

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
	<p>XI posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce <b>15 grudnia 2016 r.</b> w sali konferencyjnej przy ul. Chałubińskiego 8 w Warszawie.</p>
2.	Porządek obrad:
	<p><b>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</b></p> <p>W XI posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyło łącznie 75 osób (32 członków i zastępców członków lub osób upoważnionych do głosowania, 2 stałych obserwatorów oraz 41 innych zaproszonych osób), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 28 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 oraz zaprosił do wspólnej pracy. 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 - po przywitaniu uczestników spotkania - poinformowała, iż posiedzenie rozpocznie się od zatwierdzenia porządku obrad i spytała, czy ktoś z uczestników posiedzenia zgłasza do niego uwagi, zastrzeżenia lub propozycje. Wobec ich braku, przystąpiono do głosowania. Porządek obrad został przyjęty jednogłośnie (23 głosy – za przyjęciem, 0 głosów - przeciw, 0 głosów – wstrzymujących się).</p> <p>Porządek obrad stanowi załącznik nr 2 do protokołu.</p>
3.	Przebieg posiedzenia:
	<p><b>Aktualizacja rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a - <i>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</i></b></p>

## **lokalnych**

Pani Dyrektor Agnieszka Kister poinformowała, że proponowana aktualizacja rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a jest niewielka i stanowi wyjście naprzeciw postulatam, które zostały zgłoszone do Sekretariatu Komitetu Sterującego. Zmiana dotyczy pkt II.7 Rekomendacji dla kryteriów dostępu o charakterze obligatoryjnym, mówiącego, że *„Projekty mogą być realizowane przez podmioty, które zapewniają lub będą zapewniać najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu realizacji projektu, udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach oddziałów szpitalnych i AOS, szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii”*. Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, iż istnieją podmioty lecznicze, które nie spełniają i nawet nie powinny spełniać tego kryterium – np. niektóre szpitale monoprofilowe - i w związku z tym, aby nie powodować automatycznego wykluczenia z możliwości korzystania ze środków unijnych w tego typu przypadkach, bądź też nie zachęcać do tworzenia infrastruktury i jednostek organizacyjnych, które są nieuzasadnione, zaproponowano usunięcie tego kryterium. Drugą zaproponowaną zmianą była zmiana redakcyjna w pkt III.10, dotycząca usunięcia myślnika w słowie „wysoko-specjalistycznych” oraz przecinka w metryczce rozporządzenia.

Pani Małgorzata Szczudłowska, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego (UM) Województwa Świętokrzyskiego, spytała czy w przypadku przyjęcia proponowanej zmiany, Instytucje Zarządzające (IZ) będą mogły zrezygnować z tego kryterium w Planach działań procedowanych podczas obecnego posiedzenia, w związku z tym, że ich projekty zostały przygotowane na bazie kryteriów dotychczas obowiązujących, a Plany będą przyjmowane już po przyjęciu proponowanej zmiany.

Pani Dyrektor Agnieszka Kister odpowiedziała, że głosowanie tej uchwały jako pierwszej zostało zaproponowane właśnie po to, aby do nowych Planów działań można było przyjąć już zmienione brzmienie rekomendacji.

Z kolei Pan Wojciech Magnowski, przedstawiciel UM Województwa Podkarpackiego, spytał jak procedowana zmiana w rekomendacjach będzie odnosić się do naboru wniosków, który został już ogłoszony w oparciu o Plan działań z 2016 roku, tj. czy i w jaki sposób można wprowadzić modyfikacje w zakresie kryteriów wyboru projektów i usunąć kryterium, które w oparciu o rekomendacje Komitetu Sterującego Komitet Monitorujący (KM) przyjął dla ogłoszonego już naboru wniosków.

Pani Dyrektor Agnieszka Kister odpowiedziała, iż zgodnie z Rekomendacjami *„rekomendacje dla Kryteriów nie mają zastosowania do Planów działań uzgodnionych przez Komitet Sterujący (...) przed datą przyjęcia rekomendacji”*, czyli dokumenty, które zostały już zatwierdzone, pozostają w takim brzmieniu, w jakim były przyjęte. Zmiana w rekomendacjach przyjęta podczas obecnego posiedzenia KS będzie miała zastosowanie do Planów działań, które dopiero będą przyjmowane - na tym i na kolejnych posiedzeniach.

Pan Jarosław Hawrysz, przedstawiciel Komisji Europejskiej (KE), zwrócił uwagę, że w Umowie Partnerstwa (UP) i w Programach Operacyjnych (PO) jest mowa o tym, aby finansować te przedsięwzięcia, które będą miały zapewnione finansowanie świadczeń ze środków publicznych. Podał wątpliwość, czy usunięcie

omawianego kryterium nie obniży wartości zobowiązań, ujętych w UP i PO oraz poprosił o wyjaśnienie tej kwestii.

Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że to kryterium jest w szczególności istotne w kontekście - tak jak zostało wspomniane - podmiotów monoprolowych, których działalność medyczna dotyczy obszarów, gdzie komórki organizacyjne, o których mowa w rekomendacji, nie są wymagane - wręcz byłyby tam zbędne. Ich istnienie byłoby nieefektywne, z uwagi na charakter wykonywanej działalności leczniczej. W związku z tym wymaganie od wszystkich podmiotów posiadania takich komórek w swojej strukturze jest nieuzasadnione. Zauważyła, że w związku z otrzymaniem wielu postulatów w tej sprawie, po przeprowadzanej analizie należy stwierdzić, że są one zasadne. Pani Dyrektor podkreśliła, iż nie zmienia to faktu, że jeżeli konkurs realizowany w danym województwie obejmuje zakres, dla którego postawienie takiego wymogu jest racjonalne i uzasadnione, IZ mają możliwość dodawania kryteriów wykraczających poza rekomendacje KS.

Pan Minister Piotr Gryza zauważył, że proponowana zmiana rzeczywiście jest wyjściem naprzeciw propozycji IZ, a rozwiązania są de facto dwa: (a) utrzymanie tej rekomendacji, z zastrzeżeniem wyłączającym je w kilku kategoriach albo (b) usunięcie całej rekomendacji. Z uwagi na to, że wyszczególnienie wiąże się z ryzykiem pominięcia pewnych podmiotów, dlatego wybrano opcję najprostszą, czyli usunięcie całego punktu. Rozważane były różne opcje, np. zapis wyłączający szpitale monoprolowe, lecz ostatecznie zaproponowano powyższe rozwiązanie.

Pani Mariola Zajdel-Ostrowska, przedstawicielka UM Województwa Podkarpackiego poprosiła o przyjęcie proponowanego rozwiązania. Zauważyła, że nieuzasadnione jest – tak jak to miało miejsce w przypadku województwa podkarpackiego – ograniczanie dostępu szpitalom monoprolowym, które ze względu na specyfikę są szpitalami zachowawczymi i - tak jak powiedziała Pani Dyrektor - tworzenie w ich ramach oddziału anestezjologii i pomnażanie kosztów zatrudnienia anestezjologów jest nieuzasadnione, nie tylko ze względów finansowych, ale również nie ma uzasadnienia medycznego.

Pani Dyrektor Kister poprosiła o informacje, czy członkowie zgadzają się na utrzymanie tej rekomendacji z dopisanym zdaniem, iż przedmiotowy wymóg nie dotyczy podmiotów leczniczych o charakterze jednoprofilowym.

Głos w dyskusji zabrał Pan Roman Kolek, Wicemarszałek Województwa Opolskiego, który zauważył, że usunięcie całego zapisu jest dalej idące i najrozsądniejsze, natomiast pozostaje pytanie jak postępować w przypadku już ogłoszonych konkursów.

Pani Dyrektor Kister poprosiła o zabranie głosu przedstawiciela departamentu właściwego ds. Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO) w Ministerstwie Rozwoju (MR) w sprawie możliwości dopuszczenia przez MR takiego rozwiązania – za zgodą Komitetu Sterującego - aby poszczególne IZ, jeżeli uznają to za stosowne, dokonały modyfikacji dokumentacji konkursowej w ramach już ogłoszonych postępowań konkursowych, dostosowując to do obecnego brzmienia rekomendacji, jako rozwiązanie na korzyść beneficjentów.

Pani Ewa Niedziałek, przedstawicielka Departamentu Regionalnych Programów Operacyjnych w MR, powiedziała, że jest to dobre rozwiązanie, zwłaszcza że taka potrzeba została również zgłoszona do MR

przez jeden z regionów. W opinii Pani Niedziałek przyjęcie proponowanego rozwiązania, aby IZ dokonała doprecyzowania kryteriów po przyjęciu rekomendacji przez Komitet Sterujący, jest jak najbardziej zasadna.

Pani Dyrektor Agnieszka Kister zauważyła, że jest to odpowiedź na część wątpliwości, niemniej do rozstrzygnięcia pozostaje kwestia decyzji co do rekomendacji, ponieważ mamy dwa głosy - jeden głos mówiący o tym, aby rekomendacje utrzymać wyłączając szpitale jednoprofilowe, drugi głos, aby jednak całą rekomendację usunąć. Poprosiła o dalszą dyskusję w tym zakresie.

Pani Agnieszka Surudo, przedstawicielka UM Województwa Pomorskiego, zaproponowała modyfikację propozycji woj. podkarpackiego poprzez dodanie na końcu pkt II.7 (którego dzisiaj byśmy nie usuwali) sformułowania "jeśli zasadne". Pani Dyrektor Agnieszka Kister zauważyła, że mogłyby powstać trudności ze sformułowaniem przez IZ kryterium oraz rozważyła dodanie brzmienia: „o ile jest to uzasadnione rodzajem działalności wykonywanej przez podmiot”.

Głos w dyskusji zabrała Pani Małgorzata Szczudłowska, reprezentująca UM Województwa Świętokrzyskiego, wnosząc, aby w rekomendacji nie było jednak zwrotu „szpitale monoprofilowe”. Zauważyła, że w przypadku uzdrowisk trudno zaliczyć te podmioty do monoprofilowych, natomiast zgodnie z wymogami kontraktowania świadczeń, nie musi tam być OIOM-u. Zgodziła się z wcześniejszym wnioskiem, aby kryterium było możliwie jak najszerze, ale miało zastosowanie wyłącznie w sytuacjach, gdy jest to zasadne i wynika z obowiązujących przepisów.

Pan Jarosław Hawrysz zauważył, że tocząca się rozmowa dotyczy dwóch różnych elementów zapisu przedmiotowej rekomendacji. Po pierwsze, trzeba zacząć od tego, że to jest rekomendacja, więc wprowadzanie jakichkolwiek dodatkowych uwarunkowań wydaje się na tym etapie przedwczesne. IZ muszą na te rekomendacje odpowiedzieć, więc wprowadzanie dodatkowych zależności komplikuje cały proces. Druga rzecz jest taka, że intencją Komisji Europejskiej jest, aby wśród rekomendacji pozostał zapis, który dotyczy zapewniania najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu realizacji projektu. Co do pozostałej części zapisów, jeżeli komplikują one cały proces, to rzeczywiście być może warto w tym momencie pokusić się o ich wykreślenie. Podkreślił, że KE zależy na tym, aby w rekomendacjach był zapewniony ten element, który mówi o tym, że finansowanie inwestycji będzie dotyczyło tych podmiotów, które będą miały zapewnione finansowanie usług ze środków publicznych. Następnie przedstawiciel KE odniósł do kwestii zmiany kryteriów w konkursach już ogłoszonych. Zdaniem Pana Hawrysza, w takiej sytuacji IZ musiałyby anulować konkursy i przeprowadzić je ponownie, dlatego, że w myśl zasady pryncypiów zapisanych w rozporządzeniu, dla wszystkich musi być zapewniony ten sam okres dostępności informacji w imię zasady transparentności i równego traktowania. Podmiot mógłby się nie przygotowywać do aplikowania do danego konkursu ze względu na to, że zakres kryteriów był ograniczony, a później wprowadzona zmiana mogłaby budzić podejrzenia, że ktoś o tym wiedział, a ktoś inny nie. W związku z powyższym kryteria powinny zostać procedowane w ramach Komitetu Monitorującego i zatwierdzone przez niego - po takiej zmianie, która wynika z działań Komitetu Sterującego. Wydaje się, że dla kryteriów dotyczących konkurów, które jeszcze nie zostały ogłoszone jest jeszcze pole do manewru, natomiast w przypadku konkursów już ogłoszonych wprowadzanie zmian w kryteriach może się spotkać z dużym zarzutem co do prawidłowości takiego postępowania.

Pani Dyrektor Kister odnosząc się do wypowiedzi przedmówcy zauważyła, że ustawa wdrożeniowa pozwala na modyfikację dokumentacji konkursowej pod warunkiem, że jest to zmiana korzystna z punktu widzenia potencjalnych beneficjentów. Jednakże z uwagi na wątpliwości KE zaproponowała, że zostanie to jeszcze zweryfikowane, a pisemne stanowisko w tej sprawie przygotowane zostanie przez Ministerstwo Rozwoju.

Natomiast w odniesieniu do kwestii wymogu posiadania kontraktu, poinformowała, że wynika to z zasady ogólnej ujętej w punkcie II.1 załącznika do uchwały i usunięcie diskutowanego punktu absolutnie nie zniesie tego wymogu. Zauważyła, że możliwe są dwa rozwiązania - de facto w skutkach zbieżne. Pierwsze to takie, w którym usunięta zostanie rekomendacja, ponieważ Instytucje Zarządzające zawsze mają możliwość - w konkretnych przypadkach, tam gdzie uznają za zasadne - wprowadzać dodatkowe wymagania. Rozwiązanie drugie polega na pozostawieniu tej rekomendacji z zapisem w duchu zaproponowanym przez województwo pomorskie, czyli o ile jest to zasadne z punktu widzenia charakteru działalności wykonywanej przez podmiot leczniczy. Wówczas też Instytucje Zarządzające taki wymóg wprowadzają, bądź też nie. Konieczne jest kierunkowe ustalenie rozwiązania, chyba, że odbędą się dwa głosowania - wariantu pierwszego i drugiego. Następnie Dyrektor Kister prosiła o dyskusję.

Pan Wojciech Magnowski, reprezentujący województwo podkarpackie, odniósł się do rozmów dotyczących ogłoszonego naboru wniosków. Zauważył, że zmiana kryteriów w ogłoszonym naborze wniosków rodzi pewne ryzyko. Oczywiście można powiedzieć, że jest to zmiana na korzyść tego jednego podmiotu, ale dla pozostałych podmiotów, którym zwiększa się konkurencja, nie do końca jest to korzystne. Podkreślił, że IZ ma świadomość, że po jej stronie leży odpowiedzialność za podjęcie decyzji. W przypadku województwa podkarpackiego nabór wniosków jeszcze się nie rozpoczął i przedmiotowa sytuacja rozważana jest hipotetycznie - jeśli Zarząd Województwa podejmie decyzję, to zdecyduje ewentualnie zmienić kryterium wyboru projektów (oczywiście po przyjęciu przez Komitet Monitorujący), ale odsuwając w czasie rozpoczęcie i zakończenie naboru wniosków tak, aby pozostawić odpowiedni czas dla wszystkich do przygotowania się - tak, aby wszyscy mieli równe szanse. Jest to rozważane, ale oczywiście IZ będzie to analizować i weryfikować z Ministerstwem Rozwoju, po czym podejmie stosowną decyzję.

Głos w dyskusji zabrał ponownie Pan Marszałek Roman Kolek, który zaproponował, aby usunąć pkt II.7 w całości albo zakończyć w połowie zdania, tj. po sformułowaniu „finansowanych ze środków publicznych” (ww. pkt brzmiałby wówczas: *„Projekty mogą być realizowane przez podmioty, które zapewniają lub będą zapewniać najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu realizacji projektu, udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”*).

Pani Dyrektor Kister zauważyła, że jeżeli zdanie skończy się w połowie to powielona zostanie rekomendacja II.1 o charakterze ogólnym, o której mowa była wcześniej. W związku z tym zaproponowała raczej usunięcie w całości pkt II.7, bądź też dodanie zwrotu „o ile jest to zasadne”.

Pani Barbara Daniel, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, przedstawiła stanowisko optujące za usunięciem zapisu w całości, zauważając, że wszelkie słowa typu "zasadność" czy "efektywność" powodują pewną ocenność, a kryteria muszą być jasno sprecyzowane i wskazywać, kto i na

jakich warunkach może się ubiegać o dofinansowanie.

Pani Dobrawa Biadun, przedstawicielka Konfederacji Lewiatan, wyraziła opinię, że po analizie rekomendacji oraz biorąc pod uwagę wszystkie głosy, wykreślenie w całości tego przepisu uelastyczni proces ogłaszania konkursów, a w momencie, kiedy IZ będą uważały, że zapisy powinny być jednak bardziej szczegółowo określone, to mogą samodzielnie o tym zdecydować, biorąc pod uwagę charakter szpitali w regionie.

Pan Marcin Marczak, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego podkreślił, że zdecydowanie należy przyjąć założenie, że cokolwiek zostanie uchwalone podczas posiedzenia nie będzie miało wpływu na konkursy już ogłoszone i Plany działań już uzgodnione.

Pani Dobrawa Biadun, przedstawicielka Konfederacji Lewiatan zauważyła, że w pkt I.11 jest zawarta odpowiedź na wątpliwości, co do zastosowania rekomendacji: „rekomendacje dla Kryteriów nie mają zastosowania do Planów działań uzgodnionych przez Komitet Sterujący (...) przed datą przyjęcia Rekomendacji dla Kryteriów”.

Wobec powyższej dyskusji Pani Dyrektor Kister zaproponowała, aby głosowaniu został poddany wariant, w którym zrezygnowano z omawianej rekomendacji ujętej w pkt II.7 oraz wprowadzono poprawkę redakcyjną w pkt III.10. Następnie poprosiła o oddawanie głosów w sprawie Uchwały Nr 75/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 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.*

Uchwała została podjęta większością głosów.

#### **Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020**

Pani Małgorzata Iwanicka-Michałowicz, Naczelnik Wydziału Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia (DFZ) w MZ omówiła aktualizację Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (POIiŚ). Przedłożony Plan zawiera zmienioną - na prośbę wnioskodawcy - fizykę projektu dotyczącego utworzenia Centrum Urazowego dla dzieci w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie. Zmiana dotyczy zwiększenia zakresu rzeczowego projektu m.in. o zakup zestawu narzędzi chirurgicznych, ramienia C, mikroskopu operacyjnego, aparatu USG, dermatomu, diatermii, wiertarek do zabiegów neurochirurgicznych, jak również przebudowę bramy wjazdowej dla karet. W wyniku zmiany zakresu rzeczowego projektu, szacunkowy koszt całkowity projektu wzrośnie z 4,7 mln zł do 7,4 mln zł.

Beneficjent uzasadniał, że zmiana zakresu rzeczowego pozwoli uzupełnić funkcjonalność planowanego

centrum urazowego dla dzieci oraz doprowadzi do zwiększenia skuteczności i możliwości udzielenia pomocy małym pacjentom. W wyniku realizacji projektu po proponowanych zmianach wzrośnie wartość wskaźnika odnoszącego się do nakładów inwestycyjnych na zakup aparatury medycznej z pierwotnie planowanych 4 mln zł do prawie 6,5 mln zł. Do aktualizacji Planu wpłynęła jedna uwaga Narodowego Funduszu Zdrowia. W opinii Funduszu fiszka projektu powinna zostać doprecyzowana o poszczególne nazwy narzędzi chirurgicznych, które są ujęte w fiszce. Jednak zdaniem IP POLiŚ fiszka jest dokumentem bardzo ogólnym i uwzględnianie w fiszce szczegółowej listy prawie stu pozycji drobnego sprzętu chirurgicznego jest nieuzasadnione.

W związku z brakiem dalszych uwag lub pytań dot. przedmiotowego Planu, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 76/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

### **Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020**

Pan Krzysztof Górski, Zastępca Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w MZ, poinformował, iż Plan działań na rok 2017 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) zawiera projekt pozakonkursowy, który będzie realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a dotyczy wdrożenia w Polsce pilotażowego modelu opieki koordynowanej o roboczej nazwie „model POZ+”. Projekt ten jest wdrożeniem zapisów „*Krajowych ram strategicznych. Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014-2020*” w zakresie Narzędzia 22.

Następnie Pan Dyrektor Górski omówił główne założenia projektu. Pilotaż będzie skierowany do małych podmiotów świadczących opiekę zdrowotną w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Głównym celem będzie pilotażowe przetestowanie pierwszego z wypracowanych modeli. Cele szczegółowe to: poprawa jakości usług medycznych świadczonych na poziomie POZ, zwiększenie ilości badań medycznych, które są realizowane w POZ oraz poprawa koordynacji usług medycznych świadczonych w placówkach POZ. Koncepcja modelu POZ+ opiera się na podstawowej zasadzie, że przystąpienie do tego projektu będzie miało charakter dobrowolny i POZ, który przystąpi do projektu, będzie otrzymywał stawkę kapitałową na takich samych zasadach jak dotychczas. Aby zachęcić POZ do zwiększenia liczby badań, w szczególności tych profilaktycznych, placówka otrzyma budżet powierzony w zakresie świadczeń na zasadzie *fee-for-service*, czyli świadczenie usług diagnostycznych w zakresie jedenastu najczęściej występujących jednostek chorobowych. Ww. część będzie finansowana ze środków krajowych będących w dyspozycji NFZ. Ponadto w ramach działań dodatkowych będą świadczone tak zwane bilanse dla osób dorosłych - ta część będzie finansowana ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). Polegać to będzie na tym, że w cyklach 5-letnich danej osobie będą świadczone usługi diagnostyczne, które pozwolą diagnozować występujące w społeczeństwie problemy zdrowotne już na wczesnym etapie.

Dodatkowo ze środków projektu, podmiot otrzyma tak zwane wsparcie dodatkowe na dostosowanie systemów informatycznych oraz zaangażowanie personelu odpowiedzialnego za koordynację danej usługi medycznej. I ta część również będzie finansowana ze środków europejskich. Jest to więc pomysł, który zaangażuje zarówno środki krajowe, te które dotychczas adresowaliśmy do POZ, jak również dodatkowe środki w dyspozycji których jest Narodowy Fundusz Zdrowia oraz środki europejskie. Tak naprawdę wartość środków europejskich, które inwestujemy w ten pomysł jest znacznie mniejsza niż to co zaangażujemy ze środków krajowych. Zadania w tym projekcie będą dwa. Pierwsze to dostarczenie skoordynowanej usługi medycznej poprzez finansowanie bilansów dla osób dorosłych, a drugie to wsparcie technologiczne, które ma kluczowe znaczenie dla tego, aby ten proces się powiódł.

Pan Marszałek Roman Kolek spytał się o przewidywaną liczbę podmiotów, które będą mogły przystąpić do tego pilotażu oraz sposób naboru do projektu.

Pani Katarzyna Wiktorzak, Naczelnik Wydziału ds. Strategii i Projektów Rozwojowych w Departamencie Analiz i Strategii w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, odpowiedziała, że planuje się udział 2-3 jednostek z każdego województwa, czyli razem ok. 45 - głównie małych - ośrodków, obejmujących do 10 tys. populacji. Jeśli chodzi o sposób naboru do projektu, to obecnie procedowane są akty prawne, które uregulują te kwestie.

Pan Dyrektor Górski dodał, że założenia są takie, iż w pilotażu wezmą udział jednostki z każdego województwa, zarówno z obszarów wiejskich, jak i miejskich. Kryteria uszczegółowiające na pewno będą określone, natomiast element kolejności zgłoszeń też pewnie będzie brany pod uwagę.

Na pytanie Pani Anny Nocuń, przedstawicielki UM Województwa Świętokrzyskiego, o długość trwania pilotażu, Pani Katarzyna Wiktorzak odpowiedziała, że realizacja projektu planowana jest na 4 lata. Start pilotażu planowany jest na 1 lipca 2017 r., aby już w 2018 roku pierwsze jednostki wdrażały go na szerszą skalę. Natomiast preselekcja i pierwsze informacje zachęcające do współpracy, planowane są na początek 2017 r.

Pan Marszałek Kolek spytał o wielkość środków finansowanych przewidzianych dla jednostek na wsparcie organizacji infrastruktury informatycznej, czy badania profilaktyczne będą wystandaryzowane i adekwatnie wycenione oraz poprosił o wyjaśnienie rozbieżności pomiędzy długością trwania cyklu monitorowania profilaktyki rozciągniętym na 5 lat oraz trwaniem projektu przez okres 4 lat.

Pan Dyrektor Górski wyjaśnił, że w przypadku 5-letnich cykli chodzi o to, że określone usługi diagnostyczne będą świadczone dla 25-latków, 30-latków, itd. Wyraził nadzieję, że wprowadzany model będzie trwały. Natomiast jeżeli chodzi o środki finansowe, to średnia wartość na jedną osobę oczywiście będzie różna, bo inna będzie skala i ścieżki dla pacjentów w wieku 25 lat, a inne dla 50-latka. Średnio przyjęto 250 zł. Dodał, że przed przystąpieniem do realizacji projektu, zostanie przygotowany przez NFZ podręcznik wdrażania opieki koordynowanej POZ+, który będzie zawierał również wytyczne dla lekarzy.

Pani Naczelnik Wiktorzak odpowiedziała, że średni koszt wsparcia organizacji oszacowano na ok. 50 tys. zł na jednostkę, ale to będzie też zależało od jej wielkości. Założenie jest też takie, że nie pokryje to w całości wszystkich kosztów, każda jednostka również powinna wnieść wkład własny.



Pan Jarosław Hawrysz poinformował, iż przedmiotowa fiszka projektowa będzie dyskutowana na Komitecie Monitorującym POWER i zatwierdzana prawdopodobnie pod koniec lutego 2017 r. Jednocześnie zachęcił do zgłaszania uwag do niej poprzez właściwe gremia. Przedstawiciel KE zwrócił uwagę, aby przygotowując szczegółową fiskę projektową uwzględnić doświadczenia z dotychczasowej współpracy z ekspertami, w tym również z ekspertami z Banku Światowego. Zdaniem Komisji Europejskiej dobrze byłoby tę współpracę kontynuować i włączyć w proces dalszej realizacji projektu rozwoju opieki koordynowanej w Polsce.

Pani Joanna Charytonowicz, również reprezentująca Komisję Europejską, tytułem uzupełnienia uwag do przedmiotowej fiszki, poprosiła o uwzględnienie kwestii monitoringu i ewaluacji w opisie projektu. Podkreśliła, że monitoring i ewaluacja powinny być prowadzone przez doświadczony, niezależny podmiot. A propos poruszonej wcześniej kwestii wsparcia systemów informatycznych w jednostkach POZ zwróciła uwagę, że projekt powinien być powiązany z projektami e-zdrowia, szczególnie z systemem monitoringu i raportowania w Polsce. Aktualnie takiego powiązania w opisie fiszki KE nie dostrzega, stąd sugestia, aby ww. kwestie włączyć.

Pan Jarosław Hawrysz poprosił o uwzględnienie w założeniach projektu map potrzeb zdrowotnych, bo w połowie 2017 r. mapy dla POZ będą już w części dostępne.

Pan Dyrektor Górski podziękował za uwagi i potwierdził, że zostaną one uwzględnione w dokumencie przygotowywanym na Komitet Monitorujący.

Wobec braku innych pytań i uwag przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 77/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Następnie przystąpiono do procedowania pakietu Planów działań w ramach poszczególnych RPO na rok 2017. Na początku Pani Katarzyna Przybylska, Naczelnik Wydziału Koordynacji Polityki Rozwoju w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w MZ przedstawiła slajdy wprowadzające, obrazujące stan uzgadniania Planów działań w ramach Komitetu Sterującego. Z kwoty 12 mld zł alokowanej w perspektywie finansowej na lata 2014-2020 na sektor zdrowia, na forum Komitetu Sterującego zostało już uzgodnione 6,4 mld zł, tj. ponad połowa dostępnych środków. Zgodnie z informacjami wprowadzonymi do systemu SL, nabory zostały ogłoszone na kwotę 4,2 mld zł. Dane te nie uwzględniają kwot zaplanowanych w Planach działań, które są przedmiotem obrad XI posiedzenia KS. Ponadto, Pani Katarzyna Przybylska zaprezentowała slajdy przedstawiające udział uzgodnionych już Planów działań w ramach dostępnej alokacji dla poszczególnych 16 RPO w podziale na PI: 8vi, 9a i 9iv. W prezentacji nie uwzględniono PI 2c, czyli projektów w obszarze e-zdrowia, ze względu na trudność wyodrębnienia z danych dot. e-usług publicznych kwot dedykowanych stricte na e-zdrowie.

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

Pani Dyrektor Agnieszka Kister poinformowała, że w ramach Planu przewidziany jest konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WD.8.K.2) - Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka szyjki macicy i raka piersi w subregionach: wałbrzyskim i legnicko-głogowskim. Będzie on realizowany w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego (RPZ). Alokacja - 14,1 mln zł. Do przedmiotowego Planu nie zgłoszono żadnych uwag.

Ponieważ nikt z uczestników posiedzenia nie zgłosił uwag, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 78/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Pani Dyrektor Agnieszka Kister poinformowała, że Plan działań obejmuje:

- 1) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WKP.8.K.3) - Wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy dostosowanych do potrzeb konkretnych pracodawców i ich pracowników. Jest on realizowany poza RPZ. Alokacja - 2 mln zł. Do konkursu nie zgłoszono uwag.
- 2) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WKP.6.K.3) - Infrastruktura w zakresie opieki szpitalnej – szpitale powiatowe, dedykowany pięciu grupom chorób, specyficznym dla regionu grupom chorób oraz obszarowi opieki nad matką i dzieckiem. Alokacja - 80 mln zł, szacowana liczba podmiotów objętych dofinansowaniem wynosi 10. Jest to aktualizacja, wynikająca ze zmiany kryteriów, która nastąpiła na Komitecie Monitorującym, tj. obniżenie z 400 do 300 porodów rocznie jako wymogu do przystąpienia do konkursu. IZ wnioskuje również o zwiększenie alokacji, która wcześniej wynosiła 67 mln zł. Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że konsekwentnie do poprzednich posiedzeń KS zostaje wyłączona psychiatria. Więcej uwag do tego konkursu nie zgłoszono.

Pani Małgorzata Wiśniewska, reprezentująca UM Województwa Kujawsko-Pomorskiego, dodała, iż w przypadku drugiego konkursu zmiana polega również na aktualizacji harmonogramu poprzez przeniesienie go z roku 2016 na 2017. Następnie - w związku z przyjęciem przez Zarząd Województwa w dniu poprzednim (tj. 14.12) poprawionej wersji kryteriów dla konkursu w ramach PI 8vi - przedstawiła autopoprawki do Planu działań, które polegały głównie na:

- usunięciu typu projektu nr 2 – „programy przekwalifikowania, szkolenia lub doradztwo ukierunkowane na nabycie nowych lub zmianę kwalifikacji zawodowych dla osób w szczególności powyżej 50. roku życia (...);
- rezygnacji ze wskaźnika mówiącego o osobach bezrobotnych, ponieważ z definicji tego konkursu, beneficjentami będą tylko osoby pracujące, w związku z tym wskaźnik będzie dotyczył osób, które będą kontynuowały zatrudnienie. Wskaźnik ten oszacowano na ok. 1300 osób możliwych do objęcia tym wsparciem;
- usunięciu kryterium, które dotyczyło partnerstwa z organizacją zrzeszającą przedsiębiorców, klastrami i tym podobnymi organizacjami, bo uznano, że i tak będzie konkurs będzie skierowany do poszczególnych przedsiębiorców realizujących te zadania;
- zrezygnowaniu również z kryterium, które mówiło o wsparciu skierowanym do konkretnej branży, ze względu właśnie na to, że konkurs skierowany będzie do przedsiębiorców;
- usunięciu kryterium, które mówiło o tym, że w projekcie minimum 15% będą stanowiły osoby mieszkające na terenie powiatu o wysokiej stopie bezrobocia i w jego miejsce wprowadzono kryterium pn. „Wnioskodawca zapewni pierwszeństwo udziału w projekcie dla osób mieszkających na terenie powiatu o wysokiej stopie bezrobocia.

Pozostałe autopoprawki dotyczyły głównie zmian technicznych.

Następnie - wobec braku uwag i pytań dot. przedmiotowego Planu - przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 79/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 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**

Pani Dyrektor Agnieszka Kister przedstawiła Plan działań dla woj. lubelskiego, który obejmuje dwa konkursy w ramach PI 8vi:

- 1) Realizacja RPZ w zakresie profilaktyki chorób od stresowych w województwie lubelskim (nr RPO.WLU.10.K.1). Alokacja - 1,6 mln zł. NFZ zgłosił uwagę, iż jest on skierowany do zbyt małej grupy docelowej, jednak IZ RPO stoi na stanowisku, że w związku z niską alokacją taką liczbę osób należy utrzymać. Z wyliczeń MZ wynika, że jest to ok. 800 zł na osobę i jest to kwota poniżej średniej wyliczonej dla zbliżonych programów w innych województwach.
- 2) Realizacja RPZ w zakresie wykrywania zakażeń *Borrelia burgdorferi*, jako profilaktyka boreliozy z Lyme w województwie lubelskim (nr RPO.WLU.10.K.2). Alokacja - 4,1 mln zł. Do tego konkursu nie zgłoszono uwag.

Wobec braku pytań lub uwag ze strony uczestników posiedzenia przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 80/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 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 Łódzkiego na lata 2014-2020**

Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż Plan działań dla woj. łódzkiego zawiera wiele pozycji:

- 1) Konkurs w ramach PI 2c (nr RPO WLO.7.K.3) - Technologie informacyjno-komunikacyjne, w tym rozwój e-zdrowia. Alokacja - 61,5 mln zł, żadnych uwag nie zgłoszono.
- 2) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WLO.10.K.5) - Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka szyjki macicy i raka piersi. Alokacja - 10 mln zł. MZ zwróciło uwagę na wysokie koszty jednostkowe, które wynoszą prawie 1000 zł na osobę. Średnia dla projektów w tym obszarze wynosi 600 zł, a mediana 500 zł, w związku z tym zaproponowana stawka jest mniej więcej dwukrotnie wyższa. Stanowisko IZ RPO jest takie, że jest to druga edycja konkursu z roku 2016 i koszt jednostkowy jest analogiczny.
- 3) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WLO.10.K.6) – RPZ: Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego. Alokacja - 6 mln zł, nie zgłoszono uwag.
- 4) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WLO.10.K.7) – RPZ: Program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2. Alokacja - 4 mln zł. W przypadku tego programu MZ również zwróciło uwagę na dosyć wysoki koszt jednostkowy, który wynosi prawie 700 zł, natomiast wyliczona dla zbliżonych programów średnia to 460 zł, a mediana również 460 zł. IZ podtrzymała swoją propozycję.
- 5) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WLO.10.K.8) – RPZ: Program szczepień przeciwko WZW typu B dla osób chorych przewlekle z województwa łódzkiego. Alokacja - 3,5 mln zł. Do tego konkursu nie zgłoszono uwag. Pani Dyrektor Kister zauważyła, iż jest to pierwszy tego rodzaju program, w związku z tym nie ma punktu odniesienia, jeżeli chodzi o zaproponowane stawki.
- 6) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WLO.9.K.3) - Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi. Alokacja – 17,2 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 7) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WLO.9.K.4) - Działania z zakresu deinstytucjonalizacji usług medyczno-opiekuńczych na obszarze ZIT. Alokacja – 12,9 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 8) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WLO.9.K.5) – RPZ: Program badań przesiewowych słuchu oraz mowy dla uczniów pierwszych klas szkół podstawowych z terenu województwa łódzkiego. Alokacja – 10,3 mln zł. W przypadku tego konkursu MZ zwróciło uwagę na wysoki koszt jednostkowy, który wynosi ponad 2 tys. zł. Pani Dyrektor Kister zauważyła, iż w podobnych programach, aczkolwiek

dotyczących wyłącznie badań przesiewowych słuchu, ta średnia wynosi 100 zł, a mediana również 100 zł. W związku z tym koszt jest ponad dwudziestokrotnie wyższy. IZ RPO argumentuje, że zgodnie z założeniami programu wsparciem ma zostać objęte 75% populacji uczniów klas pierwszych szkoły podstawowej, a faktyczny koszt badania to de facto 100 zł, z czego koszt konsultacji lekarskiej to 70 zł, a 30 zł - koszt badania audiometrycznego.

Po omówieniu Planu działań, Pani Dyrektor Kister poprosiła przedstawicieli IZ RPO Woj. Łódzkiego o zabranie głosu i odniesienie się w szczególności do tych punktów, w przypadku których wystąpiły rozbieżne stanowiska.

Pani Magdalena Amrozik, reprezentująca UM Województwa Łódzkiego, odnosząc się do uwag zgłoszonych do ostatniego konkursu, tj. dotyczącego badań słuchu i mowy dla uczniów, wyjaśniła, iż IZ RPO planuje objąć programem 75% uczniów klas pierwszych, tj. 24 tys. osób, a nie 4,5 tys. wskazanych w formularzu PD.

Przedstawicielka woj. łódzkiego wyjaśniła, iż podany w Planie działań wskaźnik jest zatwierdzony w RPO, natomiast IZ zdaje sobie sprawę, że pieniędzy wystarczy dla większej liczby dzieci.

Po sugestii Pani Dyrektor Kister, aby w Planie działań została jednak zawarta informacja o rzeczywiście planowanej liczbie osób, a nie tylko wartość minimalna, wynikająca z RPO, przedstawicielka woj. łódzkiego potwierdziła, iż IZ wprowadzi w Planie działań odpowiednie zapisy w tym zakresie.

Następnie głos zabrał Pan Mikołaj Żelanka-Żeleński, również reprezentujący UM Województwa Łódzkiego, który poinformował, iż w przypadku konkursu dot. profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka szyjki macicy i raka piersi, IZ zdecydowała się zmniejszyć kwotę jednostkową z 975 zł/os. do 600 zł/os., a ponieważ wartość konkursu pozostaje na poziomie 10 mln zł, więc wszystkie wskaźniki adekwatnie do tej kwoty ulegną zwiększeniu. Natomiast w przypadku konkursu dotyczącego programu wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, Instytucja Zarządzająca poprosiła o pozostawienie kwoty zaproponowanej w Planie. Pan Żelanka-Żeleński argumentował m.in. iż z analizy dokonanej przez IZ wynika, że między regionalnymi programami zdrowotnymi występują znaczne różnice: różnią się ścieżki pacjenta, liczby wizyt, świadczenia, a także działania wspomagające (np. kwestia dojazdów, czy też opieki nad osobami zależnymi). Przedstawiciel woj. łódzkiego podkreślił również, iż IZ - oceniając projekty - zwraca dużą uwagę na efektywność i racjonalność oraz zapewnił, że każdy projekt będzie podczas oceny szczegółowo pod tym kątem sprawdzany. Po wypowiedzi przedstawiciela UM Województwa Łódzkiego Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż MZ przyjmuje te wyjaśnienia.

Pan Jarosław Hawrysz, przedstawiciel Komisji Europejskiej, odnosząc się do kwestii efektywności projektów zwrócił uwagę na problemy z efektywnością działań w zakresie promocji i informacji. Przypomniał, iż Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego KE wysłała do IZ rekomendacje odnośnie uwzględnienia wniosków z raportu NIK, który oceniał skuteczność krajowego programu przeciwdziałania nowotworom i wykazał duże problemy z efektywnością działań, zwłaszcza w zakresie promocji i informacji – działania te okazały się być nieskuteczne. Zdaniem KE elementy związane z efektywnością i skutecznością projektów powinny być w szczególności brane pod

uwagę. Pan Hawrysz zwrócił także uwagę na niebezpieczeństwo, że jeżeli z góry założą się bardzo wysoką stawkę jednostkową, to podmioty składające wnioski będą się do niej dostosowywać. Przypomniał również, że przeliczanie automatyczne wartości alokacji na wskaźniki jest niebezpieczne, bo Komisja Europejska podczas negocjacji nie prowadziła pełnej analizy tych elementów, natomiast wielokrotnie zwracała uwagę, że nie należy się tej relacji sztywno trzymać w momencie, gdy dochodzi już do konkretnego i szczegółowego planowania operacji. Podkreślił również, iż nie jest to wyznacznik efektywności prowadzonych działań.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 81/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego*, z uwzględnieniem autopoprawek, które podczas posiedzenia zostały przedstawione i omówione.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Pani Dyrektor Kister omówiła Plan działań woj. mazowieckiego, który obejmuje 3 konkursy w ramach PI 9iv:

- 1) Nr RPO WMZ.9.K.1, w formule RPZ: Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Alokacja – 44,3 mln zł. MZ zwróciło uwagę na wysoki koszt jednostkowy, który wynosi ponad 21 tys. zł. Innych uwag nie zgłoszono.
- 2) Nr RPO WMZ.9.K.5 - Deinstytucjonalizacja usług medycznych w zakresie zdrowia psychicznego dla osób niesamodzielnych. Alokacja - 42 mln zł. Koszt jednostkowy jest bardzo wysoki i wynosi ponad 77 tys. zł. Dla porównania - w przypadku programu POWER średnia to 11,5 tys. zł, natomiast patrząc się na Plany działań w innych regionach - średnia za poprzedni rok wynosi 23 tys. zł, a mediana 18 tys. zł.
- 3) Nr RPO WMZ.9.K.6 - Program terapeutyczny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Alokacja – 2,9 mln zł. Nie zgłoszono żadnych uwag.

Pani Dyrektor Kister dodała, iż w samej treści projektu Uchwały w sprawie przyjęcia PD Woj. Mazowieckiego dodano § 2, uchylający wcześniejszą uchwałę w zakresie konkursu nr RPO WMZ.9.K.1, który był już wcześniej uwzględniony w przyjętym Planie działań na 2016 r.

Następnie głos zabrała Pani Agata Roguska, reprezentująca UM Województwa Mazowieckiego, która wyjaśniła, że na etapie tworzenia regulaminu konkursu ogłaszany jest średni koszt jednostkowy w projekcie, który nie może być przekroczony i ten średni koszt nigdy nie jest wyższy od wartości, które zostały przyjęte na etapie negocjacji, dzięki czemu zapewnione jest osiągnięcie wskaźników założonych

w RPO. Dotychczasowa praktyka wskazuje na to, że w konkursach zakładane koszty jednostkowe są niższe niż te, które zostały wynegocjowane, czyli nie ma ryzyka, że założone wskaźniki nie zostaną osiągnięte. Natomiast odpowiadając na uwagi nt. wysokich kosztów jednostkowych w ww. konkursach, Pani Roguska zwróciła uwagę, iż w przypadku konkursów dot. deinstytucjonalizacji program woj. mazowieckiego zakładany jest na 12 m-cy, natomiast w przypadku programu w ramach POWER są to 3 m-ce. Założenie 12-miesięcznego okresu trwania programu wynika ze specyfiki schorzeń psychicznych. Dodała także, że koszty zależą od tego, gdzie odbywają się świadczenia: w domu pacjenta, czy w placówce - im więcej jest dojazdu do pacjenta, czyli dochodzą indywidualne świadczenie plus koszty transportu, tym bardziej koszt jednostkowy wzrasta. Natomiast jeśli chodzi o konkurs dot. dziecięcego porażenia mózgowego, wysokie koszty jednostkowe wynikają z faktu, iż 2-tygodniowe turnusy rehabilitacji są drogie.

Pani Dyrektor Kister sprostowała, że w przypadku programu w ramach POWER jest to okres 6 m-cy, a kwota wynosi 11,5 tys. zł. W konkursie organizowanym przez IZ RPO woj. mazowieckiego jest to rok, czyli dwa razy tyle, a kwota jest wielokrotnie wyższa, bo jest to 77 tys. zł.

Pani Agata Roguska wnioskowała o przyjęcie kosztów założonych w Planie działań ze względu na fakt, że założone wskaźniki są osiągalne i te koszty i tak są niższe od tych, które zostały wynegocjowane.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że MZ nie ma co do tego wątpliwości, że IZ realizuje wskaźniki, ale zdaniem Ministerstwa te koszty powinny być jednak niższe, tak aby skala wsparcia była większa.

Stanowisko MZ poparł Pan Jarosław Hawrysz, który ponownie stwierdził, że nie może być argumentem wartość wskaźników założonych na etapie negocjowania programów operacyjnych w porównaniu do całej alokacji jaka jest przewidziana na dany tryb działania. Zdaniem KE ważniejsze jest dotarcie do większej liczby osób niż argument mówiący o realizacji wskaźników, czy przeliczeniu alokacji na ich wielkość. Ze względu na duże rozbieżności w kosztach jednostkowych, zakres powinien zostać sprawdzony, czy rzeczywiście odpowiada faktycznym potrzebom tych usług, które będą realizowane w ramach proponowanych działań deinstytucjonalizacji. Pan Hawrysz zauważył także, że z opinii ekspertów oraz tych, którzy mają doświadczenia w zakresie deinstytucjonalizacji, wynika że świadczenia usług opieki środowiskowej nie są droższe od tradycyjnych usług świadczonych w formach zinstytucjonalizowanych. Zaproponował, aby nie kierować się sztywno samą alokacją i wielkością wskaźnika w programie, tylko pozwolić projektodawcom na to, by przyszli z propozycjami, które będą najbardziej efektywne kosztowo, a nie usztywnione do poziomu, który zostanie z góry przez IZ założony.

Ponownie głos zabrała Pani Agata Roguska, która poinformowała, że po szybkich uzgodnieniach z Departamentem Zdrowia w UM postanowiono dostosować się do zaleceń MZ.

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że MZ przyjmuje te wyjaśnienia, a następnie przystąpiono do głosowania w sprawie Uchwały Nr 82/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan działań województwa opolskiego obejmuje:

- 1) Konkurs w ramach PI 2c (nr RPO WO.10.K.1) - E-usługi publiczne, z alokacją 50,9 mln zł. Jest to aktualizacja polegająca m.in. na zwiększeniu alokacji z pierwotnych 25 mln zł oraz zmianie w zakresie wskaźników i terminu. Nie zgłoszono uwag.
- 2) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WO 7.K.2) w formule RPZ - Wydłużanie aktywności zawodowej - rehabilitacja medyczna. Alokacja - 11 mln zł. Jest to aktualizacja wcześniej uzgodnionego konkursu, polegająca przede wszystkim na zwiększeniu alokacji, odpowiedniej zmianie wskaźników oraz zmianie terminu ogłoszenia. Nie zgłoszono uwag.
- 3) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WO 7.K.3) w formule RPZ - Wydłużanie aktywności zawodowej - profilaktyka zdrowotna dotycząca raka szyjki macicy. Alokacja - 4,4 mln zł. Jest to również aktualizacja wcześniej uzgodnionego konkursu - zwiększenie alokacji, a także odpowiednie zmiany w zakresie wskaźników i terminów. Nie zgłoszono uwag.
- 4) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WO.7.K.4) w formule RPZ - Wydłużanie aktywności zawodowej - eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w obszarze zapobiegania stresowi zawodowemu. Alokacja - 433 tys. zł. W przypadku tego konkursu, kryteria zostały przyjęte przez KS w lutym 2016 r., a na niniejszym posiedzeniu uzgadniany jest zakres konkursu.
- 5) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WO.10.K.2) - Infrastruktura ochrony zdrowia w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Alokacja - prawie 130 mln zł. Jest to aktualizacja wcześniej uzgodnionego konkursu poprzez dodanie wsparcia z zakresu geriatry. Zakłada się objęcie wsparciem 53 podmiotów, czyli na 1 podmiot przypada około 2,5 mln zł. MZ zgłosiło uwagę, iż geriatry nie może obejmować opieki paliatywnej, hospicyjnej i długoterminowej, ponieważ ww. obszary nie są jeszcze objęte mapami. Pani Dyrektor Kister poprosiła o uwzględnienie tej uwagi i zaproponowała głosowanie Planu działań w takiej formule.
- 6) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WO.8.K.6) w formule RPZ - Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych - kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem. Alokacja - 35,6 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 7) 2 konkursy w ramach PI 9iv (nr RPO WO.8.K.5 i RPO WO.8.K.7) w formule RPZ - Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych - profilaktyka cukrzycy, nadwagi i otyłości. MZ zgłosiło uwagę dot. występowania dużej różnicy w kosztach jednostkowych pomiędzy tymi konkursami: ponad 1 tys. zł w pierwszym konkursie i ponad 4 tys. zł w drugim. W wyniku zgłoszonej przez MZ uwagi, IZ zaproponowała zwiększenie niższej stawki do większej. Pani Dyrektor Kister poprosiła o komentarz w tej sprawie, podkreślając, iż nie chodziło o ujednolicenie stawek, lecz spojrzenie na racjonalność tych kwot. Podkreśliła, iż z analizy podobnych działań w innych programach wynika, że średnia wynosi



460 zł, a mediana również 460 zł.

Pan Marszałek Roman Kolek zwrócił uwagę, że projekt dotyczący przeciwdziałania nadwadze i otyłości u dzieci i pacjentów w wieku 54-65 lat składa się z dwóch etapów. Pierwszy etap dotyczy olbrzymiej populacji, tj. 1/4 populacji województwa (260 tys. mieszkańców), w efekcie koszt jednostkowy w tym momencie wynosi mniej niż 90 zł na jednego mieszkańca. Pan Marszałek wyjaśnił również, iż konieczność dokonania autokorekty wynikała z błędnego podania liczby osób uczestniczących w programie.

Pan Jacek Partyka, również reprezentujący woj. opolskie, dodał, iż w 2015 r. IZ ogłosiła konkurs właśnie w obszarze chorób cywilizacyjnych i w ramach dokumentacji konkursowej obszar województwa został podzielony na trzy obszary: północny, środkowy i południowy. Założenia konkursowe były takie, że w każdym obszarze wybrany zostanie jeden podmiot, który będzie realizował na tym obszarze program profilaktyczny przez okres dwóch lat. Na obszarach środkowym i północnym udało się wybrać podmiot, który będzie realizował te badania, natomiast na obszarze południowym nie udało się wybrać realizatora, dlatego konieczne jest powtórzenie konkursu. W związku z tym w 2017 roku są wskazane dwa konkursy. Ten w I kw. jest uzupełniający – tylko dla obszaru południowego, natomiast w Planie działań omyłkowo wskazano wartość wskaźnika dla konkursu dla wszystkich trzech obszarów, który planowany jest na IV kw. Stąd wynikała korekta dot. liczby osób objętych usługami zdrowotnymi z wartości 2 490 do 697 - ponieważ to jest wartość dotycząca jednego obszaru - południowego, która została założona w dokumentacji konkursowej. A koszty jednostkowe są takie same w każdym z tych konkursów.

Pani Dyrektor Kister spytała o koszt jednostkowy po odjęciu kosztów dodatkowych elementów, które pojawiają się w projekcie, tj. koszt stricte dotyczący profilaktyki.

Pan Jacek Partyka wyjaśnił, iż z punktu widzenia IZ nie można patrzeć tylko na samą profilaktykę, ponieważ program w zakresie nadwagi i otyłości oraz cukrzycy składa się z dwóch etapów i każdy z beneficjentów ma obowiązek przeprowadzić całość działań. Etap pierwszy to badania przesiewowe, które obejmują ponad 260 tys. osób. Etap drugi to multidyscyplinarna opieka nad osobą z nadwagą i otyłością, obejmująca wsparcie dietetyczne, psychologiczne oraz aktywność fizyczną. To wszystko obudowane jest działaniami organizacyjnymi – m.in. powołana została regionalna rada, która koordynuje całość działań. Oprócz tego w ramach każdego konkursu powoływana jest przez wnioskodawcę rada, która sprawuje merytoryczny nadzór nad tym projektem. Ponadto prowadzone są działania informacyjno-edukacyjne skierowane nie tylko do tej populacji stricte wskazanej w Planie działań (2490 osób czy 697), ale wszystkich 260 tys. mieszkańców. Podsumowując, zakres merytoryczny programu zdrowotnego jest bardzo szeroki i nieuzasadnione byłoby odnośnienie go tylko i wyłącznie do tej grupy osób, która uczestniczy w drugim etapie.

Pani Dyrektor Kister podtrzymała zastrzeżenia MZ, argumentując, iż w założeniach konkursu planowanego przez woj. opolskie w stosunku do pozostałych regionów nie widać aż takich różnic, które uzasadniałyby dziesięciokrotnie wyższy koszt jednostkowy.

Ponownie głos zabrał Pan Jacek Partyka, zgłaszając autokorekty do konkursów. W zakresie konkursu dotyczącego zapobieganiu stresowi zawodowemu, autokorekta dotyczyła zmian w opisie konkursu

w części dotyczącej uzasadnienia dla realizacji projektu. Natomiast w konkursach dotyczących chorób cywilizacyjnych oraz opieki nad matką i dzieckiem wprowadzono autokorektę do kryteriów wyboru projektów. W obydwu konkursach zastąpiono zwrot: „właściwym dyrektorem OW NFZ” na: „Płatnikiem”. Ponadto, w konkursie w zakresie profilaktyki cukrzycy, nadwagi i otyłości wykreślono kryteria dotyczące obszaru działań konsolidacyjnych i innych form współpracy podmiotów, ponieważ konkurs ten ma być przede wszystkim skierowany na wsparcie osób, a nie instytucji. W przypadku konkursu dot. opieki nad matką i dzieckiem doprecyzowano kryterium: „Działania objęte finansowaniem w ramach projektów nie zastępują świadczeń opieki zdrowotnej, których finansowanie jest zagwarantowane ze środków publicznych” poprzez dodanie zapisu: „albo w przypadku, gdy odpowiedni Regionalny Program Zdrowotny przewiduje zarówno usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego programu, jak i usługi zdrowotne ponadstandardowe”.

Następnie głos zabrał Pan Jarosław Hawrysz, który - wracając do kwestii związanej z efektywnością podejmowanych działań - podkreślił, iż to Instytucja Zarządzająca bierze na siebie odpowiedzialność w tym zakresie, ale jeśli MZ zwraca uwagę na problemy z efektywnością i ma do tego konkretne argumenty, to warto się nad nimi pochylić i uwzględnić wnioski w dalszych pracach nad konkursem. Przedstawiciel KE poruszył także kwestię związaną z wydawaniem przez AOTMiT opinii pozytywnych warunkowych. Przypominał, że uwagi, które są zawarte w tych warunkach, muszą być zrealizowane na etapie wdrażania, nie można o nich zapominać.

Pani Dyrektor odnosząc się do przedstawionych przed chwilą autokorekt, poprosiła, aby jednak w przyszłości nie zgłaszać korekt ustnie tuż przed posiedzeniem, bo nie ma wtedy możliwości odniesienia się do nich. Członkowie KS dopiero w trakcie posiedzenia mogą się z nimi zapoznać. Ze względu na to, że przedstawione zmiany nie były kontrowersyjne, Pani Dyrektor zaproponowała przejście do głosowania Uchwały Nr 83/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że przedmiotowy Plan działań obejmuje 6 projektów pozakonkursowych, wszystkie w ramach PI 9a. Następnie poprosiła przedstawicieli IZ o przedstawienie najważniejszych informacji dotyczących ww. inwestycji, w szczególności, czy planowane jest zwiększenie/zmniejszenie liczby łóżek i czy planowane są zakupy dużego sprzętu. Pani Dyrektor poprosiła także – w związku z przesłanym do Sekretariatu KS pytaniem Komisji Europejskiej - o wyjaśnienie, dlaczego IZ nie zaplanowała na 2017 r. żadnych konkursów oraz jaka jest zakładana proporcja pomiędzy konkursami a projektami pozakonkursowymi, patrząc na całą alokację przeznaczoną na PI 9a. Te pytania zostały

przekazane przez Komisję Europejską.

Pani Mariola Zajdel – Ostrowska, przedstawicielka UM Województwa Podkarpackiego, odpowiedziała, że działania w trybie konkursowym zostały już uzgodnione przez Komitet Sterujący w 2016 r., z kwotą alokacji ze środków europejskich w wysokości 102 mln zł. Natomiast jeśli chodzi o tryb pozakonkursowy, to działania te są realizowane przede wszystkim w szpitalach, dla których organem prowadzącym jest samorząd województwa i są to w większości szpitale kliniczne lub posiadające w swoich strukturach oddziały kliniczne. Szpitale te są w trakcie procesu reorganizacji i zmian struktury ze względu na konsolidację.

Następnie Pani Zajdel – Ostrowska omówiła projekty objęte Planem działań, procedowanym podczas obecnego posiedzenia KS.

Pierwszy projekt (nr RPO WPK.6.P.1) dotyczy koordynowanej opieki kardiologicznej w Szpitalu Wojewódzkim im. Ojca Pio w Przemyślu. Szpital ten znajduje się w procesie konsolidacji. Łącznie w wyniku połączenia trzech podmiotów leczniczych likwidacji ulegnie ok. 100 łóżek. Ze względu na rozwój kardiologii inwazyjnej, w tym wymianę stołu hemodynamicznego, IZ chciałaby pozostawić 8 łóżek z tych 100 likwidowanych, które zapewnią sprawne i bezpieczne funkcjonowanie oddziału hemodynamiki.

Drugi projekt (nr RPO WPK.6.P.2) dotyczy poprawy dostępności do leczenia onkologicznego mieszkańców województwa podkarpackiego i będzie realizowany w szpitalu w Tarnobrzegu. Projekt dotyczy rozwoju radioterapii poprzez zakup dwóch akceleratorów wraz z budową niezbędnej infrastruktury, czyli bunkrów. Ponadto, szpital - aby spełnić rekomendację KS dot. kompleksowości leczenia onkologicznego - planuje inwestycje w dwóch salach operacyjnych istniejącego bloku operacyjnego. Dzięki temu szpital będzie mógł realizować zarówno zabiegi w zakresie chemioterapeutycznym, radioterapeutycznym, jak i zabiegi radykalne.

Kolejne zadanie dotyczy Regionalnego Centrum Południowego Podkarpacia „Kobieta i Dziecko” - wysokospecjalistyczna opieka zdrowotna w szpitalu w Krośnie (projekt nr RPO WPK.6.P.3). Pani Zajdel - Ostrowska, nawiązując do jednej z rekomendacji dla PI 9a dotyczącej liczby porodów, zwróciła uwagę, iż w co najmniej 4 szpitalach w sąsiedztwie krośnieńskiego szpitala wojewódzkiego liczba porodów nie przekracza 100/rok, w związku z tym przedmiotowa inwestycja w rozwój obszaru położnictwa, neonatologii i pediatrii jest tak bardzo istotna. Dzięki działaniom podjętym wcześniej, a także planowanej obecnie inwestycji, liczba łóżek w tym szpitalu zostanie zmniejszona łącznie o 24.

Wszystkie wyżej omówione inwestycje otrzymały pozytywną opinię o celowości inwestycji (OCI).

Kolejny projekt to rozbudowa Kliniki Hematologii oraz Kliniki Nefrologii ze Stacją Dializ Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 w Rzeszowie (nr RPO WPK.6.P.4). Pani Zajdel-Ostrowska poprosiła o ponowną wnikliwą analizę dot. Kliniki Nefrologii i zaakceptowanie proponowanego zwiększenia liczby łóżek o 8. Przedstawicielka woj. podkarpackiego argumentowała, że jest to szpital kliniczny, w związku z tym pracują w nim specjaliści, którzy posiadają ogromną wiedzę i umiejętności, hospitalizacje w tym oddziale są bardzo krótkie (5-dniowe), a wykorzystanie jednego łóżka jest imponujące. Ponadto szpital ma zgodę na dializy otrzewnowe, przeprowadza nie tylko leczenie nerkozastępcze, ale również leczenie onkologiczne, posiada

także centrum zakładania portów naczyniowych. W Klinice Nefrologii pobierane są również biopsje nerek i w tym celu pacjent musi być hospitalizowany 3 - 4 dni. Pani Zajdel-Ostrowska dodała, że szpital ten znajduje się w procesie konsolidacji z Podkarpackim Centrum Chorób Płuc.

Kolejną inwestycją jest modernizacja Bloku Operacyjnego wraz z Centralną Sterylizacją w Klinicznym Szpitalu nr 2 w Rzeszowie (projekt nr RPO WPK.6.P.5). Dotyczy to 8 istniejących sal wraz ze stosownym wyposażeniem. W ramach modernizacji zostanie zakupiony sprzęt potrzebny szczególnie przy operacjach neurochirurgicznych, który będzie pozwalał monitorować przebieg operacji. Jest to pierwsze tego typu urządzenie na Podkarpaciu. Inwestycja jest w trakcie uzyskiwania OCI.

Ostatni projekt - Profilaktyka, diagnostyka i kompleksowe leczenie chorób układu oddechowego z chirurgicznym i chemicznym leczeniem nowotworów klatki piersiowej – będzie realizowany w Podkarpackim Centrum Chorób Płuc (nr RPO WPK.6.P.6). Ze względu na konsolidację szpitali, zmiany organizacyjne oraz wynikające z tego zmieniające się koncepcje, fiszka dot. projektu uległa zmianie, o czym informacja została przekazana drogą elektroniczną Sekretariatowi KS.

Następnie głos zabrała Pani Dyrektor Kister, która – opierając się m.in. na stanowisku Departamentu Analiz i Strategii MZ - podtrzymała zastrzeżenia w stosunku do projektu dotyczącego rozbudowy Kliniki Nefrologii w zakresie planowanego wzrostu liczby łóżek z 18 do 26. Z mapy potrzeb zdrowotnych dla Podkarpacia wynika bowiem, że obecnie liczba łóżek w obszarze nefrologii wynosi 116, a prognozowane zapotrzebowanie na kolejne lata w zależności od roku waha się od 90 do 110 łóżek, czyli już w tej chwili liczba łóżek w województwie jest większa niż zapotrzebowanie wynikające z map. Natomiast odnosząc się do ostatniego projektu ujętego w Planie działań i zgłoszonej do niego autokorekty, Pani Dyrektor zaproponowała, aby wyłączyć go z głosowania podczas obecnego posiedzenia, ze względu na fakt, że autokorekta została wysłana do Sekretariatu KS w przeddzień posiedzenia już po godzinach pracy i instytucje odpowiedzialne za opiniowanie Planów nie mogły tego dokumentu przeanalizować, a proponowane zmiany wydają się istotne. Dodała, że przedmiotowy projekt mógłby być procedowany podczas kolejnego posiedzenia KS, ewentualnie - jeżeli IZ zależy na czasie - można rozważyć przyjęcie go w trybie obiegowym.

Ustosunkowując się do zastrzeżeń MZ dot. zwiększenia liczby łóżek w Klinice Nefrologii Pani Mariola Zajdel-Ostrowska podkreśliła, że z 831 hospitalizowanych pacjentów 200 to pacjenci w V stadium niewydolności nerek, którzy nie mogą być leczeni w żadnym z pozostałych czterech (w tym trzech niepublicznych) podmiotów leczniczych działających na terenie województwa podkarpackiego. Oddział pracuje na cztery zmiany, a przełotowość na łóżkach wynosi 34 pacjentów na jedno łóżko. Dodała, że żaden z pięciu oddziałów nefrologicznych działających na terenie województwa nie robi biopsji nerek i nie zakłada portów. Pani Zajdel-Ostrowska zwróciła również uwagę na fakt, że płatnik płaci za wykonane procedury, a nie za łóżka. Przedstawicielka województwa podkarpackiego poprosiła także, aby projekt, do którego zgłoszono w ostatniej chwili autokorektę, był jednak procedowany podczas obecnego posiedzenia, ale bez zaproponowanych zmian. Po ukazaniu się odpowiednich map, projekt zostanie zmieniony w zakresie dotyczącym powstania oddziału rehabilitacji pulmonologicznej i przedłożony do procedowania na forum KS.

Pani Dyrektor Kister przyjęła propozycję wycofania zgłoszonej autokorekty. Natomiast w sprawie liczby łóżek na oddziale nefrologii, stwierdziła że na tę kwestię należy patrzeć nie tylko z punktu widzenia konkretnego podmiotu leczniczego, ale przez pryzmat sytuacji w całym regionie i w związku z tym zadała pytanie, czy przewidywane jest zmniejszenie liczby łóżek w zakresie nefrologii w tych podmiotach, w których obecny potencjał nie jest uzasadniony.

Pani Mariola Zajdel-Ostrowska stwierdziła, że wydawanie opinii o celowości inwestycji w województwie to jest właściwy moment do tego, aby racjonalizować liczbę łóżek w województwie. Natomiast Pan Stanisław Kruczek, Członek Zarządu Województwa Podkarpackiego, zwrócił uwagę na fakt, iż dopiero od 2015 roku kształci się lekarzy na Podkarpaciu (wcześniej nie było żadnej uczelni medycznej ani szpitala uniwersyteckiego) i ww. proces odbywa się na bazie obcej, tj. uniwersytet podpisał umowy ze szpitalami wojewódzkimi na utworzenie klinik. Inwestycje, które są obecnie proponowane do akceptacji przez Komitet Sterujący, mają też inny aspekt, nie tylko leczniczy, gdyż część podmiotów leczniczych musi zostać przygotowana do kształcenia lekarzy i dlatego główne inwestycje są planowane właśnie w jednostkach klinicznych.

Na ponowne pytanie Pani Dyrektor Kister, czy - ze względu na fakt, iż w regionie już obecnie istnieje 116 łóżek w zakresie nefrologii, a według mapy powinno być ich maksymalnie 110 - UM Woj. Podkarpackiego planuje zmniejszyć liczbę łóżek w innych podmiotach, Pani Mariola Zajdel-Ostrowska odpowiedziała, że UM jako samorząd województwa nie kreuje polityki w tym zakresie i nie może złożyć deklaracji, że wpłynie na osobę prowadzącą trzy podmioty niepubliczne w woj. podkarpackim lub na szpital powiatowy w Kolbuszowej, który posiada kilkanaście łóżek.

Pan Jarosław Hawrysz spytał, czy szpital, który w tej chwili ubiega się o zwiększenie liczby łóżek na oddziale nefrologii ma plany w zakresie redukcji łóżek na innych oddziałach, które są nadwyżkowe. Przedstawiciel Komisji Europejskiej wrócił także do wcześniej postawionego pytania i spytał o liczbę planowanych konkursów, projektów pozakonkursowych oraz alokację, dodając, iż w przypadku, gdy przedstawiciele IZ nie dysponują obecnie tymi danymi, proszeni są o przesłanie ich po spotkaniu.

Pan Marszałek Kruczek - odpowiadając na pierwsze pytanie - powiedział, że na Podkarpaciu prowadzone są w tej chwili duże restrukturyzacje i liczba łóżek w podmiotach, na które samorząd wojewódzki ma wpływ, ulegnie znacznemu zmniejszeniu. Obecnie trwa m.in. proces łączenia dwóch szpitali: szpitala miejskiego oraz szpitala wojewódzkiego w Przemyślu, w wyniku którego nastąpi zmniejszenie liczby łóżek o ponad 100. Proces konsolidacji jest realizowany również w Rzeszowie - Szpital Kliniczny nr 1 będzie przyłączał Podkarpackie Centrum Chorób Płuc; w tym przypadku również nastąpi zmniejszenie liczby łóżek. W odpowiedzi na drugie pytanie swojego przedmówcy, przedstawiciel woj. podkarpackiego zobowiązał się do przesłania takiej informacji do Sekretariatu KS.

Następnie głos zabrał Pan Jakub Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii (DAS) MZ, który na wstępie potwierdził, iż kolejne mapy potrzeb zdrowotnych zostaną opublikowane do końca 2016 roku i obejmą m.in. rehabilitację, opiekę długoterminową, opiekę paliatywną i hospicyjną oraz opiekę uzdrowiskową. Następnie, w kontekście negatywnego zaopiniowania przez DAS MZ projektu dot. rozbudowy Kliniki Hematologii i Kliniki Nefrologii, zwrócił uwagę, że czym innym jest ocena celowości

inwestycji, a czym innym kryteria wyboru projektów do finansowania ze środków europejskich, czyli kwestia tego co ma być finansowane z tych środków. Przedmiotowa inwestycja, ze względu na argumenty podane przez IZ (m.in. że jest to szpital kliniczny, są w nim leczeni pacjenci, którzy nie są leczeni gdzie indziej, odbywa się w nim kształcenie studentów), rzeczywiście może być uznana za celową. Jednak DAS MZ - oceniając projekt - odnosił się do kryteriów wyboru projektów, zgodnie z którymi zwiększenie liczby łóżek jest możliwe w przypadku, kiedy wynika to bezpośrednio z map potrzeb zdrowotnych albo mówią o tym inne dane, które nie zostały ujęte w mapach. Ponieważ z map wynika, że liczba łóżek w tym obszarze w zakresie całego regionu podkarpackiego nie powinna podlegać zwiększeniu, DAS MZ wystąpił do IZ o przekazanie danych, które mogłyby zostać wykorzystane do uzasadnienia oceny pozytywnej. Informacje, które uzyskano nie były jednak związane z mapami potrzeb zdrowotnych, tylko kwestiami klinicznymi i tym podobnymi i z tego powodu DAS MZ podtrzymał swoją negatywną opinię.

Pan Dyrektor Adamski - odnosząc się do poruszonej wcześniej kwestii kreowania polityki na poziomie oceny celowości inwestycji - wskazał, że jest to niemożliwe ze względu na fakt, iż podmiot - jeśli będzie chciał zrealizować inwestycję z własnych środków - po prostu nie wystąpi do wojewody o OCI.

Pan Marszałek Kruczek dodał, że na Podkarpaciu jest 21 właścicieli niezależnych od siebie szpitali publicznych, w związku z tym kreowanie polityki z poziomu regionu jest obecnie trudne.

Wobec braku innych głosów w sprawie, Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż w przeddzień posiedzenia IZ przesłała do Sekretariatu KS jedną pozytywną OCI – dot. szpitala w Tarnobrzegu, w związku z tym w treści uchwały z listy projektów przyjmowanych warunkowo wykreślony zostaje pkt 1. Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 84/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

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

Pani Dyrektor Kister omówiła Plan działań woj. pomorskiego, który obejmuje:

- 1) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WP.5.K.3) - Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy, alokacja - 36,8 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 2) Dwa - powiązane ze sobą - projekty pozakonkursowe w ramach PI 9a:
  - Centrum Geriatrii, Gdański Uniwersytet Medyczny (GUM) (nr RPOWP.7.P.2), alokacja - 11,4 mln zł. DAS MZ w swojej opinii stwierdził, że fiszka ogólnie opisuje inwestycję i nie zawiera szczegółowych informacji na jej temat, niemniej - co do zasady - rozwój geriatrii na Pomorzu jest zgodny z mapami potrzeb zdrowotnych. Z kontaktów roboczych MZ z IZ wynika, że projekt zakłada pozostawienie bazy łóżkowej na obecnym poziomie. Projekt obejmuje roboty budowlane, wyposażenie, a także rozwój bazy ambulatoryjnej, w tym stworzenie systemu współpracy z lekarzami POZ.

- Centrum Geriatrii w ramach Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego (WZR) w Sopocie (nr RPOWP.7.P.3.), alokacja – 25,2 mln zł. NFZ w swojej opinii zwrócił uwagę, że poszerzenie zakresu działania tego ośrodka nie ma pokrycia w zakresie umowy z płatnikiem.

Następnie Pani Dyrektor Kister poprosiła IZ o zabranie głosu, w szczególności o odniesienie się do stanowiska NFZ dot. WZR.

Jako pierwszy głos zabrał Pan Paweł Orłowski, Członek Zarządu Województwa Pomorskiego, którego zdaniem opinia Oddziału Pomorskiego NFZ jest opinią pozytywną z zastrzeżeniem dotyczącym jedynie finansowania. Wg Pana Marszałka wynika to z faktu, iż kontrakty, które są obecnie realizowane przez podmioty lecznicze są kontraktami przedłużonymi z lat poprzednich, a wówczas możliwości pozyskania środków na geriatrię nie było. W obecnej sytuacji faktycznej i prawnej, z tego powodu, że nie są ogłaszane nowe konkursy, a kontrakty są przedłużane, takiej możliwości pozyskania finansowania na geriatrię nie ma. Pan Marszałek zwrócił również uwagę, że choć projekty GUM i WZR są formalnie odrębne, to są ze sobą ściśle powiązane (w pierwotnej formule były wnioskiem wspólnym) i baza geriatryczna w Sopocie byłaby też bazą dydaktyczną i szkoleniową dla Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – tak, aby wypracować dobry modelowy wzorzec opieki geriatrycznej.

Do zasadności powstania Centrum Geriatrii przekonywała również Pani Barbara Gierak-Pilarczyk, Dyrektor Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego w Sopocie. Poinformowała, że pomysł zorganizowania ośrodka geriatrycznego w woj. pomorskim powstał we współpracy z prof. Jackiem Bigdą z GUM, ponieważ w całym województwie w obszarze geriatrii nie było żadnych łóżek - funkcjonowały tylko dwie poradnie geriatryczne (obecnie są trzy takie poradnie). Przedstawiony projekt jest kompleksowym projektem modelowym, prowadzonym we współpracy z uczelnią medyczną po to, aby szkolić pielęgniarki, lekarzy oraz pozostały personel, którego ciągle brakuje. Na początku ośrodek obejmowałby swoim oddziaływaniem ponad 300 tys. ludzi. Planowane jest stworzenie modelu, który mógłby być wprowadzany później na poziomie dzielnic. Projekt zakłada m.in. stworzenie świetlic terapeutycznych. Pani Dyrektor podkreśliła, że opieka geriatryczna nie ogranicza się tylko do funkcjonowania łóżek w tym obszarze, dlatego projekt przewiduje także rozwiązania w zakresie opieki ambulatoryjnej dziennej.

Pani Dyrektor Kister - odnosząc się do kwestii kontraktu z NFZ – podkreśliła, że jeżeli nie ma potencjału, to nie ma finansowania i przypomniała, że rekomendacje wprost odnoszą się do tego rodzaju sytuacji, mówiąc o tym, że taki kontrakt będzie wymagany w kolejnym okresie kontraktowania po zakończeniu projektu. Dodała, że pozytywne przepracowanie projektu przez Komitet Sterujący nie jest żadną gwarancją kontraktu, bo jest to - chociażby prawnie - niemożliwe. Ponadto Pani Dyrektor – z upoważnienia Pana Ministra Gryzy – wyraziła stanowisko Ministerstwa Zdrowia dot. ogólnie rozwoju geriatrii, iż MZ widzi potrzebę rozwijania potencjału infrastrukturalnego, ale co do zasady głównie w tych miejscach, w których ta baza jest jednocześnie bazą do kształcenia dydaktycznego.

Pan Dariusz Dzielak, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, wyraził opinię, że w pierwszej kolejności rozwój geriatrii powinien koncentrować się na bazie już istniejącej, w szczególności na niższym poziomie - na przykład w drodze przekształcania oddziałów internistycznych. Zaczynanie tego procesu od szpitala uniwersyteckiego ma uzasadnienie w zasadzie wyłącznie tylko takie,

że wykształci się tam geriatrów, specjalistów, pielęgniarki - do dalszego rozwoju w terenie. Pan Dyrektor Dziełak wyjaśnił także, że wątpliwości, które miał Oddział Wojewódzki NFZ, wynikają też z faktu, że Centrum miałoby obejmować osoby starsze opieką kompleksową, natomiast póki co, koszyk świadczeń gwarantowanych takiej opieki kompleksowej nie przewiduje. Podkreślił, że ani Centrala NFZ, ani też Oddział Wojewódzki, nie kwestionują potrzeby rozwoju leczenia geriatrycznego. Pan Dyrektor zadał także pytanie na ile powstanie Centrum będzie miało wpływ na zmniejszenie liczby łóżek internistycznych.

Pan Marszałek Paweł Orłowski odpowiedział, że obecnie na Pomorzu problemem jest oczekiwanie przez pacjentów na leczenie na internie i nie widać zmniejszania się liczby oczekujących, w związku z tym trudno byłoby założyć, że uda się w sposób automatyczny likwidować łóżka na internie i przekwalifikować je na łóżka geriatryczne.

Z kolei Pan Jacek Bigda, reprezentujący Gdański Uniwersytet Medyczny, argumentował, że obydwa projekty są uzupełniającymi się modułami. Powiedział, że GUM - jako właściciel dużego szpitala klinicznego - jest zobowiązany do kształcenia w obszarze geriatry i to w realiach szpitala wysokospecjalistycznego, natomiast część sopocka projektu może umożliwiać rozszerzenie tego profilu kształcenia również w realiach szczególnego ośrodka, gdzie można wprowadzać nowe modelowe formuły opieki. Pan Bigda - w kontekście uwagi NFZ, mówiącej że kompleksowa opieka geriatryczna nie mieści się w katalogu świadczeń gwarantowanych – zauważył, że w realiach już istniejącego szpitala też istnieją różne formuły finansowania poszczególnych przychodni, więc jeżeli usługi będą skoncentrowane w jednym miejscu i będą różnymi rodzajami świadczeń mogącymi być kontraktowane przez płatnika, wówczas mogłyby zapewniać taką kompleksową opiekę w jednym miejscu.

Pan Jarosław Hawrysz - odwołując się do zapisów w fiszce opisującej Centrum Geriatrii dotyczących uruchomienia poradni zdrowia psychicznego – spytał czy będzie to związane z utworzeniem lub utrzymaniem łóżek oraz czy poradnia ta będzie działać w ramach szpitala, czy też będzie stworzona w celu rozwijania opieki środowiskowej w formach zdeinstytucjonalizowanych.

Pan Marszałek Orłowski odpowiedział, że w omawianym projekcie psychiatria jest potraktowana jako element związany z opieką nad osobą starszą w ramach działającej poradni i nie są przewidziane łóżka psychiatryczne.

Wobec braku i głosów w sprawie, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 85/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 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**

Pani Dyrektor Kister przedstawiła Plan działań woj. śląskiego obejmujący:



- 1) Projekt pozakonkursowy w ramach PI 2c (nr RPO WSL.2.P.1) - Śląska Cyfrowa Platforma Medyczna eCareMed. Alokacja – 102,9 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 2) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPOWSL.8.K.4) w formule RPZ - Wczesne wykrywanie nowotworów: jelita grubego, piersi, szyjki macicy. Alokacja - 47 mln zł. Jest to druga edycja konkursu, który był prowadzony w 2016 roku. Koszty jednostkowe są dosyć wysokie - 7 tys. zł, podczas gdy średnia wynosi niecałe 3 tys. zł, a mediana – 1,5 tys. zł.
- 3) Trzy konkursy w ramach PI 9iv (nr RPO WSL.9.K.4, RPO WSL.9.K.5 i RPO WSL.9.K.6) - Deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych w ramach ZIT, RIT i miasta Bytom. Alokacja odpowiednio - 8,8 mln zł, 4,1 mln zł i 7,1 mln zł. Brak uwag w przypadku tych trzech konkursów.
- 4) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WSL.9.K.7) dotyczący wdrażania regionalnych programów zdrowotnych pn: „Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2017-2020 w zakresie poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...)” oraz „Program zdrowego kręgosłupa”. Alokacja - 23,5 mln zł. Koszt jednostkowy jest relatywnie wysoki - ponad 18 tys. zł, jednak ze względu na fakt, że są to pierwsze tego rodzaju programy, nie ma punktu odniesienia.
- 5) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPOWSL.10.K.1) - Infrastruktura ochrony zdrowia. Alokacja – 178,6 mln zł, planowane jest objęcie wsparciem 43 podmiotów, czyli na podmiot przypada po ok. 4 mln zł. Analogicznie do poprzednich Planów działań, wyłączone jest wsparcie w zakresie psychiatrii, natomiast POZ i AOS są wspierane na zasadzie derogacji w ramach opieki koordynowanej.

Na prośbę Pani Dyrektor, przedstawicielka IZ RPO Woj. Śląskiego ustosunkowała się do zgłoszonych uwag dot. wysokich kosztów jednostkowych. Jej zdaniem, ze względu na realizację działań w trybie konkursowym, to rynek zweryfikuje koszty. Taka sama metodologia została przyjęta w pierwszej edycji konkursu i wówczas nie zgłoszono żadnych uwag, również ze strony Komisji Europejskiej. Dodała, że IZ postara się, aby konkursy były efektywne kosztowo.

Pan Piotr Heliński, również reprezentujący UM Województwa Śląskiego, wyjaśnił, że wartości wskaźników wynikają z przyjętej na etapie opracowywania RPO metodologii szacowania wartości wskaźników i zostały zatwierdzone przez Komisję Europejską. Wartość wskaźnika została założona proporcjonalnie do alokacji przeznaczonej na konkurs. Dodał, że w przypadku pierwszej edycji konkursu w zakresie wczesnego wykrywania nowotworu zakończył się nabór wniosków i projekty są obecnie w trakcie oceny. Jednak ze względu na małe zainteresowanie tym konkursem istnieje obawa, że alokacja nie zostanie wyczerpana.

Pani Dyrektor Kister wyraziła opinię, że w większości przypadków stosowany jest ten sam mechanizm, czyli brane są pod uwagę wskaźniki z programu operacyjnego, które są na relatywnie niskim poziomie i potem są one powielane w kolejnych dokumentach. Zauważyła, że taki sam mechanizm jest przyjęty w POliŚ i POWER, ale na poziomie konstruowania dokumentacji konkursowej oraz Planów działań, MZ szacuje te wartości na wyższym poziomie i w dokumentacji konkursowej określa maksymalną wysokość projektu lub kosztu jednostkowego - nie biorąc pod uwagę w jaki sposób alokacja dzieli się na wskaźnik, który jest zapisany w programie, tylko działając tak, aby ten koszt był racjonalny i skala wsparcia możliwie duża. Pani Dyrektor dodała, że warto brać pod uwagę racjonalność kosztu jednostkowego i dzięki temu osiągać wyższą wartość wskaźnika. Poprosiła o wzięcie tego aspektu pod uwagę przy tworzeniu dokumentacji

konkursowej i kolejnych Planów działań. Pani Dyrektor Kister powiedziała również, że przygotowane przez MZ zestawienie i porównanie takich samych lub podobnych konkursów we wszystkich regionach i programach krajowych wykazało w niektórych przypadkach dziesięcio-, a nawet dwudziestokrotną, różnicę w kosztach jednostkowych i trudno jest uznać, że różnica ta wynika tylko np. z dłuższej lub krótszej perspektywy czasu, w której realizowany jest projekt.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 86/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan działań woj. świętokrzyskiego obejmuje wiele działań:

- 1) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.3) w formule RPZ - Wsparcie profilaktyki zdrowotnej w regionie - przeciwdziałanie pylicy w miejscu pracy. Alokacja - 2,6 mln zł. Jest to konkurs przeniesiony z roku 2016 ze względu na negatywną opinię AOTMiT, natomiast obecnie RPZ został zgodnie z uwagami Agencji poprawiony. Nie zgłoszono uwag.
- 2) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.4) w formule RPZ - Wsparcie profilaktyki zdrowotnej w regionie - wczesne wykrywanie raka jelita grubego. Alokacja – 4,7 mln zł. MZ zwróciło uwagę na wysoki koszt jednostkowy, który wynosi ponad 1 600 zł, podczas gdy mediana dla analogicznych programów to 1 tys. zł. Instytucja Zarządzająca wyjaśniła, że wyliczenia są zgodne z metodologią, którą mają określoną w RPO.
- 3) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.5) w formule RPZ - Wczesne wykrywanie raka jelita grubego - konkurs dedykowany dla Kieleckiego Obszaru Funkcjonalnego. Alokacja - 3,5 mln zł. Koszt jednostkowy to 1 600 zł, w związku z tym uwaga do konkursu jest analogiczna do przedstawionej w pkt 2.
- 4) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.6) realizowany poza RPZ - Wdrożenie programów dostosowanych do potrzeb konkretnych pracodawców i ich pracowników ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka (...). Alokacja - 3,4 mln zł. Nie zgłoszono żadnych uwag.
- 5) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RWO WSW.9.K.1) - Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami zależnymi. Alokacja - 11,5 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 6) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RWO WSW.9.K.2) - Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami zależnymi - Obszary wiejskie o najgorszym dostępie do usług publicznych. Alokacja - 2,5 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 7) Konkurs w ramach PI 9iv (nr RWO WSW.9.K.3) - Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami zależnymi - Obszary funkcjonalne miast tracących funkcje społeczno-gospodarcze. Alokacja - 1 mln zł. Nie

zgłoszono uwag.

- 8) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WSW.7.K.2) - Wsparcie oddziałów szpitalnych w zakresie chorób układu krążenia. Alokacja – 15,2 mln zł. Zakłada się wsparcie 4 podmiotów, czyli na 1 podmiot przypada ok. 4 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 9) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WSW.7.K.3) - Wsparcie oddziałów szpitalnych w zakresie onkologii. Alokacja - 23,5 mln zł. Przewidziane jest wsparcie dla 3 podmiotów, czyli na podmiot przypada ok. 8 mln zł. Nie zgłoszono uwag.
- 10) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WSW.7.K.4) - Wsparcie oddziałów szpitalnych w zakresie chorób układu kostno - stawowego i mięśniowego. Alokacja - 7 mln zł. Zakłada się wsparcie 3 podmiotów, czyli na 1 podmiot ok. 2,3 mln zł.
- 11) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WSW.7.K.5) - Wsparcie oddziałów szpitalnych w zakresie chorób układu oddechowego. Alokacja - 16,4 mln zł. Zakłada się wsparcie dwóch podmiotów, czyli ok. 8 mln zł na podmiot.
- 12) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WSW.7.K.6) - Wsparcie oddziałów szpitalnych w ramach leczenia uzdrowiskowego - choroby układu krążenia oraz choroby układu kostno - stawowego i mięśniowego. Alokacja - 43 mln zł. Zakłada się wsparcie dla 2 podmiotów, czyli na 1 podmiot przypada ok. 21,5 mln zł.

Ze względu na fakt, iż leczenie uzdrowiskowe nie zostało dotychczas zmapowane, Pani Dyrektor zasugerowała przeniesienie procedowania ostatniego konkursu na kolejne posiedzenie KS oraz poprosiła o komentarz ze strony IZ i ewentualnie również ze strony DAS MZ w kontekście map dotyczących leczenia uzdrowiskowego.

Pani Anna Nocuń, przedstawicielka UM Województwa Świętokrzyskiego, zawnioskowała, aby Plan działań został przyjęty bez zmian. Podkreśliła, że obszar uzdrowiskowy w RPO jest uznany jako obszar strategicznej interwencji i że program został zatwierdzony przez KE w chwili, gdy znany był zakres map potrzeb zdrowotnych. Dodała, że z informacji jakie posiada wynika, że nie będzie odrębnych map potrzeb zdrowotnych dla leczenia uzdrowiskowego, natomiast elementy tych map będą się znajdowały w mapach dla poszczególnych grup chorób. IZ w swoim projekcie założyła oparcie się na mapach kardiologicznych i mapach z układu kostno-stawowego z tego względu, że właśnie te obszary znajdują się w leczeniu uzdrowiskowym. Pani Nocuń powiedziała, że usunięcie z Planu działań leczenia uzdrowiskowego spowoduje problem polegający na tym, że placówki sanatoryjne zgłoszą się do projektów, na które przewidziane są środki w zakresie kardiologii oraz chorób stawów i układu mięśniowego, a te środki są niewielkie.

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że konkurs zaplanowany został na IV kw. 2017 r., a mapy dla układu kostno-stawowo-mięśniowego będą wydane do końca 2016 roku, więc wydaje się być dobrym rozwiązaniem poczekanie na publikację map i powrót do dyskusji na temat tego konkursu na kolejnym posiedzeniu KS, bo nadal zostanie wiele miesięcy na dopracowanie szczegółów.

Pani Nocuń zauważyła, że nie ma również mapy dotyczącej układu kostno-stawowego, a w Planie ujęte są też działania odnoszące się do tego układu i to nie budzi wątpliwości MZ.

Pan Dyrektor Adamski, podkreślił, że kwestia tego, w których grupach chorób ostatecznie pojawią się uzdrowiska jest nadal przedmiotem dyskusji z ekspertami w ramach paneli. Z tego względu poparł stanowisko wyrażone przez Panią Dyrektor Kister, aby wstrzymać się z uzgadnianiem konkursu do momentu opublikowania map.

Pani Małgorzata Szczudłowska, reprezentująca UM Województwa Świętokrzyskiego, zwróciła uwagę, że uzdrowiska mają podpisane umowy z NFZ na świadczenia szpitalne w określonych zakresach i w związku z tym mogą składać wnioski do wielu konkursów. IZ wydzieliła pieniądze dla uzdrowisk po to, aby nie startowały w pozostałych konkursach.

Pani Dyrektor Kister poprosiła także o wyjaśnienie kwestii planowanej dodatkowej działalności stricte komercyjnej i podkreśliła, że wielokrotnie na forum KS była mowa o tym, że wszystko co jest realizowane w ramach PI 9a jest na potrzeby udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a nie na działalność komercyjną. Pani Anna Nocuń potwierdziła, że IZ bierze pod uwagę, iż część działalności jest działalnością komercyjną, ale ponad połowa przychodów tych placówek pochodzi z Funduszu – są to przede wszystkim umowy szpitalne i ambulatoryjne, tak więc nie można zakładać, że to są placówki nastawione na działalność komercyjną.

Ponieważ przedstawicielka woj. świętokrzyskiego potwierdziła, iż IZ nie zamierza wycofać konkursu dot. leczenia uzdrowiskowego z procedowania podczas obecnego posiedzenia, Pani Dyrektor Kister poprosiła o zabranie głosu przedstawiciela Komisji Europejskiej.

Pan Jarosław Hawrysz zasugerował, aby poczekać z procedowaniem przedmiotowego konkursu do czasu opublikowania map, co nastąpi wkrótce. Natomiast wypowiadając się w kwestii zabezpieczenia alokacji określonej grupie beneficjentów zainteresowanych udziałem w konkursie, Pan Hawrysz zwrócił uwagę, że IZ publikują harmonogramy, w których zawarte są informacje na temat tego jakie konkursy i kiedy będą organizowane i można byłoby tam zawrzeć również informacje na temat alokacji. W ten sposób IZ zobowiązałyby się do zorganizowania określonego przedsięwzięcia w przyszłym roku. Jednak beneficjenci mogą się zgłosić w każdej sytuacji i IZ nie może im tego zabronić.

Ponownie głos zabrała Pani Anna Nocuń, podtrzymując decyzję IZ o procedowaniu konkursu dot. leczenia uzdrowiskowego podczas obecnego posiedzenia. Ponadto, odnosząc się do kosztu jednostkowego w konkursie dot. raka jelita grubego, potwierdziła, że IZ zastosuje się do zaleceń, które zostały wcześniej wyartykułowane i skoryguje opis.

Z kolei Pani Małgorzata Szczudłowska zwróciła uwagę, że IZ wnioskowała o zmianę nazwy kryterium nr 9 w konkursie dotyczącym pylicy. Poinformowała, że po dokładnym przeanalizowaniu tego kryterium okazało się, że w tym konkursie - jest to konkurs przeznaczony dla jednostek medycyny pracy - zapis ściśle wynikający z rekomendacji nie ma zastosowania, dlatego zmieniono kryterium na: „Projekt zakłada partnerstwo z co najmniej jedną placówką POZ (...)”.

Pani Dyrektor Kister potwierdziła, że w przeddzień posiedzenia do Sekretariatu KS wpłynęła autokorekta i wniosek o korektę został przyjęty. Następnie zaproponowała przejście do głosowania Uchwały Nr 87/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r.

w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego*.

Na uwagę Pani Szczudłowskiej, że projekt uchwały zamieszczony w Bazie Wiedzy zawiera zastrzeżenie o przeniesieniu konkursu dot. leczenia uzdrowiskowego do części planistycznej Planu działań, Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że ze względu na decyzję IZ o utrzymaniu konkursu, Komitet Sterujący glosuje w sprawie przyjęcia Planu działań obejmującego również konkurs dot. leczenia uzdrowiskowego.

Uchwała została podjęta większością głosów.

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan działań obejmuje 2 konkursy w ramach PI 8vi:

- 1) Realizacja programów profilaktycznych w zakresie raka jelita grubego (nr RPO WiM.10.K.2). Alokacja – 4,8 mln zł. MZ zwróciło uwagę na wysoki koszt jednostkowy, jednak IZ poinformowała o zamiarze zgłoszenia podczas posiedzenia autokorekty polegającej na zwiększeniu liczby osób planowanych do objęcia wsparciem z 1,1 tys. do 4 tys. osób. Dzięki temu koszt jednostkowy zostanie zmniejszony - będzie wynosił 1 200 zł i to jest kwota zgodna z medianą, która została wyliczona w oparciu o analogiczne programy w innych Planach działań.
- 2) Realizacja programów profilaktycznych w zakresie raka piersi (nr RPO WiM.10.K.3). Alokacja - 2,4 mln zł. Podobnie jak w przypadku konkursu omówionego w pkt. 1, IZ zgłosiła zamiar przedstawienia autokorekty polegającej na zwiększeniu grupy osób planowanych do objęcia wsparciem z 552 do 4 tys. Po korekcie koszt jednostkowy będzie wynosił 600 zł za osobę, w związku z tym MZ nie zgłasza uwag w tym zakresie.

Następnie głos zabrał Pan Ryszard Wasiński, przedstawiciel UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego, który potwierdził, iż po wyjaśnieniu problemowej kwestii z pracownikiem MZ (opiekunem woj. warmińsko-mazurskiego w DFZ MZ) IZ postanowiła dokonać korekty wskaźników, powodując zmniejszenie kwoty przeznaczonej na jednego uczestnika programu.

Wobec braku innych głosów, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 88/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego*, z uwzględnieniem zaprezentowanych korekt.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Ostatnim dokumentem omówionym przez Panią Dyrektor Kister był Plan działań woj. wielkopolskiego, który

obejmuje:

- 1) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WWL.6.K.6) - Program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi. Jest on planowany do realizacji na podstawie programu POWER. Alokacja - 5,5 mln zł. Koszt jednostkowy - 184 zł na osobę. Nie można porównać kosztów jednostkowych, ponieważ brak jest analogicznych programów. Ze strony MZ została zgłoszona uwaga dot. planowanego terminu naboru wniosków. Ponieważ obecnie w toku jest konkurs w tym samym obszarze w ramach POWER i jego rozstrzygnięcie planowane jest na I kw. 2017 roku, MZ zaproponowało przesunięcie terminu naboru wniosków w konkursie organizowanym w ramach RPO, tak aby konkursy te nie nakładały się na siebie.
- 2) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WWL.6.K.7) w formule RPZ - Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka płuc RPZ. Alokacja - 2,4 mln zł. Koszt jednostkowy - 277 zł na osobę. Nie można porównać kosztów jednostkowych, ponieważ brak jest analogicznych programów. Program został zatwierdzony przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Do konkursu nie zgłoszono uwag.
- 3) Konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WWL.6.K.4) w formule RPZ - Zmiany przeciążeniowe narządu ruchu pracowników zakładów przemysłowych. Alokacja - 6 mln zł. Koszt jednostkowy - 583 zł na osobę. Konkurs został przeniesiony z 2016 roku z uwagi na negatywną opinię AOTMiT. Obecny dokument został poprawiony zgodnie z uwagami Agencji. Nie zgłoszono uwag.
- 4) Konkurs w ramach PI 9a (nr RPO WWL.9.K.1) - Infrastruktura ochrony zdrowia w zakresie 5 grup chorób, specyfiki regionalnej, matki i dziecka oraz geriatrii. Alokacja – 105,8 mln zł. Planowane jest wsparcie dla 16 podmiotów, czyli na 1 podmiot przypada ok. 6,5 mln zł. Nie zgłoszono uwag.

Pani Milena Matysek, reprezentująca UM Województwa Wielkopolskiego, odnosząc się do konkursu dot. nowotworów głowy i szyi potwierdziła, iż po sugestii MZ województwo wielkopolskie wyraża zgodę na przesunięcie terminu i będzie procedować fiszkę w terminie późniejszym, tj. dopiero po rozstrzygnięciu konkursu w ramach POWER. Przedstawicielka woj. wielkopolskiego poprosiła także o interpretację nowych przepisów zawartych w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 (Wytyczne)*, dotyczących linii demarkacyjnej. W projekcie *Wytycznych* były zapisy o niepowielaniu się podmiotu, czyli była mowa o wykluczeniu podmiotowym, natomiast w opublikowanych *Wytycznych* zapisane jest ograniczenie możliwości realizacji analogicznych działań.

Pan Dyrektor Górski odpowiedział, że to właśnie zastosowanie wykluczenia podmiotowego gwarantuje, że działania nie będą powielane. Dlatego też IZ RPO zaproponowała kryterium mówiące o tym, że do konkursu nie będzie mógł przystąpić podmiot, który będzie miał umowę z MZ. Pan Dyrektor zwrócił uwagę na fakt, że Ministerstwo rozstrzygnie swój konkurs w tym samym terminie, w którym IZ RPO Woj. Wielkopolskiego planuje ogłosić konkurs, w związku z tym ww. kryterium nie gwarantuje skutecznego modelu zabezpieczenia się zarówno Ministerstwa Zdrowia, jak i województwa wielkopolskiego, w zakresie powielania się działań. Pan Dyrektor Górski dodał, że - zgodnie ze schematem przyjętym przez MZ i zatwierdzonym przez AOTMiT – z województwa wielkopolskiego tylko dwa podmioty kwalifikują się do

konkursu - Wielkopolskie Centrum Onkologii i Uniwersytet Medyczny. Gdy konkurs w ramach POWER będzie już rozstrzygnięty i będą znane podmioty, które będą mogły podpisać umowę z MZ, to wówczas będzie można jeszcze raz przeanalizować, czy taki konkurs w województwie wielkopolskim jest potrzebny. Jeżeli umowy w zakresie tego programu z jednostkami z województwa wielkopolskiego nie zostaną podpisane, to nie ma problemu, aby taki konkurs w ramach RPO był jak najszybciej ogłoszony.

Pan Maciej Sytek, przedstawiciel UM Województwa Wielkopolskiego, podkreślił, że potrzeby na konkurs w tym zakresie są ogromne. Spytał, czy przy obecnej demarkacji IZ RPO Woj. Wielkopolskiego będzie mogła skorzystać z fiszki, która już została wypracowana, w terminie późniejszym, tzn. czy procedowanie fiszki jest wyłącznie przesuwane w czasie. Pan Dyrektor Górski potwierdził to.

Pan Minister Gryza dodał, iż obecnie procedowany jest projekt ustawy zawierający przepisy o utworzeniu przez AOTMiT repozytorium programów polityki zdrowotnej. W sytuacji, gdy program już zostałby przyjęty w postaci schematu, czyli tak jak to zostało zrobione dla omawianego programu, samorządy terytorialne nie będą musiały występować do Agencji o zgodę na działanie w tym zakresie.

Wobec braku innych głosów w dyskusji, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 89/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

### **Sprawy różne**

Pani Dyrektor Kister - na wniosek Ministerstwa Rozwoju - odniosła się w pierwszej kolejności do tematyki trwałości projektów w kontekście procedowanej tak zwanej sieci szpitali. Zauważyła, że sam fakt, że dany podmiot leczniczy nie znajdzie się w tak zwanej sieci szpitali absolutnie nie spowoduje naruszenia zasady trwałości. Naruszenie zasady trwałości miałyby miejsce wyłącznie wówczas, gdyby beneficjent w ogóle przestał udzielać świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Co więcej, w sytuacji braku takiego kontraktu, należy wówczas jeszcze indywidualnie analizować inne możliwości, które umożliwią takiemu podmiotowi zachowanie trwałości. Podobne sytuacje miały miejsce w poprzedniej perspektywie w ramach PO Infrastruktura i Środowisko w zakresie projektów dotyczących zakupu karet, gdzie nastąpiła dosyć istotna zmiana po stronie świadczeniodawców. Wówczas udało się w wielu przypadkach indywidualnie znaleźć rozwiązanie tej sytuacji w taki sposób, że trwałość została zachowana poprzez świadczenie usług na zasadzie podwykonawcy innego podmiotu, który taki kontrakt posiadał (oczywiście w oparciu o taką zasadę, że transfer finansowy, który się z tym wiązał był wyłącznie pokryciem kosztów wynikających z zastosowania tego rozwiązania). Warto również pamiętać, że w niektórych programach operacyjnych jest zapis mówiący o tym, że co do zasady zakres kontraktu powinien być zbieżny z zakresem rzeczowym projektu i co do zasady tak to powinno wyglądać. Natomiast jeżeli kontrakt nie jest posiadany przez dany podmiot leczniczy bądź też kontrakt jest na tyle mały, że nie pozwala na pełne wykorzystanie potencjału infrastruktury, która w projekcie jest wytworzona, to dla zachowania efektywności wsparcia dopuszczalne

jest zdaniem MZ – i takie rozwiązanie stosowane jest w POliŚ - wykorzystywanie infrastruktury na potrzeby innych świadczeń pod warunkiem, że to są oczywiście świadczenia finansowane ze środków publicznych. Pani Dyrektor Kister ponadto zauważyła, że gdyby doszło do sytuacji, w której zasada trwałości byłaby rzeczywiście naruszona - aczkolwiek prawdopodobieństwo występowania takich sytuacji nie jest istotne - to zwrot powinien być proporcjonalny i dotyczyć wyłącznie tego okresu, za który nie udało się w projekcie utrzymać trwałości, a nie całości tego dofinansowania przyznanego na projekt.

Pan Marcin Marczak zadał horyzontalne pytanie w kontekście map potrzeb zdrowotnych. Zauważył, że w kwietniu opublikowane zostały mapy dla lecznictwa szpitalnego - pisane oddziałami. W grudniu powstaną mapy dla tych samych podmiotów, tylko pisane chorobami. Powstaje zatem pytanie, które mapy należy stosować, w przypadku gdy projekt danego podmiotu dotyczy kwestii ujętych w obu mapach. Pan Dyrektor Adamski zauważył, że odpowiedź jest bardzo prosta - obie mapy są właściwe w tym momencie. Informacje w obu mapach są oparte na dokładnie tych samych danych, więc nie będzie sytuacji, w której mapy miałyby zawierać sprzeczne ze sobą informacje. Jeżeli chodzi o dane liczbowe - wszystkie będą w jednej mapie. Pan Marczak poprosił o potwierdzenie, że należy rozumieć, że zarówno dane, jak i wnioski w obu dokumentach będą takie same. Pan Dyrektor Adamski zapewnił, że nie pojawią się nowe informacje, czy nowe wnioski. Podkreślił, że przewidziana jest spójność tych dokumentów. Pan Marcin Marczak zapytał, czy z technicznego punktu widzenia beneficjenci we wnioskach mają powoływać się na oba te dokumenty, czy nie ma to większego znaczenia. Pani Dyrektor Kister potwierdziła, że możliwe jest powołanie się na obie mapy, a wnioski, sens będzie taki sam, bo odnosi się do tego samego stanu faktycznego, natomiast trochę inny będzie układ dokumentów.

Pan Hawrysz poprosił o wyjaśnienie, czy planowane jest opracowanie - podobnie jak po opublikowaniu map szpitalnych – rekomendacji. Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Sekretariat Komitetu Sterującego oczywiście zakłada rozbudowanie rekomendacji, a nawet już pierwsze prace w tym zakresie zostały rozpoczęte.

Pan Minister Gryza podkreślił, że pytanie Pana Marcza jest bardzo zasadne, patrząc z pozycji teorii organizacji. Jeśli istnieją dwa źródła danych - nawet jeśli pochodzenie tych danych jest to samo - to może być inna ścieżka rachunku i teoretycznie rzecz ujmując można sobie wyobrazić sytuację, że każdy z modeli prowadzi do innego wniosku. Proces budowania map to jest poważnym procesem, na który składa się m.in. baza analityczna, wyliczenia, bazy eksperckie, wnioski, co potwierdza w rozmowach nawet Komisja Europejska. Natomiast jeśli się problem pojawi, to wtedy należy go rozstrzygnąć. Pan Minister podkreślił, że zaproponowane zostaną rekomendacje bazujące na mapach i zaapelował o włączenie się do prac.

Uczestniczka spotkania poprosiła o informacje o przewidywany termin rozpoczęcia prac na forum KS nad projektem rekomendacji obejmującej lecznictwo psychiatryczne i opiekę długoterminową, paliatywną i hospicyjną. Pani Dyrektor Kister poinformowała, że biorąc pod uwagę termin opublikowania map (31 grudnia 2016 r.), to pierwszy kwartał 2017 r. będzie tym momentem, w którym będą trwały prace nad rekomendacjami. Podanie konkretnego terminu w tej chwili nie jest możliwe. W kontekście prac nad rekomendacjami Pani Dyrektor zapytała, czy IZ/IP przewidują ze swojej strony przekazanie jakichś dokumentów do procedowania przez Komitet Sterujący na pierwszy kwartał. W odpowiedzi Pani



Małgorzata Wiśniewska poinformowała, że duży projekt planowany jest do przedłożenia przez województwo kujawsko-pomorskie.

Pani Barbara Daniel, przedstawicielka województwa śląskiego, korzystając z obecności Pana Ministra, zadała pytanie w kontekście sieciowania szpitali. Poprosiła o wyjaśnienie, czy w przypadku szpitala wielospecjalistycznego do sieci wejdzie cała jednostka, czy jest możliwe, że wejdą poszczególne oddziały, a reszta na przykład w późniejszym terminie w trybie konkursowym.

Pan Minister Gryza podziękował za pytanie oraz poinformował, że kryteria są określone w propozycji ustawy (projekcie nowelizacji ustawy) i w dwóch rozporządzeniach. Pierwsze z ww. rozporządzeń określa szczegółowe kryteria kwalifikacji, a drugie rozporządzenie określa wykaz grup świadczeń, które są rozliczane odrębnie od podstawowej umowy, czyli umowy ryczałtowej. Należy również wspomnieć o projekcie zarządzenia prezesa NFZ, który opisuje zasady rozliczeń. Następnie Pan Minister Gryza przedstawił założenia dot. sieci szpitali.

Następnie głos zabrał Pan Jarosław Hawrysz, który zaznaczył, że KE oczywiście liczy na to, że spełnienie warunkowości ex-ante nastąpi z końcem roku. Poinformował również, że ze strony KE planowane jest przeprowadzenie ewaluacji, w jaki sposób system wykorzystywania map potrzeb zdrowotnych funkcjonuje i to odbędzie się najprawdopodobniej w pierwszym półroczu przyszłego roku. Eksperci KE najprawdopodobniej pojawią się w Polsce i będą sprawdzać, w jaki sposób są wykorzystywane mapy i jak funkcjonuje ten proces w rzeczywistości.

Podkreślił, że przesłaniem KE od zawsze było, aby mapy stały się elementem kontraktowania świadczeń zdrowotnych i KE rozumie, że ten proces sieciowania szpitali również się wpisuje w wykorzystywanie map potrzeb zdrowotnych. Pan Hawrysz wyraził pewność, że Ministerstwo Zdrowia będzie w stanie to wykazać. Kolejnym elementem, w którym KE widzi dużą rolę map potrzeb zdrowotnych jest też opieka koordynowana.

Pan Hawrysz zwrócił również uwagę na wątpliwości i uwagi, które są zgłaszane przez różne instytucje na etapie procedowania fiszek projektowych i na etapie wydawania rekomendacji. Zauważył, że zdarzają się sytuacje, że zgłaszane uwagi, a nawet wręcz negatywne opinie nie są później - na etapie głosowania - brane pod uwagę i nie znajdują odzwierciedlenia w późniejszej dokumentacji. Podkreślił, że są to elementy związane z ryzykiem, które może się później zmaterializować na etapie wdrażania projektów. Zaapelował, aby Instytucje Zarządzające miały na względzie, że elementy zgłaszanych uwag mogą również być brane pod uwagę przy analizowaniu kwalifikowalności wydatków na kolejnych etapach - są to po prostu obszary ryzyka, które są identyfikowane na etapie procedowania wyboru projektów. Kończąc wypowiedź Pan Hawrysz – w związku z zakończeniem pracy w zespole zajmującym się Polską - podziękował za dotychczasową współpracę oraz życzył dalszego powodzenia przy wdrażaniu funduszy strukturalnych w Polsce. Jednocześnie Pan Hawrysz poinformował, że zastąpi go Pani Joanna Charytonowicz, która będzie zajmować się Europejskim Funduszem Społecznym, w tym obszarem zdrowia.

Pani Dyrektor Agnieszka Kister również podziękowała za dotychczasową współpracę oraz faktyczne zaangażowanie i cenne wsparcie, a następnie powitała Panią Joannę Charytonowicz w gronie osób

współpracujących z KS. W dalszej kolejności Pani Dyrektor Kister przekazała informację organizacyjną dotyczącą przedstawicielstwa w KS ze strony Ministerstwa Rozwoju. W związku ze zmianami organizacyjnymi, które nastąpiły w MR, w miejsce przedstawiciela departamentu właściwego do spraw pomocy publicznej i trwałości, w składzie KS znalazł się przedstawiciel departamentu właściwego do spraw koordynacji NSRO i koordynacji wdrożeniowej UP w zakresie 16 RPO. Natomiast w charakterze obserwatora w miejsce przedstawiciela departamentu właściwego do spraw Instytucji Zarządzającej Programem Operacyjnym Inteligentny Rozwój będzie przedstawiciel departamentu do spraw koordynacji wdrożeniowej UP.

Następnie Pani Dyrektor Kister podziękowała za miniony rok pracy, w trakcie którego często i intensywnie odbywały się posiedzenia KS. Podkreśliła, że wiele dyskusji było burzliwych, ale jednocześnie bardzo konstruktywnych. Następnie Pani Dyrektor złożyła życzenia z okazji zbliżających się Świąt oraz wyraziła nadzieję, że kolejny rok będzie równie pełen pozytywnych efektów, co obecny. Następnie podziękowania i życzenia zostały złożone przez Pana Ministra Piotra Gryzę, który zakończył XI posiedzenie KS.

#### 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 75/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 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:

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

Uchwała Nr 76/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 77/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 78/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 79/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 80/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 81/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 82/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie*

*Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 83/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 84/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego*

Wyniki głosowania:

- 16 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 5 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 4 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 85/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 86/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 87/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego*

Wyniki głosowania:

- 14 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 7 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 2 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 88/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 89/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego*

Wyniki głosowania:

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

5.	Protokół sporządził:	Dorota Kolasińska Starszy specjalista w Wydziale Koordynacji Polityki Rozwoju Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia
6.	Zatwierdził:	Piotr Gryza Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Załącznik 1: Lista obecności

Załącznik 2: Porządek obrad