funduszy jest traktowana tak samo i na równych zasadach ma być wspierana. Dlatego Komisja planuje przeprowadzić rozmowy z Ministerstwem Zdrowia oraz Ministerstwem Rozwoju jako autorem wytycznych, mające na celu doprecyzowanie tych kwestii tak, aby deinstytucjonalizacja w ramach EFRR również była zapewniona.

Pan Paweł Zdun, Naczelnik Wydziału Edukacji i Zdrowia w Departamencie Europejskiego Funduszu Społecznego w Ministerstwie Rozwoju, odnosząc się do ww. stanowiska, wyraził otwartość ze strony MR na rozszerzenie dokumentu o dodatkowe zapisy w zakresie EFRR, jeżeli będą dobre przykłady i dodatkowy materiał, na którym będzie można bazować. Dodał, że wymaga to jednak wspólnego zaangażowania, przede wszystkim na forum Komitetu Sterującego, aby tego typu uwarunkowania i szczegółowe rozwiązania móc zaproponować w ramach wytycznych w obszarze związanym z infrastrukturą. Przypomniął, że do tej pory nawet w zakresie EFS przyjęte rozwiązania mają charakter ogólny i wskazują wyłącznie przykładowe kierunki działań. Dodał, że z biegiem czasu, gdy będą pojawiały się dobre przykłady, MR będzie starało się uszczegóławiać ten zakres działań.

Pani Magali Lenoel dodała, że zapisy regionalnych programów operacyjnych wykluczają możliwość wsparcia dużych instytucji zarówno w obszarze opieki społecznej, jak i opieki zdrowotnej. Dlatego KE oczekuje doprecyzowania tej kwestii także w wytycznych krajowych.

Pan Marcin Marczak, przedstawiciel UM Województwa Małopolskiego, spytał się o podejście KE do dużych instytucji o charakterze opiekuńczo-pobytowym, o których jest mowa w RPO. Jego zdaniem, zgodnie z *Policy paper*, tymi instytucjami są domy opieki społecznej. Pani Magali Lenoel przypomniała, że w „*Ogólnoeuropejskich wytycznych (...)*” jest mowa o dużych instytucjach opieki długoterminowej zarówno w zakresie opieki społecznej, jak i zdrowotnej i tak należy rozumieć zapisy RPO.

Następnie Pan Marcin Marczak spytał o definicję dużej instytucji. Pani Magali Lenoel odpowiedziała, że w „*Ogólnoeuropejskich wytycznych (...)*” znajduje się odniesienie do tej kwestii i każdy kraj musi sam stworzyć własną definicję. Podkreśliła także, że nie można brać pod uwagę jedynie wielkości, ale również charakter wsparcia, tj. usługi, które są w jej ramach świadczone. I dlatego tak ważne jest zapewnienie komplementarności inwestycji, finansowanych w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego

i Europejskiego Funduszu Społecznego.

Następnie Pan Marcin Marczak wyraził opinię, że występuje rozdźwięk pomiędzy zaprezentowanym stanowiskiem MZ, a podejściem Komisji, które jest bardziej restrykcyjne.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że nie ma rozdźwięku pomiędzy stanowiskami MZ i KE oraz zwróciła uwagę, że zakres wsparcia w ramach PI 9a jest szeroki. Przypomniała, że na przykład w POLiŚ w działaniu 9.2 środki przeznaczone są na wsparcie szpitali klinicznych i instytutów, więc w tym obszarze trudno jest mówić o działaniach wspierających deinstytucjonalizację. Pani Dyrektor dodała, że nie ma możliwości, aby wszystkie usługi zdrowotne były świadczone w formach zdeinstytucjonalizowanych, ponieważ jest wiele sytuacji, w których nie ma możliwości leczenia ludzi w sposób inny niż poprzez hospitalizację. Niemniej jednak, tam gdzie jest to uzasadnione i racjonalne, należy starać się przechodzić na formy zdeinstytucjonalizowane. Reasumując, nie wszystkie działania w ramach PI 9a powinny być ukierunkowane na deinstytucjonalizację, ponieważ są pewne obszary, gdzie to jest niemożliwe, ale tam, gdzie to jest możliwe należy kierować się wytycznymi Komisji Europejskiej w tym zakresie.

Wypowiedź Pani Dyrektor poparł Pan Paweł Zdun, powołując się na zapisy zawarte w Umowie Partnerstwa. Zwrócił uwagę, że w sytuacji, gdy Dzienny Dom Opieki Medycznej wypracowany w ramach POWER stanie się modelowym rozwiązaniem, wówczas takie domy będą wymagały zapewnienia odpowiedniej infrastruktury, która będzie mogła być finansowana w ramach PI 9a. Dzięki temu działania infrastrukturalne finansowane w EFRR będą spójne z działaniami w ramach EFS.

Na koniec dyskusji dot. deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych Pani Małgorzata Szczudłowska, przedstawicielka UM Województwa Świętokrzyskiego, podzieliła się doświadczeniami z realizacji konkursu, który został przedstawiony w prezentacji MZ. Zwróciła uwagę, że zainteresowanie konkursem było mniejsze niż założono w Planie działań na rok 2016. Zdaniem IZ RPO małe zainteresowanie ze strony podmiotów leczniczych tworzeniem zdeinstytucjonalizowanych form opieki jest spowodowane kilkoma czynnikami, między innymi zbyt niskim wycenieniem tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz zbyt małą liczbą zakontraktowanych świadczeń oraz brakiem szans na ich zakontraktowanie (podmioty lecznicze nie chcą ryzykować, że nie będą miały w przyszłości umowy na te świadczenia i w konsekwencji będą musiały zwracać pieniądze, które wykorzystały na rozwój działalności ze środków EFRR). Niemniej jednak IZ RPO próbuje zmobilizować podmioty lecznicze, aby w większym zakresie inwestowały w te świadczenia, które wiążą się z deinstytucjonalizacją opieki. Pani Małgorzata Szczudłowska zwróciła także uwagę na problem związany z brakiem odpowiednich modeli oraz przykładów łączenia działań finansowanych ze środków EFRR i EFS. Podkreśliła, że IZ jest bardzo zainteresowana komplementarnością wydatkowania ww. środków.

W związku z brakiem innych głosów w sprawie, Pani Dyrektor Kister zaproponowała zakończenie dyskusji nt. deinstytucjonalizacji, jednocześnie zaznaczając, że temat ten będzie przedmiotem rozmów z Komisją Europejską, także w kontekście krajowych Wytycznych.

Następnie przystąpiono do procedowania Planów działań w ramach poszczególnych Regionalnych Programów Operacyjnych. Każdy Plan był pokrótce omawiany przez Panią Dyrektor Kister.

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

Jako pierwszy procedowany był Plan działań woj. kujawsko-pomorskiego, który zawiera następujące działania:

- 1) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPOWKP.8.K.2) - Program profilaktyki III stopnia dla pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych w województwie kujawsko-pomorskim. Konkurs był już uzgodniony na forum Komitetu Sterującego w lutym 2016 roku (IV posiedzenie KS). Obecnie w przedmiotowym konkursie zmienione zostały przede wszystkim kryteria, ze względu na przyjęcie w maju 2016 roku rekomendacji dla PI 8vi. Ponadto, zmiany wynikają z uwzględnienia przez IZ sugestii i uwag ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), zawartych w opinii do RPZ (opinia pozytywna warunkowa). DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 2) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPOWKP.8.K.4) - Program wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2018-202. Podobnie jak w przypadku konkursu wymienionego w pkt 1), konkurs był uzgadniany na forum KS w lutym 2016 roku i obecnie zmieniane są przede wszystkim kryteria. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 3) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPOWKP.9.K.3) - Program profilaktyki wczesniactwa oraz wczesnej interwencji terapeutycznej w celu wyrównywania szans rozwojowych w grupie dzieci od 0 do 3 lat zagrożonych niepełnosprawnością z przyczyn przed- i okołoporodowych. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 4) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPOWKP.6.K.4) - Inwestycje w zakresie POZ i AOS. Jego przedmiotem mogą być projekty dotyczące tylko doposażenia w sprzęt. Zakłada się wsparcie 22 podmiotów leczniczych. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 5) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPOWKP.6.K.5) - Inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej, paliatywnej i geriatry. W ramach tego konkursu zakłada się wsparcie 10 podmiotów leczniczych. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 6) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPOWKP.6.K.6) - Inwestycje w zakresie szpitalnictwa wojewódzkiego. Jest on powiązany ze wsparciem szpitali wojewódzkich z Europejskiego Banku Inwestycyjnego (EBI). Planowane jest wsparcie 3 podmiotów. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

Po omówieniu Planu Pani Dyrektor Kister poprosiła przedstawicieli IZ o przedstawienie autopoprawek, które IZ przesłała do Sekretariatu KS w przeddzień posiedzenia.

Pani Małgorzata Wiśniewska, Zastępca Dyrektora Departamentu Spraw Społecznych, Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego i Zdrowia w UM Województwa Kujawsko-Pomorskiego, poinformowała, że IZ zgłasza autopoprawki w zakresie dwóch konkursów. W konkursie nr RPOWKP.9.K.3 korekta polega na usunięciu słowa „opracowanie” w fiszce konkursowej oraz kryteriach wyboru projektów, tam gdzie jest mowa o opracowaniu i wdrożeniu programów. W regionalnym programie oraz w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych (SzOOP) jest mowa o opracowywaniu i wdrażaniu programów w ramach konkursów, jednakże konkurs dotyczy RPZ opracowanego przez IZ, zatem nie jest zasadne

sugerowanie, że można przygotować projekt obejmujący opracowanie RPZ.

Natomiast w przypadku konkursu RPOWKP.6.K.5 zgłoszono kilka poprawek:

- usunięcie geriatry z całego konkursu, ze względu ukierunkowanie konkursu na opiekę długoterminową i paliatywną;
- modyfikację kryterium proponowanego przez IZ, wymienionego w poz. 8 (Zgodność projektu z regionalną analizą potrzeb), polegającą na usunięciu zapisu, że zakres projektu mieści się w zakresie wskazanym w regionalnej analizie potrzeb;
- modyfikację kryterium proponowanego przez IZ, wymienionego w poz. 9 (Kwalifikowalność wnioskodawców/ partnerów), polegającą na dodaniu, iż wśród beneficjentów możliwa jest również „spółka z większościovym udziałem jst, realizująca przedsięwzięcia medyczne na rzecz ww. podmiotu leczniczego”. Jest to typ podmiotów, które są wymienione w SzOOP;
- dodanie w fiszce konkursu wśród potencjalnych beneficjentów „spółki z większościovym udziałem jst, realizującej przedsięwzięcia medyczne na rzecz ww. podmiotu leczniczego”;
- dodanie kryterium dostępu pn. „Zgodność z zasadami deinstytucjonalizacji” w formie pytania: „Czy w wyniku realizacji projektu następuje rozwój opieki koordynowanej/zintegrowanej z uwzględnieniem środowiskowych form opieki?”;
- dodanie kryterium o charakterze premiującym pn. „Wsparcie działań w zakresie udzielania innych form świadczenia usług niż stacjonarne”, w którym „Ocenie podlega czy wnioskodawca zapewnił we wniosku o dofinansowanie projektu, że będzie współpracował z POZ lub lokalnymi jednostkami pomocy społecznej w celu świadczenia opieki domowej zgodnie z poniższą punktacją (...)” – podana punktacja w zależności od podejmowanych, zaplanowanych w ramach wniosku działań.

Po przedstawieniu autokorekty do Planu, Pani Małgorzata Wiśniewska, zwróciła się jeszcze z prośbą o wyjaśnienie dwóch kwestii. W zakresie konkursu RPOWKP.6.K.5, poprosiła o potwierdzenie prawidłowości interpretacji zwrotu „łóżka szpitalne” jako kontrakt na leczenie szpitalne (przy kryterium dotyczącym zwiększenia liczby łóżek szpitalnych). IZ przy tym kryterium wpisała zwrot „nie dotyczy”, ponieważ zakłady opiekuńczo-lecznicze zgłosiły, iż nie posiadają świadczeń na łóżka szpitalne.

Pani Dyrektor Wiśniewska spytała także, czy w związku z uwagą zgłoszoną przez MR w ramach prac Komitetu Monitorującego RPO ws. konieczności wprowadzenia w przypadku konkursów RPOWKP.6.K.5 i RPOWKP.6.K.6 osobnego kryterium dot. posiadania OCI. Poprosiła o potwierdzenie, że KS wyraża zgodę na zastosowanie połączonego kryterium, tj. kryterium dot. posiadania OCI razem z kryterium dot. zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych.

Następnie głos zabrała Pani Dyrektor Kister, która poprosiła, aby w przyszłości przekazywać autopoprawki z należytych wyprzedzeniem. Natomiast odnosząc się do pierwszego pytania – w kwestii łóżek szpitalnych – potwierdziła przedstawioną interpretację. W kwestii pytania związanego z uwagą MR, poprosiła o ewentualne odniesienie się do niego przez przedstawiciela MR.

Pani Ewa Niedziałek, przedstawicielka Departamentu Regionalnych Programów Operacyjnych w MR, wyjaśniła, że z dotychczasowej praktyki wynikało, że w ramach jednego kryterium weryfikowana jest zgodność z mapami, a w ramach odrębnego kryterium weryfikowane jest posiadanie pozytywnej OCI.

W przypadku, o którym mówiła Pani Małgorzata Wiśniewska, te kryteria zostały połączone w jedno kryterium. Dodała, że jeśli oba te elementy będą weryfikowane, to mogą być zapisane w ramach jednego połączonego kryterium.

Pani Dyrektor Kister potwierdziła, że ze strony MZ takie rozwiązanie jest akceptowalne.

Wobec braku dalszych głosów nt. przedmiotowego Planu działań, Pani Dyrektor Kister zaproponowała przejście do głosowania Uchwały Nr 32/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

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

- 1) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WLU.10.K.4) - Profilaktyka raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 2) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WLU.11.K.2) - Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów klas IV – VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2018 – 2020. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 3) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 9a (nr RPO WLU.13.P.2) - Poprawa efektywności działalności wojewódzkich podmiotów leczniczych w obszarach potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego poprzez niezbędne, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prace remontowo – budowlane, w tym zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, a także wyposażenia w sprzęt medyczny. Jest to duży projekt - obejmuje 6 szpitali wojewódzkich: w Białej Podlaskiej, w Chełmie, Szpital Jana Bożego w Lublinie, Szpital Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie, Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie oraz Szpital w Zamościu. Ogółem we wszystkich ww. szpitalach planowany jest spadek liczby łóżek o 49 - z 4 040 do 3 991. Natomiast w przypadku Oddziału Urazowo-Ortopedycznego w szpitalu w Chełmie pierwotnie zakładano zwiększenie liczby łóżek z 46 do 70, jednak DAiS MZ zgłosił uwagę o braku zasadności zwiększenia liczby łóżek. W odpowiedzi IZ postanowiła dokonać autokorekty w tym zakresie, w wyniku której odstąpiono od zwiększenia liczby łóżek. Autokorekta została przyjęta przez MZ. NFZ wydał pozytywną opinię.

Następnie Pani Anna Brzyska, p.o. kierownika Oddziału Funduszy RPO WL 2014-2020 w Ochronie Zdrowia w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej UM Województwa Lubelskiego, potwierdziła, że IZ – po dokonaniu ponownej analizy dot. liczby łóżek na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym w szpitalu w Chełmie – przychyliła się do stanowiska Departamentu Analiz i Strategii MZ. W związku z tym liczba łóżek na ww. Oddziale nie zostanie zwiększona. Ponadto, Pani Anna Brzyska omówiła inne autopoprawki do Planu, które zostały zgłoszone razem z ww. autokorektą w piśmie z dnia 6 czerwca br. przekazanym do

Sekretariatu KS:

- w fiszce projektu pozakonkursowego (w pkt 28 fiszki, wiersz 80) omyłkowo w zakresie robót budowlanych został wykazany sprzęt medyczny, który zostanie zakupiony dla Szpitala Neuropsychiatrycznego przy ul. Abramowickiej. Ponadto, zmieniono 2 wskaźniki: Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami - zmniejszenie z 8 do 5; Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej – zmieniono wartość z kwoty brutto na kwotę netto,
- w zakresie obydwu konkursów ujętych w Planie wprowadzono autokorektę literówek,
- w konkursie RPO WLU.11.K.2 w przypadku dwóch pierwszych kryteriów wprowadzono zmianę rodzaju nazwy kryterium z „kryterium formalne dostępu” na „kryterium formalne specyficzne”.

Pani Dyrektor Kister ponownie zaapelowała, aby minimalizować liczbę autokorekt i przekazywać je z należyтым wyprzedzeniem. Dodała również, że w przypadku poprawek literówek nie ma potrzeby procedowania takich kwestii na forum KS.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 33/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan działań woj. lubuskiego dotyczy jednego konkursu w ramach PI 8vi (nr RPO WLB.6.K.3) - Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

W związku z brakiem głosów ws. przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 34/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Kolejnym procedowanym i omówionym przez Panią Dyrektor Kister dokumentem był Plan działań woj. małopolskiego, który obejmuje następujące konkursy:

- 1) w ramach PI 8vi (nr RPO WMP.8.K.2) - Wdrożenie programów zdrowotnych dotyczących chorób będących istotnym problemem regionu. Planowane są 3 regionalne programy zdrowotne (RPZ):

- RPZ dot. profilaktyki i rehabilitacji osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej;
- AKTYWATOR - Popraw swoją skuteczność w podjęciu i utrzymaniu pracy. Warsztaty terapeutyczne dla osób w wieku 18-45 lat;
- RPZ dot. wdrożenia rehabilitacji ruchowej w ramach prewencji utraty zdolności do pracy z powodu chorób sercowo-naczyniowych wśród mieszkańców województwa małopolskiego w wieku 36-55 lat.

DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

2) w ramach PI 9iv (nr RPO WMP 9.K.1) - Rozwój opieki długoterminowej, w formach innych niż szpitalne o ile mieszczą się we wskazanym wykazie dziedzin priorytetowych (tj. onkologii, psychiatrii, geriatrici, a także w zakresie dotyczącym chorób układu krążenia, układu oddechowego, układu kostno stawowo-mięśniowego, opieki nad matką i dzieckiem oraz neurologii) w szczególności w formie usług realizowanych w sposób zdeinstytucjonalizowany. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

3) w ramach PI 9iv (nr RPO WMP 9.K.2) – wdrożenie programów zdrowotnych w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych oraz zagrożonych niepełnosprawnością. Planowane są 4 RPZ:

- wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym;
- wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 4-7 lat (przedszkolnym i szkolnym);
- wczesne wykrywanie wad rozwojowych u dzieci w wieku szkolnym w zakresie zaburzeń słuchu i wad wymowy;
- wczesna wielospecjalistyczna interwencja dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym lub zagrożonym niepełnosprawnością, w tym kobiet w ciąży spodziewających się narodzin dziecka niepełnosprawnego lub zagrożonego niepełnosprawnością.

DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

Wobec braku głosów dot. przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 35/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Następnie Pani Dyrektor Kister omówiła Plan działań woj. podlaskiego, który zawiera konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WPD.8.K.3) - Inwestycje w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz w innych obszarach, gdzie występuje leczenie dzieci. Jest to wsparcie zarówno dla POZ, AOS, jak i szpitali. Przewiduje się wsparcie około 14 podmiotów. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 36/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa*

Podlaskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Kolejnym procedowanym dokumentem był Plan działań woj. pomorskiego, który zawiera konkurs w ramach PI 8vi (nr RPOWP.5.K.4), realizowany poza formułą RPZ - Wzmacnianie potencjału zdrowotnego pracowników poprzez zmniejszanie czynników ryzyka dla chorób cywilizacyjnych w środowisku pracy. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie. Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę na bardzo wysoki koszt jednostkowy, wynoszący ponad 55 tys. złotych na osobę oraz poprosiła przedstawiciela IZ o przedstawienie więcej informacji dot. zakresu wsparcia.

Pan Maciej Laszkiewicz, Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia UM Województwa Pomorskiego, wyjaśnił, że wpisana w Planie liczba 500 osób dotyczy osób, które dzięki interwencji EFSI zgłoszą się na badanie profilaktyczne, natomiast IZ liczy na to, że liczba osób objęta tym programem wyniesie ok. 5 000, więc koszt jednostkowy będzie relatywnie niższy. W kwestii zakresu wsparcia Pan Dyrektor poinformował, że planowane są działania służące przekwalifikowaniu, takie jak szkolenia, doradztwo zawodowe (szczególnie indywidualne), jak również kursy przekwalifikowujące i studia podyplomowe. Dodał, że kursy i studia są bardzo kosztochłonne, stąd wysoki koszt przypadający na jedną osobę. Jeśli chodzi o działania mające na celu wdrażanie programów przyczyniających się do minimalizowania negatywnych czynników, Pan Dyrektor Laszkiewicz wyjaśnił, że IZ chciałaby się skupić na strefie zdrowia psychicznego, m.in. na poradnictwie psychologicznym i psychiatrycznym oraz warsztatach psychospołecznych, w tym dot. radzeniu sobie ze stresem, wypaleniem zawodowym, a także rozwiązywaniu konfliktów w miejscu pracy. Ponadto, planowane są działania informacyjno-edukacyjne, mające na celu edukację w zakresie zapobiegania chorobom cywilizacyjnym.

Po przyjęciu powyższych wyjaśnień przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 37/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

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

Kolejnym procedowanym dokumentem był Plan działań woj. śląskiego, który zawiera:

- 1) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPOWSL.8.K.5) - Wczesne wykrywanie nowotworów: jelita grubego, piersi, szyjki macicy – ZIT. Pani Dyrektor Kister poinformowała, że DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie, ale zwróciła uwagę na wysoki koszt jednostkowy (ok. 7 tys. zł) i poprosiła przedstawicieli IZ o odniesienie się to tej kwestii.

- 2) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPOWSL.8.K.6) - Wdrażanie programów zdrowotnych dotyczących chorób będącym istotnym problemem zdrowotnym regionu: Regionalny program przeciwdziałania nadwadze, otyłości i cukrzycy w województwie śląskim na lata 2017-2020. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie. Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że w założeniach konkursu wskazana liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS to prawie 2 tys. osób (czyli koszt jednostkowy jest wysoki i wynosi ok. 7 tys. złotych na osobę), natomiast w RPZ wskazano większą liczbę osób (tj. 225 tys.). Poprosiła IZ o wyjaśnienie tych rozbieżności.

Pani Barbara Daniel, Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej w UM Województwa Śląskiego, odnosząc się do pytania o wysoki koszt jednostkowy, powiedziała, że działania realizowane są w trybie konkursowym i przy wyborze ofert cena będzie brana pod uwagę.

Następnie Pani Barbara Szymocha, również reprezentująca UM Województwa Śląskiego, wyjaśniła że rozbieżność dot. wskaźnika wynika z faktu, że w momencie przygotowania RPO i szacowania wskaźnika nie uszczegółowiono, co będzie specyficzną chorobą w skali województwa śląskiego. Natomiast w RPZ określono już konkretną grupę, do której będzie skierowany program w zakresie i cukrzycy, i otyłości. Dodała, że IZ będzie kierować się tymi założeniami, które są w RPZ.

Pani Dyrektor Kister – wracając do kwestii wysokiego kosztu jednostkowego - zwróciła uwagę, że podczas bieżącego posiedzenia przyjęty został Plan działań woj. lubelskiego, w którym koszt jednostkowy w analogicznym konkursie wynosi ok. 1 600 zł, czyli istnieje znacząca różnica w stosunku do kosztu wskazanego w Planie woj. śląskiego, tj. 7 tys. zł.

Następnie Pani Dyrektor kontynuowała omawianie przedmiotowego Planu.

- 3) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 2c (nr RPOWSL.2.P.1) - Śląska Cyfrowa Platforma Medyczna eCareMed - Telemedycyna i eksploracja danych medycznych.
- 4) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 2c (nr RPOWSL.2.P.2) - Włączenie usług teleonkologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego do Śląskiej Cyfrowej Platformy Medycznej eCareMed.
- 5) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 2c (nr RPOWSL.2.P.3) - Włączenie usług telekardiologii i teleneurologii Górnośląskiego Centrum Medycznego im. prof. L. Gieca do Śląskiej Cyfrowej Platformy Medycznej eCareMed.
- 6) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 2c (nr RPOWSL.2.P.4) - Śląska Cyfrowa Platforma Medyczna "eCareMed" - Elektroniczna Dokumentacja Medyczna.

W przypadku wszystkich ww. projektów pozakonkursowych DAiS MZ, NFZ oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) wydały pozytywne opinie.

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że dniu poprzedzającym posiedzenie (tj. 12 czerwca) podczas spotkania w ramach prac grupy roboczej ds. e-zdrowia powyższe działania były szczegółowo omówione.

Pani Barbara Daniel dodała, że to jest największe przedsięwzięcie strategiczne z zakresu e-zdrowia na Śląsku. Włączone zostały do niego wszystkie szpitale kliniczne, wyodrębniona grupa szpitali wojewódzkich, a także pilotażowo szpital powiatowy. Docelowo, planowane jest dołączenie do tej platformy pozostałych szpitali powiatowych.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 38/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw

koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Następnie procedowano zmianę w Planie działań woj. świętokrzyskiego na rok 2016. Zmiany dotyczyły konkursu w ramach PI 9a:

- 1) nr RPO WSW.7.K.1 - wsparcie podmiotów leczniczych realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 2) nr RPO WSW.7.K.1 - wsparcie podmiotów leczniczych realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że są to zmiany wynikające z rozstrzygnięć konkursu oraz poprosiła przedstawicieli IZ o krótkie ich omówienie, a także skomentowanie z czego wynikały niepowodzenia w przeprowadzonych naborach konkursowych.

Pani Małgorzata Szczudłowska, reprezentująca UM Województwa Świętokrzyskiego wyjaśniła, że w ramach konkursu wydzielono środki przeznaczone dla podstawowej opieki zdrowotnej i odrębnie dla opieki długoterminowej oraz paliatywnej i hospicyjnej. W przypadku działania wymienionego w pkt 1) objęto opieką zdrowotną większą liczbę ludności niż planowano. W Planie działań założono, że będzie to 72 tys. mieszkańców, natomiast zgodnie ze złożonymi projektami 76,8 tys. osób zostanie objętych opieką w zmodernizowanych placówkach POZ.

W przypadku działania wymienionego w pkt 2) zaplanowano, że wsparcie otrzyma 11 podmiotów leczniczych. W rzeczywistości zainteresowanie było mniejsze, złożono 6 wniosków o dofinansowanie, natomiast wsparcie otrzymało ostatecznie jedynie 3 wnioskodawców, ponieważ kolejnych 3 nie spełniało wymogów. Automatycznie zmniejszyła się liczba ludności, która będzie objęta opieką. Wskazując na przyczynę niepowodzenia, Pani Małgorzata Szczudłowska powtórzyła to co powiedziała podczas dyskusji o deinstytucjonalizacji. Problemem jest małe zainteresowanie zdeinstytucjonalizowanymi formami opieki długoterminowej ze strony podmiotów leczniczych, wynikające m.in. z tego, że świadczenia te są bardzo nisko wycenione przez NFZ. Liczba zakupionych świadczeń w tym zakresie jest zbyt mała w stosunku do tego, czego oczekiwała IZ RPO. Podmioty nie chcą ryzykować, że nie będą miały w przyszłości zawartych umów z NFZ i automatycznie będą musiały zwracać pieniądze. Podmioty lecznicze nie chcą więc startować w konkursach finansowanych ze środków EFRR w ramach Narzędzia 17 dopóki nie będą miały pewności, że po skończeniu realizacji zadania inwestycyjnego będą miały możliwość zapewnienia współfinansowania działalności zdeinstytucjonalizowanych form opieki długoterminowej ze środków EFS, a następnie płatnik zakontraktuje dane świadczenia. Do tego konkursy, które odbywają się i są realizowane przez NFZ nie współgrają z terminami konkursów realizowanych w ramach Funduszy

Europejskich.

Pani Anna Nocuń, Dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia UM Województwa Świętokrzyskiego, uzupełniając wypowiedź swojej poprzedniczki podkreśliła, że dużą trudność sprawia fakt, iż projekty pilotażowe, związane czy to z opieką długoterminową, czy z opieką psychiatryczną, są w toku i nie są jeszcze znane zasady finansowania tych świadczeń przez NFZ. IZ odbywa wiele spotkań na poziomie powiatów i władz powiatowych w celu pozyskania potencjalnych oferentów, ale spotyka się z dużą nieufnością i z oporem. Dlatego też przyspieszenie prac w tym zakresie zdecydowanie mogłoby poprawić sytuację.

Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że uwagę MZ zwróciło szczególnie bardzo nieproporcjonalne zmniejszenie alokacji w stosunku do wartości wskaźników w przypadku drugiego konkursu. Mianowicie, alokacja zmniejszyła się o ok. 30 procent, natomiast liczba ludności objęta wsparciem spadła z poziomu 4 tys. do 126 osób, czyli ok. 97 procent. Jednocześnie liczba wspieranych podmiotów leczniczych zmniejszyła się aż o 73 procent (z 11 do 3).

Pani Małgorzata Szczudłowska wyjaśniła, że w województwie świętokrzyskim nie ma projektów pozakonkursowych, wszystko odbywa się w ramach konkursów. IZ określa pewne założenia, natomiast wnioski złożone w procesie konkursowym w pewien sposób je weryfikują. W przypadku drugiego konkursu wnioskodawców było więcej, natomiast ostatecznie tylko 3 beneficjentów otrzymało dofinansowanie, ponieważ 3 pozostałych oferentów nie spełniało warunków, tj. nie realizowało zdeinstytucjonalizowanych form opieki.

Ponadto Pani Małgorzata Szczudłowska powtórzyła, że wymaganymi inwestycjami są często te polegające na modernizacji podmiotów leczniczych, co wiąże się z dużymi kosztami. Stąd właśnie zamysł województwa, aby połączyć środki inwestycyjne z EFRR ze środkami z EFS na funkcjonowanie.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 39/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie zmiany Uchwały Nr 16/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

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

Plan działań woj. świętokrzyskiego na rok 2017 obejmuje 5 konkursów, wszystkie w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a:

- 1) nr RPO WSW.7.K.2 - Wsparcie oddziałów szpitalnych oraz innych jednostek i komórek organizacyjnych regionalnych podmiotów leczniczych i współpracujących z nimi pracowni diagnostycznych, które realizują na rzecz osób dorosłych stacjonarne, całodobowe i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne dedykowane chorobom układu krążenia. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

- 2) nr RPO WSW.7.K.3 - Wsparcie oddziałów szpitalnych oraz innych jednostek i komórek organizacyjnych regionalnych podmiotów leczniczych i współpracujących z nimi pracowni diagnostycznych, które realizują na rzecz osób dorosłych stacjonarne, całodobowe i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne dedykowane chorobom nowotworowym. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 3) nr RPO WSW.7.K.4 – Wsparcie oddziałów oraz innych komórek organizacyjnych regionalnych podmiotów leczniczych, a także współpracujących z nimi pracowni diagnostycznych, które realizują na rzecz osób dorosłych stacjonarne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne dedykowane chorobom układu kostno - stawowego i/lub mięśniowego. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 4) nr RPO WSW.7.K.5 - Wsparcie oddziałów szpitalnych oraz innych jednostek i komórek organizacyjnych regionalnych podmiotów leczniczych i współpracujących z nimi pracowni diagnostycznych, które realizują na rzecz osób dorosłych stacjonarne, całodobowe i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne dedykowane chorobom układu oddechowego. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 5) nr RPO WSW.7.K.8 - Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych, które realizują świadczenia zdrowotne z zakresu geriatry, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki długoterminowej. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że 4 konkursy były już przyjęte Uchwałą KS (Nr 87/2016), ale Instytucja Zarządzająca zgłosiła do nich szereg zmian aktualizacyjnych. Natomiast konkurs nr RPO WSW.7.K.8 jest konkursem nowym. Następnie poprosiła IZ o krótkie przedstawienie najważniejszych zmian z uzasadnieniem ich dokonania.

Pani Małgorzata Szczudłowska wyjaśniła, że:

- w przypadku dwóch pierwszych konkursów, tj. dedykowanych chorobom układu krążenia i chorobom nowotworowym, zmiany dotyczą sformułowania kryteriów i są to zmiany redakcyjne;
- w przypadku konkursów dedykowanych chorobom układu kostno-stawowego i chorobom układu oddechowego dokonano większych zmian. IZ zastosowała zmienione kryteria, w związku z podjęciem Uchwały Nr 21/2017/O Komitetu Sterującego ws. rekomendacji dla PI 9a, biorąc pod uwagę szczególnie specyficzne kryteria dla rehabilitacji. Ponadto, ze względu na ograniczone środki finansowe w RPO konkursy te zostały zawężone. Konkurs poświęcony chorobom układu kostno-stawowego po zmianie dotyczy świadczeń udzielanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, natomiast konkurs z zakresu chorób układu oddechowego został zawężony do świadczeń udzielanych w zakresie alergologii i chorób płuc;
- w związku z przyjęciem przez KS zmienionych kryteriów specyficznych, w tym dla opieki długoterminowej, IZ wprowadziła do Planu również konkurs dotyczący geriatry i opieki długoterminowej.

Ponieważ nie zgłoszono żadnych innych pytań lub uwag do przedmiotowego Planu, przystąpiono do głosowania Uchwałą Nr 40/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

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

Plan działań woj. wielkopolskiego obejmuje następujące konkursy:

- 1) w ramach PI 9iv (nr RPO WWL.7.K.3) w formule RPZ - Wielkopolski Program Profilaktyczny w zakresie onkologii dziecięcej. Konkurs ten był już przyjęty uchwałą KS, ale w wyniku uwag AOTMiT dokonano w nim zmian. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 2) w ramach PI 9iv (nr RPO WWL.7.K.5) - Projekt obejmujący deinstytucjonalizację usług społecznych i deinstytucjonalizację opieki medycznej osób starszych. Konkurs ten został zaprezentowany na początku bieżącego posiedzenia - w ramach punktu dotyczącego deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 3) w ramach PI 8vi (nr RPO WWL.6.K.9) poza formułą RPZ - Programy dostosowane do potrzeb konkretnych pracodawców i ich pracowników ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy i przekwalifikowanie pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 4) w ramach PI 8vi (nr RPO WWL.6.K.10) w formule RPZ - Program edukacji zdrowotnej i szczepień ochronnych przeciw grypie w populacji MOF Poznania. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 5) w ramach PI 8vi (nr RPO WWL.6.K.11) w formule RPZ - Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców MOF Poznania. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 6) w ramach PI 8vi (nr RPO WWL.6.K.12) w formule RPZ - Program wykrywania zakażeń WZW B i C wraz ze szczepieniem przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typ B na lata 2018-2020. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.
- 7) w ramach PI 8vi (nr RPO WWL.6.K.13) w formule RPZ - Profilaktyka nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej na lata 2018-2020. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

Po omówieniu Planu przez Panią Dyrektor Kister przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 41/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

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

Plan działań woj. zachodniopomorskiego obejmuje 3 projekty pozakonkursowe, wszystkie realizowane w ramach PI 9a:

- 1) nr RPOWZ.9.P.2 - Dostosowanie SPWSZ do potrzeb szybko rosnącej populacji osób starszych – zwiększenie liczby łóżek w Oddziale Geriatrii i Przewlekłe Chorych. Projekt zakłada modernizację i doposażenie istniejącego budynku szpitala na potrzeby Oddziału Geriatrii i Przewlekłe Chorych i jest

wpisany w kontrakt terytorialny. Projekt uzyskał pozytywną opinię o celowości inwestycji (OCI). DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

- 2) nr RPOWZ.9.P.8 - Podniesienie jakości i dostępności usług medycznych SPWSZ w Szczecinie poprzez budowę budynku na potrzeby Oddziału Nefrologii i Transplantacji Nerek, Stacji Dializ, Oddziału Neurologii wraz z Oddziałem Udarowym oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego wraz z wyposażeniem. Projekt jest wpisany w Kontrakcie Terytorialnym oraz uzyskał pozytywną OCI. NFZ wydał pozytywną opinię, natomiast DAiS MZ początkowo zgłosił uwagi, ale po wyjaśnieniach IZ ostatecznie wydał również pozytywną opinię.
- 3) nr RPOWZ.9.P.7 - Przebudowa i dostosowanie do aktualnych wymogów Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu wraz z niezbędnym wyposażeniem. Projekt przewiduje budowę, modernizację i zakup wyposażenia dla centrum diagnostyczno-obrazowego wraz ze szpitalną izbą przyjęć, laboratorium, centralną sterylizatornią, apteką i jeszcze drobne inne elementy. Projekt jest wpisany w Kontrakcie Terytorialnym oraz uzyskał pozytywną OCI. DAiS MZ i NFZ wydały pozytywne opinie.

Po omówieniu Planu przez Panią Dyrektor Kister przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 42/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Sprawy różne

W punkcie dot. spraw różnych Pani Dyrektor Kister poinformowała, że kolejne posiedzenie Komitetu odbędzie się nie wcześniej niż we wrześniu. Podczas kolejnego posiedzenia MZ planuje podsumować wyniki badania dotyczącego Dziennych Domów Opieki Medycznej. Następnie Pani Dyrektor Kister poprosiła o przedstawienie przez Panią Annę Goławską, Zastępcę Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w MZ, założeń w zakresie Planu działań dla Programu Infrastruktura i Środowisko. Wyjaśniła, że dokument wkrótce po posiedzeniu będzie przekazany członkom KS do procedowania w trybie obiegowym.

Pani Dyrektor Goławska poinformowała, że Pan Minister Piotr Gryza wyraził zgodę na przekazanie pod obrady Komitetu Sterującego projektu Planu działań dla POLiŚ w trybie obiegowym pod warunkiem omówienia go podczas posiedzenia KS. Plan działań zakłada zgłoszenie projektów pozakonkursowych dotyczących zakupu akceleratorów. Jest to działanie komplementarne do Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w Polsce, w ramach którego ogłaszane są konkursy m.in. na wymianę akceleratorów. Plan działań dla POLiŚ również zakłada wymianę akceleratorów przez podmioty, które kwalifikują się do wsparcia w ramach POLiŚ w Działaniu 9.2, jak również zakup dodatkowych, zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych.

Przedstawiony przez Panią Dyrektor Goławską Plan zawiera następujące projekty pozakonkursowe:

- w regionie lepiej rozwiniętym – 1 projekt: Centrum Onkologii w Warszawie - wymiana 3 akceleratorów oraz modernizacja bunkrów;

– w regionach słabiej rozwiniętych - 6 projektów:

- 1) Centrum Onkologii w Gliwicach – wymiana 4 akceleratorów oraz modernizacja bunkrów.
- 2) Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim – zakup 2 dodatkowych akceleratorów.
- 3) Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach – budowa bunkra oraz zakup dodatkowego akceleratora. W tym przypadku Minister Zdrowia podjął decyzję, że będzie zmiana mapy potrzeb zdrowotnych w tym zakresie i nastąpi przesunięcie akceleratorów z Sandomierza: jeden do Kielc, drugi do Tarnobrzega. Na tej podstawie niniejszy projekt został przyjęty do realizacji.
- 4) Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 w Rzeszowie - zakup dodatkowego akceleratora oraz budowa bunkra.
- 5) SP ZOZ MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie - 2 projekty: zakup dodatkowego akceleratora i budowa bunkra oraz wymiana starego akceleratora i modernizacja bunkra.

Planowana alokacja na ten cel w województwach słabiej rozwiniętych to prawie 163 mln zł, natomiast w województwie mazowieckim – 36,5 mln zł.

Pani Dyrektor Goławska dodała, że dodatkowo MZ (IP POLiŚ) planuje włączyć w zakres projektów akceleratory, które zostały zakupione w latach 2015 i 2016 ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Obecnie MZ oczekuje na decyzję IZ POLiŚ, czy taki mechanizm jest możliwy i jeżeli stanowisko będzie pozytywne, to również te pozycje zostaną ujęte. Pani Dyrektor wyjaśniła, że takie działanie ma na celu głównie przyspieszenie kontraktowania środków i wypełnienie oczekiwań Komisji Europejskiej w tym zakresie.

Wobec braku innych głosów ze strony uczestników, Pani Dyrektor Kister podziękowała za spotkanie i zakończyła posiedzenie.

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 32/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 33/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie*

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 34/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 35/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 36/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 37/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego*

Wyniki głosowania:

- 23 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 1 głos – przeciw przyjęciu uchwały,
- 4 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 38/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 39/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie zmiany Uchwały Nr 16/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego*

Wyniki głosowania:

- 23 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 2 głosy – przeciw przyjęciu uchwały,
- 4 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 40/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 41/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 42/2017/XIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego*

Wyniki głosowania:

- 28 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,

<ul style="list-style-type: none"> • 2 głosy - wstrzymujące się. 		
5.	Protokół sporządził:	Dorota Kolasińska Starszy specjalista w Wydziale Koordynacji Polityki Rozwoju Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia
6.	Zatwierdził:	Agnieszka Kister Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia

Załącznik 1: Lista obecności

Załącznik 2: Porządek obrad