

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
VIII posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce <b>22 lipca 2016 r.</b> w siedzibie Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15 w Warszawie.	
2.	Porządek obrad:
<p><b>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</b></p> <p>W VIII posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyło łącznie 70 osób (33 członków i zastępców członków lub osób upoważnionych do głosowania, 1 stały obserwator oraz 36 innych zaproszonych osób), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 32 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, a następnie oddał prowadzenie posiedzenia Pani Agnieszce Kister, Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ - Zastępcy Przewodniczącego Komitetu Sterującego.</p> <p>Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż posiedzenie rozpocznie się od zatwierdzenia porządku obrad i spytała, czy ktoś z uczestników posiedzenia zgłasza do niego uwagi. Wobec ich braku, przystąpiono do głosowania. Porządek obrad został przyjęty jednogłośnie (27 głosów – za przyjęciem, 0 głosów - przeciw, 0 głosów – wstrzymujących się).</p> <p>Porządek obrad stanowi załącznik nr 2 do protokołu.</p>	
3.	Przebieg posiedzenia:
<p><b>Demarkacja wsparcia oferowanego w ramach programów profilaktycznych realizowanych w PO WER i w RPO.</b></p> <p>Pani Dyrektor Kister oddała głos Panu Krzysztofowi Górskiemu, Zastępcy Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ, który rozpoczął swoje wystąpienie od stwierdzenia, że dużo działań w obszarze profilaktyki już udało się uruchomić oraz poinformował, że MZ chce przedstawić pewne propozycje, dotyczące możliwości liberalizacji dotychczasowej polityki w zakresie tego, co może być</p>	

realizowane ze środków PO WER, a co ze środków RPO. Pan Dyrektor Górski powiedział, aby jego wystąpienie traktować jako propozycję dyskusji, która finalnie znajdzie swoje odzwierciedlenie w aktualizacji *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020* (dalej: Wytyczne), które wkrótce będą konsultowane przez Ministerstwo Rozwoju (MR). Przypomniął, że działania z zakresu profilaktyki są możliwe do wsparcia z programu centralnego PO WER, w ramach którego blisko 200 mln zł przeznaczono na pilotażowe rozwiązania w zakresie 15 grup chorobowych oraz w ramach regionalnych programów operacyjnych (RPO), w ramach których do dyspozycji jest blisko 1,6 mld zł. W *Krajowych Ramach Strategicznych. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020* (dalej: Policy paper) aż 6 narzędzi odnosi się do profilaktyki zdrowotnej. Największe ryzyko dublowania się działań na poziomie centralnym i regionalnym występuje w przypadku projektów pilotażowych i testujących w zakresie programów profilaktycznych (PO WER) oraz programów profilaktycznych dot. chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu (RPO).

Następnie Pan Dyrektor Górski przypomniał założenia systemu koordynacji programów profilaktycznych finansowanych ze środków europejskich:

- mogą być realizowane programy zintegrowane, które są opracowane na szczeblu regionalnym lub centralnym,
- organizatorem konkursów na programy profilaktyczne mogą być Urzędy Marszałkowskie (UM) albo Ministerstwo Zdrowia,
- każdy program profilaktyczny, niezależnie czy jest realizowany przez MZ, czy przez UM, musi być uzgodniony na forum Komitetu Sterującego i podlega ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT),
- koordynacja ma dwa poziomy: 1) *stricte* administracyjny, wykonywany przez Ministerstwo Zdrowia – każda fiszka opiniowana jest pod kątem zgodności z *Policy paper* i prawidłowości/ zasadności doboru grupy docelowej oraz 2) merytoryczny - dokonywany przez AOTMiT, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Do dofinansowania mogą być wybrane tylko te Regionalne Programy Zdrowotne (RPZ) i programy centralne, które otrzymały pozytywną lub warunkowo pozytywną opinię AOTMiT.

Pan Krzysztof Górski dodał, że jeżeli chodzi o podział wparcia oferowanego w ramach programów profilaktycznych na szczeblu krajowym i regionalnym, to obecnie jest on bardzo sztywny i restrykcyjny. Zgodnie z obowiązującym brzmieniem *Wytycznych* Instytucja Zarządzająca (IZ) RPO zapewnia, że RPZ nie może dotyczyć obszarów tematycznych, dla których będzie opracowany program centralny. A zatem, w świetle obecnych zapisów, istnieje całkowity zakaz realizacji tożsamyh merytorycznie programów profilaktycznych. Pan Dyrektor Górski przypomniał również jednostki chorobowe, dla których realizowane są programy w ramach PO WER. Są to: nowotwory płuc, nowotwory skóry, nowotwory głowy i szyi, nowotwory uwarunkowane dziedzicznie, przewlekła obturacyjna choroba płuc, reumatoidalne zapalenie stawów, choroby kręgosłupa, osteoporoza, psychoza, zaburzenia depresyjne, zaburzenia odżywiania na podłożu psychicznym, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby naczyń mózgowych, nadciśnienie

tętnicze, miażdżyca tętnic.

Pan Krzysztof Górski poinformował, iż UM Województwa Wielkopolskiego zaproponował poddanie pod dyskusję obecnie przyjętej linii demarkacyjnej oraz jej liberalizację. Propozycja województwa wielkopolskiego ma charakter wyłączenia geograficznego i brzmi następująco: „*W przypadku jednostki chorobowej, w ramach której Ministerstwo Zdrowia zaplanowało opracowanie ogólnopolskiego programu profilaktycznego i jednocześnie planowana jest realizacja programu polityki zdrowotnej w tym zakresie w ramach RPZ, proponuje się umożliwić realizację ww. programu w ramach RPO, wykluczając jednocześnie obszar regionu realizującego ww. program z możliwości ubiegania się o wsparcie w takim samym zakresie oferowanego z poziomu krajowego w ramach PO WER*”.

Pan Dyrektor Górski podkreślił, że MZ po dyskusji z MR widzi konieczność uelastycznienia dotychczasowego podejścia i konieczność liberalizacji w tym zakresie. Jednak jego zdaniem wyłączenie geograficzne nie jest najlepszym rozwiązaniem, bo - w przypadku realizacji małych programów profilaktycznych na terenie danego województwa - może dojść do sytuacji niesprawiedliwego wykluczenia pacjentów z jego obszaru. Dlatego MZ proponuje przyjąć kryterium wykluczenia podmiotowego, a nie geograficznego. Będzie to polegało na tym, że co do zasady będzie możliwość realizacji tożsamyh merytorycznie programów profilaktycznych, ale podmiot, który uczestniczyłby w programie MZ nie mógłby brać udziału w konkursie, który byłby realizowany w regionie (natomiast inne podmioty z danego województwa jak najbardziej tak).

W zaprezentowanej przez Pana Krzysztofa Górskiego propozycji zmiany wystąpić mogą dwie sytuacje:

1. W przypadku, gdy realizacja programu profilaktycznego w ramach RPO ma nastąpić przed opracowaniem i wdrożeniem zbieżnego tematycznie programu w ramach PO WER, IZ RPO przedstawia MZ listę podmiotów, z którymi podpisano umowy i wówczas MZ wykluczy te podmioty z możliwości realizacji analogicznych działań w ramach PO WER. MZ rozpoczęło już prace nad wstępnym Planem działań na następny rok i taka propozycja kryterium już się tam znalazła.
2. W przypadku, gdy MZ jako pierwsze opracuje i zacznie wdrażać program profilaktyczny, a region będzie chciał realizować w przyszłości dany program, to IZ RPO ma dwie możliwości:
  - a) może realizować program profilaktyczny wg schematu, który funkcjonuje w PO WER i został oceniony przez AOTMiT i wtedy region będzie zwolniony z obowiązku przejścia kompletnej ścieżki uzgadniania, czyli od Komitetu Sterującego po AOTMiT. W takiej sytuacji należy tylko zgłosić wolę realizacji danego programu na forum KS. W przyjętym scenariuszu wystąpi wyłączenie podmiotowe, czyli w konkursach regionów nie będą mogły brać udziału podmioty, które będą miały podpisane z MZ umowy na realizację programu w ramach PO WER;
  - b) jeżeli IZ RP będzie chciała realizować program dla jednostki chorobowej, dla której już będzie funkcjonował program centralny, ale według jakiegoś innego schematu, np. region będzie chciał opracować program dla nowotworów głowy i szyi, ale dla innej grupy docelowej lub przy zastosowaniu innych badań niż te oferowane w programie realizowanym w PO WER, to wówczas będzie trzeba przejść całą ścieżkę zatwierdzenia, tj. najpierw zgłosić fiszkę RPZ pod obrady Komitetu Sterującego, opracować RPZ i zgłosić go do AOTMiT. W przyjętym scenariuszu również

wystąpi wykluczenie podmiotowe, tj. w konkursach regionów nie będą mogły brać udziału podmioty, które będą miały podpisane z MZ umowy na realizację programu w ramach PO WER.

Pan Dyrektor Górski podsumował, że tak wygląda propozycja MZ dotycząca rozwiązania problemu demarkacji oraz zachęcił do zabierania głosu oraz wyrażania sugestii i komentarzy - tak, aby podczas bieżącego posiedzenia wypracować wspólne stanowisko, które MR mogłoby uwzględnić w nowelizacji *Wytycznych*, co nastąpi prawdopodobnie w sierpniu.

Następnie głos zabrał Pan Jarosław Hawrysz, przedstawiciel Komisji Europejskiej, który powiedział, że do tej pory KE wspierała wyłączenie geograficzne, które wydaje się być rozwiązaniem prostszym i najbardziej oczywistym, dlatego nad propozycją przedstawioną dzisiaj KE musi się zastanowić. Przedstawiciel KE wyraził obawę, że proponowane przez MZ rozwiązanie może doprowadzić do dodatkowego zamieszania w przyszłości, gdyż może okazać się, że uczestnicy realizowanych w ramach PO WER i RPO projektów będą się nakładać. Pojawia się również pytanie, kto to będzie weryfikował. Zwrócił uwagę, że może także wystąpić ryzyko konkurowania o uczestników programu przy realizacji konkretnych projektów.

Uczestniczka posiedzenia powiedziała, że wyłączenie podmiotowe do niej przemawia, gdyż gwarantuje, że środki finansowe będą alokowane do jak największej liczby podmiotów, ale zwróciła jednocześnie uwagę na ryzyko, że w niektórych regionach może występować tylko jeden realizator zadania i jeżeli zostanie on wyłączony z możliwości uzyskania dodatkowych środków, to może to stworzyć niepotrzebną barierę dostępu.

Pani Sylwia Wójcik, Dyrektor Departamentu Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego w UM Województwa Wielkopolskiego zauważyła - odnosząc się do wypowiedzi swojej przedmówczyni - że jeżeli w regionie jest mało potencjału w obszarze zdrowia publicznego, to nie powinno być obawy, że ten podmiot weźmie udział w konkursie krajowym. Podziękowała MZ za uwzględnienie prośby województwa wielkopolskiego o weryfikację stanowiska w sprawie demarkacji. Pani Sylwia Wójcik powiedziała, że bez względu na to, czy będzie to wyłączenie podmiotowe, czy geograficzne, to i tak stworzy to możliwość rozpoczęcia pracy z programami, które regiony chcą jak najszybciej realizować. Dodała, że bardzo dobrą informacją jest również to, że będzie można wykorzystywać te programy, które opracuje MZ. Przedstawicielka województwa wielkopolskiego spytała, kiedy należy zgłaszać do MR uwagi dot. przedstawionej propozycji zmian.

Pan Paweł Zdun, przedstawiciel Ministerstwa Rozwoju, poinformował, że projekt zmiany *Wytycznych* jest na etapie konsultacji wewnętrznych w MR i przewiduje się, że na początku sierpnia zostanie przekazany do konsultacji społecznych. Wówczas będzie czas dla regionów na zgłaszanie opinii i sugestii. Natomiast odnosząc się do dyskusji, Pan Paweł Zdun powiedział, że przedstawiona przez Pana Dyrektora Górskiego propozycja jest tą, którą MR chce ująć w *Wytycznych*, aby uelastyczyć działania i umożliwić równoległą realizację działań na poziomie regionalnym i centralnym. Dodał, że intencją MR jest pozostawienie w zapisach *Wytycznych* pewnego stopnia ogólności, gdyż zdaje sobie sprawę, że każdy program będzie miał swoją specyfikę. Wobec powyższego – m.in. poprzez rekomendacje dla kryteriów - Komitet Sterujący powinien odgrywać istotną rolę przy ewentualnym doprecyzowaniu linii demarkacyjnej pomiędzy poszczególnymi programami. Przedstawiciel MR podsumował, że proponuje się rozgraniczenie

podmiotowe jako generalną zasadę *Wytycznych*, przy jednoczesnym założeniu, że ewentualnym dodatkowym polem do dyskusji będzie KS.

Pan Dyrektor Górski, odnosząc się do wypowiedzi przedstawiciela KE powiedział, że ryzyko tego, że będą jakieś osoby, które będą chodziły „od szpitala do szpitala” i wykonywały badania jest mniejszym ryzykiem niż to, gdy zostanie wprowadzone kryterium geograficzne i z powodu realizacji jednego małego programu profilaktycznego finansowanego np. z programów regionalnych uniemożliwi się innym podmiotom z regionu przystąpienie do konkursu centralnego, a tym samym uniemożliwi dużej grupie osób udział w programach profilaktycznych. Wyłączenie podmiotowe wprowadzone zostało dlatego, że MZ uznaje, iż większym ryzykiem jest zagrożenie dublowania się wydatków, tzn. że dany podmiot rozliczałby danego pacjenta w programie regionalnym i w programie centralnym. Stąd, szacując i oceniając ww. ryzyko MZ zaproponowało wykluczenie podmiotowe. Pan Dyrektor Górski dodał, że problemem w polskim systemie jest to, że ludzie nie chcą robić badań profilaktycznych a nie to, że zbyt chętnie się na nie zgłaszają. Spytał się również przedstawiciela MR, czy byłaby możliwość, aby uzgodnione na forum KS zapisy zostały ujęte w projekcie *Wytycznych* przekazanych do konsultacji zewnętrznych.

Pan Paweł Zdun odpowiedział, że postara się zgłosić autokorektę do dokumentu, który jest w tej chwili konsultowany wewnątrz MR – tak, aby w konsultacjach społecznych wypracowany na forum KS zapis był już ujęty w *Wytycznych*.

Pan Minister Gryza poprosił uczestników posiedzenia o zabieranie głosu w tej sprawie, zarówno jeśli jest poparcie dla przedstawionej propozycji, jak i gdy jej ocena jest negatywna. Dodał, że wydaje się, iż przedstawiona propozycja działa na korzyść regionów, gdyż znacznie uelastycznia sytuację i stwarza realne możliwości prowadzenia działalności profilaktycznej w regionach.

Uczestnik posiedzenia poparł propozycję wykluczenia podmiotowego. Dodał, że każda instytucja opracowując program, zarówno centralny, jak i regionalny, opracowuje go w dobrej wierze, w oparciu o znane sobie zasady i mogą się one między sobą istotnie różnić lub zazębiać, jednak - jego zdaniem - interwencji w profilaktyce nigdy nie jest zbyt wiele. W związku z tym nie obawia się powielania uczestników lub tego, że pacjenci będą nadmiernie korzystać z programów. Programy można realizować w różny sposób, w różnej konfiguracji, jedne bardziej będą koncentrowały się - tak jak w przypadku programów centralnych - na profilaktyce pierwotnej, inne – w szczególności programy regionalne – na profilaktyce wtórnej. Ponadto trudno sobie wyobrazić sytuację, w której wszystkie programy będą realizowane równocześnie.

Pani Barbara Daniel, Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej UM Województwa Śląskiego, pozytywnie oceniła przedstawioną propozycję zmian, dzięki czemu będzie można realizować również działania zaproponowane przez MZ. Przedstawicielka woj. śląskiego powiedziała, że w reprezentowanym przez nią województwie przystąpiono już do opracowywania programów, które są tożsame z niektórymi obszarami wskazanymi wcześniej przez MZ, np. choroby płuc, choroby kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, jednak programy te będą dotyczyły rehabilitacji, czyli profilaktyki 3. stopnia. W związku z powyższym pojawia się pytanie, czy IZ RPO powinna kontynuować prace nad ww. programami, gdyż na

początku posiedzenia była mowa o tym, aby obszary chorobowe/ tematyczne nie pokrywały się.

Pan Dyrektor Górski odpowiedział, że w *Policy paper* wskazane jest odrębne narzędzie dot. rehabilitacji. MZ już na samym początku ustaliło, że regiony mogą realizować programy z zakresu rehabilitacji. Jeżeli przygotowywany jest program dot. rehabilitacji w zakresie RZS, to jest to jak najbardziej działanie poprawne. W związku z tym, że to będzie rehabilitacja, to ona nie będzie pokrywała się z programem w ramach PO WER, bo MZ skupia się na edukacji i wczesnym wykryciu, czyli działa krok wcześniej. Podsumowując, działanie MZ jest realizowane w ramach Narzędzia 1, a rehabilitacja w ramach Narzędzia 2 *Policy paper*.

Następnie głos zabrał Pan Jarosław Hawrysz, który podkreślił, że KE nie jest przeciwko wykluczeniu podmiotowemu i jeżeli KS takie rozwiązanie uzgodni, to jak najbardziej można będzie je wprowadzić. Zaproponował zastanowienie się nad wprowadzeniem jednak dwóch rozwiązań, tzn. wyłączenia geograficznego - w przypadku, gdy skala programu na poziomie regionalnym będzie odpowiednia. AOTMiT mogłaby wtedy ocenić, czy skala danego programu jest wystarczająca, aby go wyłączyć ze współgrania na tym samym terenie z programem, który jest realizowany z poziomu centralnego. Dodał, iż nie wie skąd wynika przekonanie, że programy realizowane na poziomie regionalnym będą małe. Gdy środki, które są dostępne w ramach PO WER podzieli się na poszczególne regiony i 15 jednostek chorobowych, kwoty dedykowane poszczególnym województwom nie będą znacząco wysokie. Natomiast środki, które są dostępne w regionie na daną jednostkę chorobową mogą się okazać dużo większe. Pan Jarosław Hawrysz zwrócił również uwagę, iż w przyszłości może się pojawić jeden ciekawy aspekt, tzn. jeżeli w skali regionu będzie realizowany program profilaktyczny, jego skuteczność ze względu na charakterystykę może okazać się inna, być może lepsza lub większa niż tego, który jest realizowany z poziomu krajowego. I w tym kontekście możliwość porównywania tych dwóch interwencji może okazać się interesująca w przyszłości. Przedstawiciel KE zgodził się z opinią, że problemem może być przyciągnięcie pacjentów do programów profilaktycznych - w tym kontekście pacjenci są uzależnieni od tego, co będą robić projektodawcy. Należy zwrócić uwagę na to, jak wnioskodawcy będą zachowywać się przy pisaniu projektów i włączać się w uczestnictwo przy realizacji programów profilaktycznych. Perspektywa pacjenta nie jest jedyną, którą należy brać pod uwagę. Konkludując swoją wypowiedź, Pan Jarosław Hawrysz powiedział – z zastrzeżeniem, że w żaden sposób nie narzuca takiego rozwiązania - że może warto rozważyć alternatywnie wprowadzenie dwóch wyłączeń, gdyż w określonych sytuacjach mogłoby być zasadne zagwarantowanie sobie przez regiony wyłączenia geograficznego.

Pan Dyrektor Górski zaproponował, aby wprowadzić 3. punkt, który będzie tę kwestię regulował. Ponieważ niemożliwe jest przewidzenie w *Wytycznych* wszystkich potencjalnie możliwych rozwiązań, trzecią drogą byłby Komitet Sterujący. Jeżeli na posiedzeniu członkowie KS wspólnie dojdą do wniosku, że bardziej zasadne jest wyłączenie geograficzne, czyli trzecia droga, to wtedy taka uchwała zostanie podjęta. Pan Krzysztof Górski dodał, że na etapie prac nad *Wytycznymi* nie można przewidzieć wszystkich możliwych wariantów, natomiast te trzy pokazane w prezentacji są najbardziej prawdopodobne.

Następnie głos zabrała Pani Sylwia Wójcik, która powiedziała, że ta ostatnia propozycja wydaje się jak najbardziej zasadna. Natomiast na potwierdzenie słów Pana Jarosława Hawrysza podała przykład

ogłoszonego przez MZ konkursu dot. nowotworów głowy i szyi, gdzie średnia liczba uczestników na województwo wynosi 250 osób. W województwie wielkopolskim w zaplanowanym programie jest to 30 tys. osób, gdyż planuje się objąć programem wszystkie osoby, które są potencjalnie w grupie ryzyka. Dzięki temu program regionalny będzie mieć duży wpływ na sytuację w województwie.

Pani Dyrektor Kister podsumowała dyskusję mówiąc, że w tym kierunku będą dopracowywane *Wytyczne*, które - tak jak powiedział przedstawiciel MR - zostaną przekazane do konsultacji społecznych prawdopodobnie na początku sierpnia.

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że projekt zmiany Regulaminu był przesłany członkom KS przez Sekretariat Komitetu Sterującego (SKS) i otrzymano różne propozycje i uwagi w tym zakresie. Kolejna wersja projektu zmiany Regulaminu, przygotowana po mailowych konsultacjach, również została wysłana do członków KS. Pani Dyrektor podkreśliła, że MZ starał się wyjść naprzeciw postulatowi, które padały na ostatnich posiedzeniach KS i przedstawiła najważniejsze zmiany w projekcie Regulaminu, w tym m.in. propozycję wydłużenia terminu na przekazywanie materiałów członkom KS - w tej chwili jest to 5 dni roboczych przed posiedzeniem KS, zgodnie z dyskusją podczas ostatniego KS Ministerstwo zaproponowało zmianę na 10 dni roboczych. Pani Dyrektor jednocześnie zasygnalizowała, że taka zmiana będzie wiązała się z koniecznością przygotowania materiałów z bardzo dużym wyprzedzeniem, więc jeżeli KS ma pracować w odpowiednim tempie, to ten termin może okazać się zbyt długi. W związku z tym MZ proponuje, aby zmienić to na 6 dni roboczych lub na 10 dni kalendarzowych. Kolejna propozycja zmiany, to wprowadzenie zapisu, że w momencie, gdy za zgodą członków KS jest dodawany jakiś punkt do agendy wówczas uczestnicy posiedzenia otrzymują w postaci papierowej materiał, który jest z tym punktem związany. Dodano również nowy paragraf dotyczący wniosków formalnych, czego one mogą dotyczyć i jak są procedowane. Zmiana nastąpiła również w zakresie zapisów dot. trybu obiegowego – materiał jest przekazywany do konsultacji na 5 dni roboczych. W przypadku uwag, instytucja, która jest wnioskodawcą będzie miała 2 dni na odniesienie się do nich. Jeżeli uwagi nie zostaną uwzględnione, bądź też nie zostaną przez zgłaszającego wycofane (czyli nie dojdzie do uzgodnienia dokumentu w trybie obiegowym), wówczas dokument przekazywany jest do rozpatrzenia w trybie stacjonarnym, czyli na posiedzeniu. W projekcie Regulaminu jest także doprecyzowana możliwość warunkowej pozytywnej opinii w sprawie projektu Planu działań. Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że dużo zmian ma charakter doprecyzowujący, odzwierciedlający to jak KS w rzeczywistości pracuje. Po przedstawieniu najistotniejszych zmian, Pani Dyrektor otworzyła dyskusję oraz poprosiła o odniesienie się przede wszystkim do kwestii terminu na przekazanie materiałów członkom KS, zaznaczając, że MZ proponuje, aby był to termin krótszy niż 10 dni roboczych, gdyż termin 2-tygodniowy i może stanowić utrudnienie dla regionów.

Pani Sylwia Wójcik powiedziała, że termin ten wymaga konsultacji, gdyż ze strony członków KS padały prośby o jego wydłużenie, natomiast jej zdaniem 10 dni roboczych jest terminem za długim, gdyż później przedłuża to moment wprowadzania Planów działań pod obrady. Zwróciła również uwagę na zapis

§ 7 ust. 12 projektu Regulaminu: „W przypadku, gdy ostatecznie uzgodniona wersja Planu działań, o której mowa w ust. 11, wpłynie do Sekretariatu Komitetu Sterującego później niż na 10 dni przed planowanym terminem posiedzenia Komitetu Sterującego, Plan działań nie podlega procedowaniu.” W powyższym ustępie brak jest doprecyzowania, czy jest to 10 dni kalendarzowych, czy roboczych. Ponieważ dla regionów jest to rozwiązanie negatywne, przedstawicielka województwa wielkopolskiego zaproponowała zmianę na 6 dni roboczych oraz zmianę zapisu: „nie podlega procedowaniu” na: „może nie podlegać procedowaniu”. Pani Sylwia Wójcik zauważyła, że czasami województwa zwracają się z prośbą o procedowanie Planu mimo niezachowania przewidzianego terminu, gdyż zawiera on niezwykle istotne projekty. W takiej sytuacji, jeżeli Przewodniczący KS uznałby, że prośba danej instytucji jest poparta zasadnymi przesłankami, to ewentualnie mógłby podjąć decyzję, że pomimo niezachowania terminu, Plan działań byłby procedowany na posiedzeniu KS.

Pan Minister Gryza poinformował, że rozmawiał z przedstawicielem KE Panem Jarosławem Hawryszem, który nieco zmodyfikował propozycję swojej koleżanki (Pani Magali Lanoel) przedstawioną podczas poprzedniego KS i proponuje skrócić termin z 10 dni roboczych na 6 dni roboczych. Przypomniał, że zmiany w Regulaminie związane są m.in. z tym, że wobec KS był postawiony zarzut, że na posiedzeniu omawiane są punkty, co do których uczestnicy posiedzenia nie mogli się przygotować. Pan Minister podkreślił, że jeśli dokument ma być rozpatrywany poza terminem określonym w Regulaminie, to pojawia się pytanie, czy wszyscy uczestnicy posiedzenia będą odpowiednio o tym poinformowani i należycie przygotowani. Pan Minister zaproponował również podtrzymanie propozycji Pani Sylwii Wójcik jeśli chodzi o termin 6 dni roboczych w obu ww. przypadkach.

Pani Dyrektor Kister zaproponowała w § 7 ust. 12 projektu Regulaminu dopisać zdanie: „§ 3 ust. 9 stosuje się odpowiednio”. Jest to odniesienie się do postanowienia Regulaminu, które mówi o tym, że w drodze wyjątku można skrócić terminy. Taki zapis daje możliwość skrócenia terminu, aby była elastyczność w razie bardzo pilnych dokumentów.

Pani Małgorzata Szczudłowska, przedstawicielka województwa świętokrzyskiego, zaproponowała, aby po zapisie dot. 6 dni roboczych dodać zapis mówiący o tym, że dzień, w którym wysyłany jest materiał nie jest wliczany do ww. terminu. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że dzień, w którym wysyłane są dokumenty oraz dzień posiedzenia nie są wliczane do terminu 5 dni roboczych (termin wynikający z obecnie obowiązującego Regulaminu).

Pan Roman Kolek, Wicemarszałek Województwa Opolskiego, pozytywnie odniósł się do propozycji skrócenia z 20 dni roboczych na 10 dni roboczych terminu, o którym mowa w § 7 ust. 5 projektu Regulaminu, tj. terminu wyznaczonego przez Przewodniczącego Komitetu Sterującego na przygotowanie Planu działań. Przedstawiciel województwa opolskiego zgłosił natomiast zastrzeżenia do terminu określonego w § 7 ust. 11 projektu Regulaminu: „Instytucja Zarządzająca/ Instytucja Pośrednicząca w terminie 3 dni roboczych odnosi się do otrzymanej opinii i ewentualnych uwag i przekazuje poprawiony Plan działań do Sekretariatu Komitetu Sterującego”. Pan Marszałek powiedział, że 3 dni to mało, ze względu na fakt, iż czasami wymaga to skonsultowania z różnymi komórkami organizacyjnymi i zaproponował, aby było to 5 dni roboczych.



Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że jeśli termin ten zostanie wydłużony, to wówczas mogą być takie sytuacje, w których nie będzie możliwe przekazanie materiałów 10 dni przed kolejnym KS, czyli dokument wypadnie z agendy. Pani Dyrektor podkreśliła, że proces uzgadniania dokumentów, wydawania opinii/ uwag, odnoszenia się do nich etc. jest złożony. Wyznaczone terminy można wprowadzić wydłużać, ale wtedy od momentu kiedy przekazana jest pierwsza wersja Planu działań do posiedzenia KS upływa bardzo dużo czasu.

Pan Roman Kolek odpowiedział, iż nie zakłada że zawsze będzie to wykorzystywane i jeżeli będzie taka możliwość, to do opinii będzie można odnieść się wcześniej, jednak proponuje, aby w Regulaminie zapis dot. tej kwestii był bardziej elastyczny. Dodał, że ponieważ nieprzekazanie swojego stanowiska w określonym terminie powodować będzie wyłączenie Planu z obrad, więc w interesie regionów jest, aby przestrzegać terminów.

Pani Lucyna Bożek, przedstawicielka województwa małopolskiego, powiedziała, że ma szereg uwag do skrócenia zaproponowanych terminów i zwróciła uwagę, że nie chodzi o to, że merytorycznie urzędy marszałkowskie nie dadzą rady czegoś zrobić, ale trzeba być świadomym, że muszą one dochować pewnych określonych procedur, które m.in. wymagają uchwały zarządu. Odnośnie terminu określonego w § 7 ust. 5 projektu Regulaminu, dotyczącego wyznaczonego przez Przewodniczącego KS terminu na przygotowanie Planów działań, powiedziała, że będzie bardzo ciężko go zachować, gdyż termin 10 dni roboczych - przy konieczności spełnienia wszystkich procedur - jest bardzo krótki. Również 2 dni na sporządzenie dokumentu, podpisanie i wysłanie do MZ jest terminem niezwykle ciężkim do dochowania (odniesienie do zapisu w § 7 ust. 18). Pani Lucyna Bożek zadała pytanie, czy pozostałym województwom takie terminy odpowiadają i zaproponowała wypracowanie ogólnej metody, aby za każdym razem nie dokonywać zmian tych terminów. Co do terminu 6 dni, województwo małopolskie wyraża zgodę, gdyż 6 dni jest realne, natomiast wszystkie pozostałe propozycje skracania terminów do 2-3 dni to regulacje karkołomne, głównie ze względu na konieczność podjęcia uchwał, przygotowania dokumentów i zdobycia podpisów marszałków.

Pan Dyrektor Górski, odnosząc się do słów Pani Lucyny Bożek, powiedział, że jeśli urzędy marszałkowskie będą pracować w ten sposób, że dopiero wezwanie od Przewodniczącego KS uruchomi całą maszynę przygotowania Planu działań, to rzeczywiście może to być problematyczne. W Ministerstwie Zdrowia prace nad Planem działań na rok 2017 zaczęto w ub. miesiącu (tj. w czerwcu). Moment od wezwania Przewodniczącego KS do złożenia Planu to będzie formalność, a MZ do tego czasu zamierza skonsultować swoje propozycje z MR i KE. W opinii Pana Dyrektora 10-dniowy termin nie budzi zastrzeżeń pod warunkiem, że prace koncepcyjne zaczną się odpowiednio wcześniej. Zaapelował, aby prace nad tym co województwa zamierzają zrobić w przyszłym roku rozpocząć jak najszybciej. Pan Krzysztof Górski powiedział, iż dobrze byłoby przyjąć dobrą praktykę z PO WER, że pierwsze propozycje Planów działań są składane w okresie letnim poprzedzającym rok, w ramach którego Plan będzie realizowany. Wtedy jest możliwa dyskusja nad założeniami, możliwe jest dokonywanie zmian. Pan Dyrektor Górski zgodził się z opinią wyrażoną przez Panią Dyrektor Kister i Pana Ministra Gryzę, że propozycje terminów działają w dwie strony. Im bardziej terminy będą wydłużane, tym mniej czasu województwa będą mieć na dyskusję

nad propozycją, którą chcą przedłożyć.

Pani Magdalena Amrozik, Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej w UM Województwa Łódzkiego, nawiązała do wypowiedzi Pana Marszałka Kolka w kwestii terminu, w jakim IZ/IP powinna odnieść się do otrzymanej opinii i ewentualnych uwag i przekazać ponownie Plan działań (określonego w § 7 ust. 11 projektu Regulaminu). Zaproponowała zmianę zapisu z: „3 dni roboczych” na: „do 5 dni roboczych”. W opinii Pani Amrozik w takiej sytuacji urząd marszałkowski sam będzie ponosił ryzyko, czy Plan działań zostanie ujęty w agendzie najbliższego posiedzenia Komitetu Sterującego, czy też z automatu zostanie przesunięty na kolejne posiedzenie.

Uczestniczka posiedzenia zgłosiła uwagę dot. zapisu § 3 ust. 10 projektu Regulaminu: *„Przewodniczący Komitetu Sterującego może wprowadzić do porządku obrad Komitetu Sterującego, z własnej inicjatywy lub na wniosek członka Komitetu Sterującego, dodatkowe sprawy nieprzewidziane w proponowanym porządku obrad. W takim przypadku instytucja, którą reprezentuje dany członek Komitetu Sterującego, zobowiązana jest zapewnić na posiedzeniu wszystkim jego uczestnikom materiały (w postaci papierowej) dotyczące tej sprawy.”* Zaproponowała, aby dokumenty te przekazywane były w postaci elektronicznej, tak jak są przekazywane pozostałe dokumenty, gdyż proponowany zapis spowoduje, że IZ będą musiały przygotować wszystkim członkom KS materiały w wersji papierowej.

Pani Dyrektor Kister powiedziała, że jest to odzwierciedlenie postulatu, który został przedstawiony podczas wcześniejszych posiedzeń, aby w sytuacji kiedy jest dodawany do agendy jakiś dodatkowy punkt, który nie był wcześniej przewidziany i członkowie KS nie otrzymali stosownych materiałów do zapoznania się, każdy uczestnik przed posiedzeniem otrzymał dany dokument w postaci papierowej, po to, aby mógł się z nim zapoznać. Powyższa sytuacja stanowi wyjątek, gdyż członkowie KS otrzymują materiały w postaci papierowej, a nie elektronicznej, na wypadek gdyby nie mieli czasu lub możliwości odebrać maila.

Uczestniczka posiedzenia dodała, że przesyłanie materiałów elektronicznie do Sekretariatu KS, który natychmiast przesłałby je członkom KS, znacznie ułatwiłoby sprawę. Nie trzeba byłoby przyjeżdżać z tomami dokumentów. Ale jeśli jest taka wola pozostałych członków KS, to zgadza się na proponowaną zmianę.

Następna uwaga dotyczyła dodania w § 5 ust. 2 projektu Regulaminu kolejnej litery w brzmieniu: *„oraz innych spraw będących w obszarze kompetencji Komitetu Sterującego”*. Intencją zgłaszającego przedmiotową uwagę jest, aby lista wymieniona w tym ustępie nie była zamknięta, tj. aby do wniosków formalnych również zaliczyć inne sprawy, które są w obszarze kompetencji KS. Pani Dyrektor Kister zaproponowała dopisanie zwrotu *„w szczególność”* i wówczas nie będzie to katalog zamknięty.

Kolejna uczestniczka posiedzenia zwróciła uwagę na proponowaną zmianę słowa „członków” na „osób” w § 5 ust. 4 projektu Regulaminu. Zauważyła, że słowo „członków” jest słowem lepszym, gdyż chodzi o osoby uprawnione do głosowania. Pani Dyrektor Kister zgodziła się z tą uwagą i dokonano stosownej poprawki w treści Regulaminu.

Pan Maciej Sytek, Dyrektor Departamentu Zdrowia w UM Województwa Wielkopolskiego, zauważył, że wszystkie omawiane aspekty dot. prac KS są ważne i można je na forum KS precyzować, ale należy

pamiętać, aby niepotrzebnie nie usztywniać zapisów, gdyż w przyszłości mogą wystąpić problemy z ruchem w jakimkolwiek kierunku. Podkreślił, że MZ wyszło naprzeciw wielu uwagom, które były zgłaszane na poprzednich posiedzeniach. Wg niego jest to dobry kierunek, dobre propozycje, które członkowie KS mogą obecnie przegłosować, a jeżeli w przyszłości będą problemy, to na każdym posiedzeniu można to zgłosić do Przewodniczącego KS i ewentualnie je doprecyzować.

Następnie Pani Dyrektor Kister oddała głos Pani Roksanie Żelezik, radcy prawnemu w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ, która zaproponowała przesłanie wspólnie jeszcze raz treści Regulaminu KS w zakresie terminów, na co uczestnicy posiedzenia wyrazili zgodę.

Omówiono jeszcze raz następujące zapisy w Regulaminie KS:

- § 3 ust. 8 dotyczący terminu, w jakim dokumenty będące przedmiotem obrad wysyłane są drogą elektroniczną lub za pośrednictwem portalu internetowego członkom Komitetu Sterującego, stałym obserwatorom oraz ich zastępcom – zmiana z proponowanych 10 dni roboczych na 6 dni roboczych;
- § 3 ust. 17 dotyczący zgłaszania uwag do treści przesłanego projektu protokołu – pozostaje bez zmian termin 5 dni roboczych od dnia przesłania dokumentu;
- § 3 ust. 19 dotyczący terminu na zgłaszanie zastrzeżeń lub uwag do zmian wprowadzonych do projektu protokołu – pozostają 2 dni robocze. Ponadto w ustępie tym dodano zapis o treści: *„Każda kolejna wersja projektu protokołu jest przesyłana do akceptacji z terminem zgłaszania uwag 2 dni robocze”*;
- § 6 ust. 3 dotyczący przesłania odpowiedzi na projekt uchwały podejmowanej w trybie obiegowym, przesłany drogą elektroniczną do członków Komitetu Sterującego oraz ich zastępców – pozostaje bez zmian termin *„nie krótszy niż 5 dni roboczych”* od daty wysłania projektu uchwały. Pani Sylwia Wójcik zaproponowała, aby było to 6 dni roboczych, tak jak w przypadku pozostałych materiałów. Pani Roksana Żelezik odpowiedziała, że przepisy te nie korespondują ze sobą, ale jest to kwestia wspólnego uznania. Uczestnicy posiedzenia podjęli decyzję, aby pozostał termin 5 dni roboczych;
- § 6 ust. 4 dotyczący ponownego, po odpowiedniej weryfikacji wynikającej ze zgłoszonych zastrzeżeń lub uwag, przesłania do akceptacji projektu uchwały podejmowanej w trybie obiegowym – zostało zaakceptowane skrócenie terminu z terminu nie przekraczającego 3 dni roboczych do nie przekraczającego 2 dni roboczych;
- § 7 ust. 5 dotyczący terminu wyznaczonego przez Przewodniczącego KS na przygotowanie projektu Planu działań. Ta kwestia była poruszona wcześniej na posiedzeniu i uzgodniono, że proponowany termin 20 dni roboczych zostaje skrócony do 10 dni roboczych;
- § 7 ust. 8 dotyczący terminu, w którym wydawane są opinie MZ i innych właściwych instytucji do przekazanych Planów działań – zmieniono zapis: *„w terminie 10 dni roboczych”* na: *„w terminie do 5 dni roboczych”*;
- § 7 ust. 11 dotyczący terminu na odniesienie się IZ/IP do otrzymanej opinii i ewentualnych uwag i przekazania ponownie Planu działań do Sekretariatu Komitetu Sterującego. Ta kwestia była

poruszona wcześniej na posiedzeniu i wówczas zmieniono proponowany termin „3 dni roboczych” na „do 5 dni roboczych”;

- § 7 ust. 12 dotyczący terminu na przekazanie do Sekretariatu Komitetu Sterującego ostatecznie uzgodnionej wersji Planu działań – uzgodniono skrócenie proponowanego terminu z 10 dni do 6 dni roboczych. Ponadto wcześniej na posiedzeniu, na wniosek Pani Dyrektor Kister, na końcu ustępu dodano zapis o treści: „*W takim przypadku § 3 ust. 9 stosuje się odpowiednio*”;
- § 7 ust. 18 w zakresie dotyczącym terminu w jakim IZ/IP może poinformować Sekretariat KS o braku zgody na samodzielne dokonanie przez SKS poprawienia oczywistych pomyłek w Planach działań – przyjęto zaproponowane skrócenie terminu z 5 na 2 dni robocze;
- § 7 ust. 19 – przyjęto zaproponowany w projekcie aktualizacji Regulaminu nowy ustęp, dotyczący możliwości samodzielnego dokonania przez IZ/IP poprawienia oczywistych omyłek w Planie działań na etapie opiniowania przed posiedzeniem Komitetu Sterującego oraz określono termin, w którym SKS może poinformować drogą mailową o braku zgody na wprowadzenie zmiany przez IZ/IP - 2 dni robocze od otrzymania takiej informacji.

Następnie Pani Lucyna Bożek spytała, kto decyduje, że przedsięwzięcia są niezgodnie z *Policy paper* i w związku z tym nie podlegają procedowaniu oraz w jakiej formie to się odbywa.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że jest to elementem opinii Ministra Zdrowia, gdzie pojawia się informacja, czy jest to zgodnie z narządkiem *Policy paper*, czy nie.

Przedstawicielka województwa małopolskiego zadała pytanie dotyczące zapisu § 7 ust. 11 projektu Regulaminu, mówiącego o odniesieniu się IZ/IP do opinii i uwag przesłanych przez SKS oraz przekazaniu do SKS poprawionego Planu działań - a mianowicie co dzieje się, gdy IZ/IP podtrzymuje swoje stanowisko i nie dokonuje zmian w Planie działań, a zgodnie z proponowanym zapisem Regulaminu powinna przekazać poprawiony Plan. Czyli co się dzieje w sytuacji, gdy województwo podtrzymuje swoje stanowisko i nie chce poprawiać Planu oraz powtórnie przedstawia Plan w takiej samej wersji jaka była pierwotnie.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że już w tej chwili występują sytuacje, że uwagi nie są uwzględniane i wówczas jest to poddawane pod głosowanie Komitetu Sterującego, chyba że jest to kwestia tych szczególnych zasad czyli niezgodności z *Policy paper*. Natomiast jeżeli jest to kwestia różnicy merytorycznej, to Plan działań trafia na posiedzenie. Pani Dyrektor podała przykład, że nawet podczas tego posiedzenia procedowany jest Plan działań, który nie uwzględnia jednej z uwag Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i będzie on procedowany oraz poddany głosowaniu. Ponieważ słowo: „poprawiony” nadal budziło zastrzeżenia, Pani Dyrektor Kister zaproponowała zmianę zwrotu: „*przekazuje poprawiony Plan działań*” na sformułowanie: „*przekazuje ponownie Plan działań*”.

W kontekście § 7 ust. 4 projektu Regulaminu zadano również pytanie, kiedy przekazana zostanie Instrukcja wypełniania Planów działań.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że Instrukcja jest już gotowa i zostanie udostępniona.

Następnie Pani Dyrektor Kister poinformowała, że w tym punkcie agendy będą głosowane dwie uchwały: pierwsza - uchylająca poprzednią uchwałę dotyczącą Regulaminu KS, a druga - przyjmująca Regulamin w brzmieniu uzgodnionym na tym posiedzeniu.

Jako pierwsza została głosowana Uchwała Nr 43/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie uchylenia *uchwały nr 30/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie uchylenia uchwały nr 2/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie uchylenia uchwały nr 1/2015 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 lipca 2015 r. w sprawie przyjęcia regulaminu pracy Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia oraz uchwały nr 19/2015 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 28 września 2015 r. w sprawie zmiany uchwały nr 1/2015 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 lipca 2015 r. w sprawie przyjęcia regulaminu pracy Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia i przyjęcia regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia oraz przyjęcia regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.*

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż kolejna uchwała, tj. uchwała przyjmująca nowy regulamin KS wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 2016 r. Jest to świadomy zabieg, wynikający z tego, że kolejne posiedzenie KS (IX) odbędzie się za tydzień (29 lipca br.) i w takiej sytuacji niemożliwe byłoby dotrzymanie terminów określonych w nowym Regulaminie. Dlatego nowy Regulamin zacznie obowiązywać po IX posiedzeniu KS. Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 44/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

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

Pani Dyrektor Kister oddała głos Pani Małgorzacie Iwanickiej-Michałowicz, Naczelnik Wydziału Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ, która przedstawiła aktualizację Planu działań w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020.

Przedmiotowy Plan działań obejmuje:

- 1 fiskę dla projektu pozakonkursowego planowanego do realizacji przez lotnicze pogotowie ratunkowe w zakresie wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy,

- 14 fiszek projektowych dla projektów dotyczących utworzenia nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR); podmioty wytypowane do realizacji projektów zostały wskazane przez właściwych miejscowo wojewodów,
- 1 fiszka projektowa dla projektu dotyczącego rozbudowy i remontu całodobowego lądowiska dla śmigłowców,
- 8 fiszek projektowych dotyczących utworzenia nowych centrów urazowych (CU): 1 projekt dotyczy CU dla dzieci wraz z SOR, 1 CU dla dorosłych i 6 CU dla dzieci.

Do Planu działań została zgłoszona jedna uwaga – przez NFZ, którego zdaniem rozważenia wymaga finansowanie dwóch SOR w nieznacznej odległości od siebie (Kwidzyn – Sztum 26 km). Zdaniem MZ, biorąc pod uwagę liczbę ludności jaka przypada na 1 SOR w województwie pomorskim, uzasadnione jest utworzenie SOR w Sztumie, ponieważ realizacja tej inwestycji pozwoli zbliżyć się do optymalnej liczby ludności jaka jest przewidywana na 1 SOR, tj. 150 tys. Stanowisko MZ do uwagi NFZ było konsultowane z wojewodą pomorskim.

W przypadku fiszki projektowej dotyczącej rozbudowy i doposażenia SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie, Pani Małgorzata Iwanicka-Michałowicz poprosiła przedstawiciela województwa zachodniopomorskiego o odniesienie się do informacji dotyczących rozbieżności w kwocie całkowitej tego projektu.

Pani Anna Mieczkowska, Członek Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego, poprosiła, aby podczas tego posiedzenia w przedstawionej fiszce dokonać korekty kwoty. Poinformowała, że kwota ponad 56 mln zł jest to koszt całego wybudowanego budynku, w którym m.in. mieści się SOR wraz z lądowiskiem, natomiast koszt SOR i lądowiska wynosi 9 mln 248 tys. zł. W fiszce projektowej została wpisana kwota całego budynku, a powinna być wpisana kwota budowy wyłącznie SOR wraz z lądowiskiem. Z informacji jakie posiada Pani Marszałek wynika, iż do MZ w dniu wczorajszym (tj. 21 lipca) wpłynęła poprawiona wersja. Podkreśliła, że województwu zachodniopomorskiemu bardzo zależy na tym, aby ten projekt znalazł się w Planie.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że w dniu wczorajszym do MZ wpłynęły dokumenty z woj. zachodniopomorskiego, ale bez przedmiotowej fiszki oraz spytała, czy woj. zachodniopomorskie wyraża chęć na procedowanie jej na kolejnym posiedzeniu KS za tydzień, tj. 29 lipca br.

Pani Anna Mieczkowska dodała, że jeżeli w dniu dzisiejszym nie jest możliwe procedowanie fiszki ze względu na nieprzekazanie prawidłowej wersji dokumentu, to prosi o przeniesienie dyskusji na kolejne posiedzenie. Zobowiązała się do złożenia korekty fiszki oraz stosownego wyjaśnienia, a także dostarczenia korespondencji prowadzonej z MZ dotyczącej tej inwestycji, z której wynika, że pracownicy MZ sugerowali, aby w fiszce podać kwotę obejmującą całość inwestycji.

W związku z powyższym Pani Dyrektor Kister spytała uczestników posiedzenia, czy wyrażają zgodę na włączenie ww. fiszki do porządku obrad na kolejnym posiedzeniu KS, tj. 29 lipca, na co wyrażono zgodę.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 45/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020*.

Z Planu działań, który został przekazany uczestnikom posiedzenia, wyłączono projekt pozakonkursowy o numerze POLiŚ.9.P.14 posiadający tytuł „Rozbudowa i doposażenie SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie celem utworzenia szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci wraz z budową wyniesionego na dach ładowiska dla śmigłowców sanitarnych”.

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, iż Plan działań zawiera konkurs w ramach PI 9a – wsparcie onkologii w zakresie leczenia szpitalnego.

Uwagi zgłoszone przez MZ zostały uwzględnione lub wyjaśnione, poza tym więcej uwag nie było.

Ponieważ nikt z uczestników posiedzenia nie zabrał głosu w zakresie niniejszego Planu, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 46/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego*.

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan działań obejmuje konkurs w ramach PI 8vi - Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania i zapobiegania cukrzycy oraz jej powikłaniom wśród osób w wieku aktywności zawodowej zamieszkujących teren województwa lubuskiego.

Uwagi MZ zostały uwzględnione, natomiast uwagi AOTMiT będą wprowadzone w ostatecznej wersji RPZ przekazanej do Agencji.

Wobec braku uwag do Planu, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 47/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego*.

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

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

Pani Dyrektor Kister przedstawiła Plan działań zawierający konkurs w zakresie PI 9iv - Szkolenia z zakresu opieki i rehabilitacji osób sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi, zależnymi (rodziny,

opiekunowie prawni) oraz tworzenie i/lub funkcjonowanie wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego w połączeniu z nauką ich obsługi i doradztwem w zakresie jego wykorzystania w celu tworzenia warunków do opieki domowej.

Uwagi MZ zostały uwzględnione lub wyjaśnione. Następnie Pani Dyrektor poprosiła przedstawiciela województwa podkarpackiego o przedstawienie autokorekty do przedstawionego Planu.

Pan Bartosz Kostecki, przedstawiciel województwa podkarpackiego, wyjaśnił, że autokorekta dotyczy kryterium dostępu. UM zaproponował, iż do konkursu będą dopuszczeni beneficjenci z co najmniej rocznym doświadczeniem, natomiast MZ zgłosiło uwagę, aby poprawić to kryterium na doświadczenie 3-letnie. Urząd Marszałkowski chce wrócić do swojej wcześniejszej propozycji, tj. rocznego doświadczenia, gdyż jest to zgodne również z Uchwałą KS, w której w rekomendacjach jest zapis, że 3-letnie doświadczenie rekomenduje się raczej do kryteriów fakultatywnych.

Pan Rafał Wójcik z Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ poprosił o potwierdzenie, że powyższa zmiana dotyczy kryterium dostępu oraz poprosił o odniesienie się do kwestii alokacji.

Pan Bartosz Kostecki wyjaśnił, że z przyczyn technicznych powstał błąd. Urząd Marszałkowski podał kwotę alokacji zgodnie ze swoimi zasadami, tak jak podają w regulaminach konkursów, tj. nie został uwzględniony 5-procentowy wkład własny wymagany od beneficjentów. Poprawiona kwota alokacji będzie wynosić 10 526 315,79 zł (zamiast 10 mln zł).

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 48/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego*.

Uchwała została przyjęta większością głosów.

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan obejmuje 2 działania w zakresie PI 8vi - RPZ dotyczący prewencji cukrzycy typu 2 (z czego jeden realizowany będzie na terenie ZIT, a drugi na obszarze całego województwa poza obszarem działalności mechanizmu ZIT).

Uwaga zgłoszona przez MZ została uwzględniona, natomiast uwagi AOTMiT wprowadzone zostaną w ostatecznej wersji RPZ przekazanej do Agencji.

Następnie Pan Jarosław Hawrysz spytał, czy w ramach RPZ zostanie uwzględniona kwestia związana z tym, aby docierać do grup docelowych, które są w sytuacji ryzykownej jeśli chodzi o wypadnięcie z rynku pracy lub potencjalnie możliwy jest ich powrót na rynek pracy. To jest wymóg, który KE wprowadziła horyzontalnie w programach profilaktycznych w ramach PI 8vi i występuje we wszystkich programach operacyjnych. Przedstawiciel KE podkreślił, iż ma wrażenie, że o tym wymogu zaczyna się zapominać, podchodząc do sprawy w ten sposób, że grupa docelowa, która została przyjęta w *Wytucznych* jest grupą w wieku aktywności zawodowej lub też zachodzą pewne specyficzne okoliczności lub ograniczenia



medyczne, które są wskazane albo zostaną wskazane przez AOTMiT. Zaproponował rozmowę na ten temat na forum KS, ponieważ KE nie chce dopuścić do sytuacji, w której kontrolerzy/ audytorzy zarzucają, że wymóg, który jest wpisany w programy operacyjne nie jest we właściwy sposób odzwierciedlony w projektach. Dodał, że jeżeli nie zostanie to zabezpieczone na etapie wymogów w kryteriach wyboru, to można będzie się spotkać z zarzutem odejścia od jego respektowania. Pan Jarosław Hawrysz przypomniał, że działania realizowane w ramach PI 8vi muszą być powiązane z rynkiem pracy.

Przedstawicielka województwa pomorskiego powiedziała, iż ten wymóg nie ginie na etapie formułowania założeń RPZ. Docelowo cały program był tworzony pod kątem powrotów do pracy. Mimo, iż w reprezentowanym przez nią województwie nie jest to główny problem, jeśli chodzi o skalę bezrobocia, to jednak wymóg ten został uwzględniony i o tym aspekcie województwo pomorskie pamięta.

Pan Jarosław Hawrysz odpowiedział, że na poziomie Komisji Europejskiej powyższe podejście nie jest widoczne, ponieważ KE nie ma wglądu do RPZ. Podkreślił, że ta kwestia ma znaczenie i należy o tym pamiętać. Dodał, że jeżeli zapis w RPZ jest wystarczający to dobrze, a jeśli nie, to powinno być dodane odpowiednie kryterium wyboru tak, aby odzwierciedlić wymogi, które są zapisane w programie operacyjnym.

Pani Sylwia Wójcik, odnosząc się do wypowiedzi przedstawiciela KE, powiedziała, że rzeczywiście w PI 8vi woj. wielkopolskie skupia się na osobach związanych z rynkiem pracy, ale niekoniecznie zawsze bezpośrednio - tak jak to jest w przypadku narzędzia, które dotyczy ergonomii pracy, gdzie brane są pod uwagę konkretne przedsiębiorstwa i konkretne branże. Natomiast w przypadku programów profilaktycznych ogólnych zdarza się, że grupa docelowa zostaje określona jako osoby w wieku aktywności zawodowej, które są zagrożone wykluczeniem z rynku pracy, ale przesłanki zagrożenia to są właśnie potencjalne choroby, które można wykryć. Poprzez wykrywanie we wczesnym stadium nowotworu lub zapobieganie np. przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, województwo wielkopolskie chce zapobiegać odpływowi osób z rynku pracy. W takim przypadku sposób docierania do potencjalnych grup beneficjentów ostatecznych może być różny.

Wobec braku innych wypowiedzi w tej kwestii, Pani Dyrektor Kister zadeklarowała, że MZ weryfikując programy będzie zwracać uwagę na problem poruszony przez Pana Jarosława Hawrysza.

Przedstawiciel Komisji Europejskiej dodał, że KE chodzi o to, aby w specyficznych sytuacjach, kiedy jest możliwość określenia czynników związanych ze środowiskiem pracy, które potęgują występowanie danej choroby, czynniki te uwzględniać już na etapie opracowywania wymogów dla projektów, tak aby projektodawcy brali je pod uwagę. Nie zawsze wyłącznie czynniki medyczne będą stanowić przesłankę do tego, aby daną osobę skierować do programu profilaktycznego. To może wynikać na etapie opracowywania RPZ, gdzie widać że albo są to czynniki wyłącznie medyczne, albo są to czynniki szersze, które mogą występować w środowisku pracy. Na przykład występowanie zapyłonego środowiska powinno być takim czynnikiem, który należy brać pod uwagę na etapie opracowywania RPZ. Powinno być to uwzględnione jako czynnik determinujący występowanie zwiększonego ryzyka w środowisku pracy i w takiej sytuacji projektodawca, przygotowując projekt, powinien się skupić na poszukiwaniu uczestników programu profilaktycznego właśnie w takich środowiskach. Taki jest cel uwagi KE i cel zapisów, które są

w programach operacyjnych.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 49/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego*.

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

### **Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020**

Pani Dyrektor Kister przedstawiła Plan działań, który dotyczy PI 8vi - Realizacja programów profilaktycznych opracowanych na szczeblu krajowym pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia w zakresie raka szyjki macicy, w tym działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne.

Uwagi MZ zostały uwzględnione lub wyjaśnione, natomiast uwaga NFZ dot. możliwości realizacji programu przez położne i pielęgniarki środowiskowe nie została uwzględniona. Dodatkowo IZ RPO zgłosiła autokorektę do Planu.

Przedstawicielka UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego wyjaśniła, że autopoprawka polega na tym, że w części „Wykaz działań, które będą uwzględniane w kolejnych Planach działań” w dwóch miejscach zostały wprowadzone poprawki. Pierwsza - przy Narzędziu 2 w ramach PI 9iv wprowadzono zapis: *„Wdrożenie profilaktyki raka szyjki macicy (w zakresie szczepienia dziewcząt w wieku 11-14 lat celem uzupełnienia interwencji krajowej) – ZIT Olsztyn.”* Wcześniej zabrakło tego wpisu w tej pozycji. Druga – w Narzędziu 2 w kolumnie dot. środków finansowych nastąpił błąd pisarski - powinno być: „1 152 873 zł”, a jest: „11 528 723 zł”.

Przedstawicielka województwa warmińsko-mazurskiego ustosunkowała się również do uwagi NFZ dot. propozycji zmiany kryterium. Poinformowała, iż w toku uzgodnień z NFZ ustalono, że na terenie województwa 122 podmioty mają podpisany kontrakt z NFZ w zakresie prowadzenia badań cytologicznych. W swoich działaniach IZ RPO założyła tworzenie par pomiędzy podmiotami instytucji ochrony zdrowia oraz podmiotów niepublicznych i dlatego nie widzi zasadności, aby ograniczać realizację tego działania wyłącznie do położnych i pielęgniarek. Co więcej, z informacji NFZ wynika, że tylko 4 pielęgniarki mają podpisane kontrakty dotyczące badań cytologicznych. To mogłoby spowodować, że nie byłoby komu realizować tego zadania. Dlatego województwo warmińsko-mazurskie zaproponowało przyjęcie ich propozycji i realizację zadania zgodnie również z zapisami *Wytucznych*, które mówią, że edukacją prozdrowotną mogą zajmować się wyłącznie osoby z wykształceniem lekarskim, pielęgniarskim lub absolwenci kierunku „zdrowie publiczne”.

Pan Dyrektor Górski poprosił o dodatkowe wyjaśnienie odnośnie autokorekty dot. szczepień, czy dobrze zrozumiał, że to była informacja, iż woj. warmińsko-mazurskie planuje w przyszłości złożyć jeszcze jedną propozycję. Dodał, iż konkurs, który jest ogłaszany obecnie nie przewiduje możliwości realizacji zadania, o którym powiedziała przedstawicielka województwa. Pan Krzysztof Górski przypomniał, że działania, które

będą służyły poprawie zgłaszalności do programów profilaktycznych mogą być realizowane w formule innej niż RPZ pod warunkiem, że będzie to realizowane zgodnie z *Wytycznymi*. Jeśli planowane jest odstępstwo od zasad, to wtedy region jest zobowiązany do przygotowania RPZ i wówczas taki program podlega ocenie również przez AOTMiT.

Przedstawicielka województwa warmińsko-mazurskiego odpowiedziała, że jeśli chodzi o szczepienia dziewcząt przeciw HPV, to obecnie jest przygotowywany program regionalny, który dopiero zostanie przedstawiony do uzgodnień. Podkreśliła, że jest to inny program, nie ten, który jest dzisiaj procedowany.

Wobec braku dalszych uwag przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 50/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego*.

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan działań obejmuje konkurs w ramach PI 8vi - Zmiany przeciążeniowe narządu ruchu pracowników zakładów przemysłowych Wielkopolski - patobiomechanizm, profilaktyka, ergonomia stanowiska pracy.

Uwagi MZ zostały uwzględnione, natomiast w przypadku uwag AOTMiT zostaną one wprowadzone do ostatecznej wersji RPZ przekazanej do Agencji. Została także poprawiona omyłka pisarska w numerze konkursu (prawidłowy nr to RPO WWL.6.K.4, a nie RPO WWL.6.K.5).

Pani Dyrektor dodała, że fiszka projektu pozakonkursowego w ramach PI 9a - Budowa Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka (szpitala pediatrycznego) wraz z jego wyposażeniem nie będzie procedowana do czasu kiedy będzie przekazana opinia o celowości inwestycji (OCI).

Pan Maciej Sytek, przedstawiciel województwa wielkopolskiego, powiedział, że na każdym posiedzeniu KS pojawia się budowa Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka i zostaje ona przesunięta na czas późniejszy. Wyjaśnił, że nie wynika to z braku świadomości, że OCI jest absolutnie konieczna, lecz z pełną świadomością województwo wielkopolskie stara się pokazać, że jest to dla nich niezwykle istotny projekt. Podziękował MZ za pozytywną interpretację ich pisma dot. map potrzeb zdrowotnych. Zwrócił także uwagę, że nie ma jeszcze systemu IOWISZ i to też w jakiś sposób blokuje działania. W związku z tym zadał pytanie, kiedy wojewodowie uzyskają dostęp do systemu IOWISZ, aby mogli wydawać OCI i aby urzędy marszałkowskie mogły rozpoczynać realizację planowanych przedsięwzięć.

Pani Dyrektor Kister powiedziała, że podstawa prawna do wydawania OCI już obowiązuje, więc wojewodowie nie czekając na IOWISZ mogą takie opinie wydawać. Natomiast nowelizacja jest już na zaawansowanym etapie. Pani Dyrektor poprosiła Pana Jakuba Adamskiego, Zastępcę Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ, o przedstawienie szczegółów dot. tej kwestii.

Pan Dyrektor Adamski poinformował, że ustawa została w dniu wczorajszym (tj. 21 lipca) uchwalona przez Sejm, musi być jeszcze zatwierdzona przez Senat i podpisana przez Prezydenta. Natomiast jeśli chodzi o rozporządzenie dot. systemu IOWISZ, to prawdopodobnie w połowie kolejnego tygodnia zostanie ono przekazane do konsultacji społecznych, na które Kolegium MZ przewidziało 2 tygodnie. Pan Dyrektor zachęcał do zapoznania się z rozporządzeniem oraz zadawania pytań i wskazania swoich wątpliwości co do samego instrumentu w ramach ww. konsultacji.

Następnie Pani Dyrektor Kister zaproponowała przejście do głosowania Uchwały Nr 51/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego*, informując jednocześnie, że poprawiono błąd redakcyjny w treści uchwały – słowo: „konkurs” poprawiono na: „projekt pozakonkursowy”.

Uchwała została przyjęta większością głosów.

### **Sprawy różne**

Pani Dyrektor Kister przypominała, że za tydzień odbędzie się kolejne (IX) posiedzenie KS. W dniu wczorajszym (21.07) członkowie KS otrzymali materiały będące przedmiotem obrad. Wyraziła nadzieję, że uda się wypracować nową rozbudowaną wersję rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a. Ponadto zaapelowała i poprosiła o przekazywanie Ministerstwu Zdrowia kolejnych Planów działań do zatwierdzenia. Poinformowała także, że MZ pracuje intensywnie z KE nad doprecyzowaniem agendy warsztatów w zakresie deinstytucjonalizacji, które odbędą się albo pod koniec września, albo na początku października. Idea jest taka, aby w ww. warsztatach udział wzięły 4 osoby z każdego województwa, przy czym MZ sugeruje, aby były to 2 osoby zajmujące się funduszami europejskimi i 2 osoby z działu zdrowie, po jednej osobie na poziomie decyzyjnym i jednej na poziomie eksperckim. Bardziej szczegółowe informacje zostaną przekazane jak tylko uzgodnione zostaną szczegóły warsztatów.

Pan Jan Szymański, Dyrektor Departamentu Programów Regionalnych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, spytał czy są jakieś informacje dotyczące PI 4c w zakresie termomodernizacji szpitali.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że MZ jest w trakcie uzgadniania z MR, na ile KS posiada kompetencje w zakresie zajmowania się tym priorytetem. MZ skierowało w tej sprawie zapytanie do departamentu w MR, który koordynuje całość polityki dotyczącej środków unijnych i w zależności od uzyskanego stanowiska ta kwestia być może będzie procedowana na forum KS. Zdaniem Pani Dyrektor weryfikowanie tego typu projektu pod względem zgodności z mapami potrzeb zdrowotnych może być dużym wyzwaniem, bo mapy nie do końca będą zawierały informacje, które mogłyby pomóc w tym procesie.

Następnie głos zabrała Pani Ewa Niedziałek, reprezentująca Departament Regionalnych Programów Operacyjnych MR, która potwierdziła, że Ministerstwo Rozwoju zastanawia się na ile znajduje się w kompetencji Komitetu Sterującego, aby przyjąć takie rozwiązanie na forum KS. Przedstawicielka MR

poinformowała, że w dniu 6 lipca br. odbyło się spotkanie z przedstawicielami MZ, na którym starano się rozwiązać problem, jak weryfikować projekty w ramach PI 4c pod kątem zgodności z mapami potrzeb zdrowotnych, zwłaszcza że taki zapis znajduje się bezpośrednio w treści regionalnych programów operacyjnych. W niektórych przypadkach odnosi się on tylko do szpitali, w niektórych odnosi się do wszystkich projektów z zakresu ochrony zdrowia. Pani Ewa Niedziałek przedstawiła rozwiązanie jakie udało się wypracować na poziomie roboczym, a mianowicie włączenie do kryteriów wyboru projektów dwóch kryteriów dostępu. W przypadku szpitali, sam wnioskodawca oceniałby, czy ten szpital jest zgodny z mapą potrzeb zdrowotnych. Natomiast w odniesieniu do AOS i POZ nie ma podstaw, aby oceniać to w kontekście map potrzeb, ponieważ często są to budynki użyteczności publicznej, w których obecnie mieści się POZ, a za jakiś czas może tam być np. biblioteka. MR zaproponowało, aby oceniać, czy ten podmiot jest potrzebny z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu. Dokładny zapis tych dwóch kryteriów był wysłany do MZ i na razie MR nie otrzymało odpowiedzi.

Pani Dyrektor Kister powiedziała, że MZ odpowiedziało na pismo MR w formie maila. Dodała, że jeżeli w programie operacyjnym znajduje się bezpośrednio zapis mówiący o weryfikacji inwestycji pod kątem map to nie ma sensu, aby KS powielał takie stwierdzenia. Jeżeli sam program tego wymaga, to chyba KS nie musi tego powtarzać, tak jak nie powtarza innych zapisów programu.

Pan Jan Szymański stwierdził, że skoro MZ jest autorem i właścicielem map, więc jeżeli taki zapis obecnie w programie jest, to rozmawianie na ten temat jest zasadne. Skierował pytanie do MR, czy jest plan wykreślenia tych zapisów z programów regionalnych, aby nie komplikować postępowania. Przedstawiciel województwa pomorskiego spytał, czy ocena wojewody o celowości inwestycji dotyczy „jakiegokolwiek” inwestycji.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że to co mówi ustawa jest związane *stricte* z udzielaniem świadczeń, a nie z każdą inwestycją. Dodała, że mapy mają taki zakres jaki był od początku zakładany i jaki wynika z przepisów. Regiony wynegocjowały pewne indywidualne zapisy w programach operacyjnych, ale z MZ nikt tego nie uzgadniał, dlatego wydaje się, że może być dużym wyzwaniem weryfikowanie tego typu kwestii w oparciu o mapę.

Następnie ponownie głos zabrała Pani Ewa Niedziałek, która powiedziała, że podczas ww. spotkania roboczego stwierdzono, że stosowanie oceny wojewody o celowości inwestycji w przypadku termomodernizacji nie byłoby zasadne. MR chce, aby w PI IVc do czasu zmian w RPO zastosować „protezę”, w celu wypełnienia zapisów RPO, zgodnie z którą wnioskodawca sam będzie siebie oceniał w kontekście map potrzeb zdrowotnych (dotyczy szpitali). Natomiast wkrótce będą renegocjowane RPO i celem MR jest horyzontalne wyłączenie stosowania map potrzeb zdrowotnych w przypadku PI 4c - poza szpitalami. Jeżeli bowiem chodzi o inwestycje w modernizację energetyczną szpitali, to należy jednak zweryfikować, czy szpital będzie potrzebny za kilka lat i czy ta inwestycja nie pójdzie na marne.

Pani Dyrektor Kister powiedziała, że wydaje się, iż nie ma potrzeby interwencji ze strony Komitetu, gdyż IZ RPO same mogą proponować kryteria lub jakieś rozwiązania tymczasowe.

Następnie głos zabrał Pan Roman Kolek, który stwierdził, że powyższy problem nie dotyczy wyłącznie

termomodernizacji - jest to szerszy temat. Zwrócił uwagę na brak map w wielu zakresach, m.in. rehabilitacji i psychiatrii. Regiony, nie mając tej interpretacji, o której powiedziała Pani Ewa Niedziałek, mają dwie możliwości, albo dzielić alokacje absurdalnie i bez sensu, albo wstrzymywać się z naborami, co też nie jest dobre. Zwrócił uwagę, że problemem jest to, że mapy stanowią kryterium w tych obszarach, gdzie map nie ma i jeszcze długo nie będzie. W ten sposób część sektora ochrony zdrowia jest wyłączona z możliwości aplikowania o środki, a dotyczy to bardzo potrzebnych i ważnych działań, np. termomodernizacji i e-usług. Pan Marszałek Kolek powiedział, że interpretacja przedstawiona przez reprezentantkę MR bardzo mu się podoba, ponieważ jest tożsama z inicjatywą przedstawicieli woj. opolskiego, zgodnie z którą w sytuacji, gdy nie ma zatwierdzonych map potrzeb zdrowotnych dla danego obszaru, opierać się na oświadczeniu wnioskodawcy.

Pani Ewa Niedziałek powiedziała, że jeśli okaże się, że KS nie może przyjąć uchwały w tym zakresie, to MR wyda taką interpretację. A okaże się to w najbliższych dniach, dlatego można spodziewać się, że do końca lipca MR opracuje stanowisko. MR chce zaproponować, aby do czasu zmiany Umowy Partnerstwa i programów operacyjnych, obowiązywała interpretacja, zgodnie z którą jeśli w budynku znajduje się szpital, to wnioskodawca sam dokonuje samodzielnej weryfikacji zgodności inwestycji z mapami, natomiast jeśli w budynku mieści się AOS lub POZ, wnioskodawca weryfikuje, czy dana inwestycja jest potrzebna z punktu widzenia potrzeb regionu. Natomiast w przypadku innych obiektów, czyli np. centrów rehabilitacji lub stacji krwiodawstwa MR nie widzi zasadności weryfikacji z mapami. W przypadku takich projektów nie będzie stosowane żadne dodatkowe kryterium. Takie jest proponowane przez MR rozwiązanie, na roboczo uzgodnione z MZ.

Pan Jarosław Hawrysz wytłumaczył, że omawiany zapis znalazł się w programach operacyjnych, ponieważ zakresy realizowanych inwestycji w poprzednich latach obejmowały nie tylko termomodernizację, ale także szereg innych elementów, które wykraczały poza podstawowe rozumienie terminu termomodernizacji. To był problem, który został zidentyfikowany w poprzednim okresie programowania i w związku z tym ten zapis się znalazł. Jest on skupiony na szpitalach i na dużych inwestycjach infrastrukturalnych. Chodziło o to, aby nie doprowadzić do sytuacji, w której jednostka, która z punktu widzenia mapy potrzeb zdrowotnych powinna skonsolidować swoje funkcjonowanie, zredukować liczbę łóżek, jednocześnie podlegała inwestycjom termomodernizacyjnym, gdyż w tym momencie przeprowadzanie jakiegokolwiek konsolidacji czy restrukturyzacji może być postawione w wątpliwość. Analogicznie zachodzi problem z deinstytucjonalizacją. W termomodernizacji nie ma wymogu deinstytucjonalizacji, więc termomodernizacji podlegają bardzo duże jednostki typu domy pomocy społecznej, które są bardzo mocno zinstytucjonalizowane, co oznacza w praktyce, że tego typu remont utrwała funkcjonowanie tej jednostki na kolejne 10-15 lat. Takie będą tego efekty. KE chciałaby, aby w przypadku inwestycji w obszarze zdrowia uniknąć podejścia, zgodnie z którym mając inny PI można na innych zasadach uzasadniać inwestycje w dany podmiot. Mapy potrzeb zdrowotnych dla szpitalnictwa są już opracowane, każda jednostka jeśli raz dobrze przeprowadzi na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych analizę swojej sytuacji w zakresie poszczególnych oddziałów szpitalnych, z których wynika w jakim stopniu na poziomie regionu powinna zostać zredukowana liczba łóżek, a dyrektor szpitala i gremium, które nim zarządza jest w stanie

przeanalizować, czy oddziały w tym szpitalu mogą podlegać restrukturyzacji czy nie, może sobie opracować jeden plan, który będzie uniwersalny i będzie wskazywał na to, w jakim stopniu dana jednostka spełnia wymogi zgodności z mapami potrzeb zdrowotnych. W takiej sytuacji nie będzie problemu z aplikowaniem o środki na termomodernizację, rozwój e-zdrowia etc., bo jednorazowy plan na poziomie jednostki będzie spełniał ten wymóg. Wydaje się, że oświadczenie, o którym była tu mowa, będzie elementem zbyt słabym. Może to spowodować ryzyko takie, że jednostka nie przeprowadzając analizy *ex ante* przed rozpoczęciem inwestycji, może się znaleźć w kłopotach za jakiś czas. Nie wspominając o ryzyku po stronie IZ.

Przedstawiciel KE podsumował swoje wystąpienie stwierdzeniem, że doszliśmy do takiego etapu, w którym wszystkie narzędzia są dostępne i teraz jest kwestia tego, aby jednostki, które chcą realizować inwestycje, wykonały analizę na swoim poziomie. KE zdaje sobie sprawę, że jest to proces wymagający i trudny, ale takie było założenie strategiczne od momentu, kiedy rozpoczęliśmy dyskusję nad interwencją w obszarze zdrowia. KE jest otwarta na prace i propozycje, które zostały tutaj przedstawione, wydaje się, że idą one w dobrym kierunku. Skupienie się na szpitalach to najistotniejszy element, KE nie ma nic przeciwko kwestii podejścia do innych placówek, o których tutaj Pani Ewa Niedziałek wspominała. Wydaje się, że wymaga to jednak przedyskutowania. Pan Jarosław Hawrysz powiedział, że nie jest upoważniony do zajęcia ostatecznego stanowiska, gdyż nie reprezentuje DG REGIO i w tym zakresie nie może ostatecznie rozstrzygać. Dodał, iż wydaje się, że dyskusja idzie w dobrym kierunku, i o ile sobie dobrze przypomina wszystkie wcześniejsze ustalenia, to zawsze koncentrowano się na dużych jednostkach (szpitalnych przede wszystkim). Uważa, że te jednostki same powinny przeprowadzić analizę swojej sytuacji względem map potrzeb zdrowotnych. Wydaje się, że ten element musi się w systemie pojawić. Analiza na poziomie jednostki i analiza, jaką regiony będą przeprowadzać jako IZ, pozwoli pokazać, czy wnioski z obydwu procesów analizy są spójne. W tym momencie będziemy mieć wynik w postaci inwestycji, która będzie zgodna z mapami potrzeb zdrowotnych.

Pan Jan Szymański spytał, która mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie szpitalnictwa obowiązuje, gdyż na stronie www. jest obecnie inna mapa niż ta, która była zaakceptowana przez KE.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że dokonano technicznych poprawek, ponieważ była niespójność pomiędzy danymi w tekście a tabelą. Błąd ten został poprawiony, natomiast wnioski, które tam były nie zmieniły się. Szczegółowe zestawienie zmian zostało wysłane do MR celem poinformowania KE. Obowiązuje poprawiona mapa, która jest zamieszczona na stronie www.

Posiedzenie KS zostało zamknięte przez Panią Dyrektor Kister, która podziękowała za udział w spotkaniu.

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

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

Uchwała Nr 43/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

*z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie uchylenia uchwały nr 30/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie uchylenia uchwały nr 2/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie uchylenia uchwały nr 1/2015 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 lipca 2015 r. w sprawie przyjęcia regulaminu pracy Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia oraz uchwały nr 19/2015 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 28 września 2015 r. w sprawie zmiany uchwały nr 1/2015 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 20 lipca 2015 r. w sprawie przyjęcia regulaminu pracy Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia i przyjęcia regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia oraz przyjęcia regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.*

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 44/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 45/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 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:

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

Uchwała Nr 46/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego.*

Wyniki głosowania:

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



- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 47/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego*.

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 48/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego*.

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 49/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego*.

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 50/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego*.

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 51/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego*.

Wyniki głosowania:

- 25 głosów – za przyjęciem uchwały,

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

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

Załącznik 1: Lista obecności

Załącznik 2: Porządek obrad