

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
XXV posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) odbyło się 25 marca 2021 r. w formule zdalnej.	
2.	Porządek obrad:
Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia. <p>W XXV posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczył łącznie 97 osób (45 członków i zastępców członków, 4 stałych obserwatorów oraz 48 innych osób), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 35 osób z prawem do głosowania (członkowie lub zastępcy członków). Imienna lista uczestników spotkania stanowi załącznik nr 1 do protokołu.</p> <p>Posiedzenie otworzyła Pani Katarzyna Przybylska, Zastępca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia (MZ) - Przewodnicząca Komitetu Sterującego. W dalszej kolejności Pani Dyrektor Przybylska przypomniała agendę spotkania. Porządek obrad został przyjęty przez członków KS bez zastrzeżeń.</p> <p>Porządek obrad stanowi załącznik nr 2 do protokołu.</p>	
3.	Przebieg posiedzenia:
Zmiana Regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia <p>Pani Małgorzata Majewska przedstawiła proponowane zmiany Regulaminu, polegające na zmianie sposobu procedowania trybu obiegowego oraz poinformowała o dwóch autokorektach redakcyjnych.</p> <p>Wobec braku uwag przystąpiono do głosowania Uchwał 6/2021/XXV i Nr 7/2021/XXV. Uchwały zostały podjęte jednogłośnie.</p> <p>Lista programów/działań/projektów finansowanych w 2021 r. ze środków krajowych oraz środków europejskich (w części 46 – Zdrowie) służąca do analizy komplementarności projektu realizowanego w trybie pozakonkursowym</p> <p>Kolejny punkt dotyczył listy programów/ działań/ projektów finansowanych w roku 2021 ze środków krajowych oraz środków europejskich (w części 46 – Zdrowie), służących w szczególności do analizy</p>	

komplementarności projektów realizowanych w trybie pozakonkursowym. W ramach tego punktu posiedzenia Pani Dyrektor Przybylska przedstawiła prezentację dotyczącą inwestycji finansowanych z dotacji Ministra Zdrowia. Ponadto zaprezentowała założenia Funduszu Medycznego (FM), koncentrując się na subfunduszu infrastruktury strategicznej oraz subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych.

Pani Katarzyna Głowacka-Rochebonne, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej (DG REGIO) poprosiła o informację dot. współfinansowania unijnego przedstawianych inwestycji. Pani Dyrektor Przybylska potwierdziła, że część wymienionych inwestycji jest współfinansowana ze środków POIiŚ oraz zobowiązała się do uzupełnienia prezentacji w tym zakresie. Następnie Pani Marta Leśniak, Zastępca Dyrektora Departamentu Regionalnych Programów Operacyjnych w Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej w toku dyskusji zachęciła do zapoznania się z zestawieniem programów wieloletnich, stanowiącym załącznik do ustawy budżetowej, w którym rozpisane są szczegółowo źródła ich finansowania. Pani Joanna Charytonowicz, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL) poprosiła o wyjaśnienie zakresu wsparcia poszczególnych subfunduszy FM. Dodatkowo poprosiła o wyjaśnienie, co jest rozumiane przez - ujęty w ramach Subfunduszu Modernizacji Podmiotów Leczniczych - rozwój infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych. Pani Dyrektor Przybylska omówiła pozostałe subfundusze FM - subfundusz rozwoju profilaktyki oraz subfundusz terapeutyczno-innowacyjny. Odpowiadając na drugie pytanie, wyjaśniła, że zarówno w ramach FM, jak i KPO planowane jest dofinansowanie uczelni medycznych i szpitali klinicznych. Poinformowała jednocześnie, że biorąc pod uwagę dużą liczbę ww. podmiotów i ich potrzeby, zasadne jest zaplanowane wsparcie z obu źródeł oraz zapewniła o weryfikacji komplementarności. Odnosząc się do trzeciego pytania poinformowała, że w ramach rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych zaplanowane są interwencje skierowane do podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego – geriatry i opieki długoterminowej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. W ramach powyższego zaplanowano przede wszystkim wsparcie polegające m.in. na przekształcaniu oddziałów szpitalnych lub ich części w oddziały geriatryczne lub struktury opieki długoterminowej.

Pani Charytonowicz zwróciła uwagę, że planowane wsparcie oddziałów geriatrycznych i ZOL jest odwrotne do idei deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej. Pani Dyrektor Przybylska przypomniała, że zakres wsparcia FM jest określony ustawowo. Zauważyła, że potrzeby zostały już wcześniej zidentyfikowane oraz podkreśliła, że w Polsce liczba łóżek zarówno w opiece długoterminowej, jak i w opiece geriatrycznej jest znacząco niższa niż średnia unijna, co zaważyło o wsparciu tego obszaru ze środków krajowych. Następnie przedstawicielka KE poprosiła o doprecyzowanie, czy subfundusz rozwoju profilaktyki będzie źródłem finansowania programów profilaktycznych zainicjowanych w ramach EFS 2014-2020. Pani Dyrektor Przybylska potwierdziła, że w ramach FM będą finansowane m. in. niektóre programy pilotażowe opracowane i przetestowane w ramach POWER. Pani Majewska nawiązując do działań profilaktycznych zauważyła, że jednostki samorządu terytorialnego już teraz realizują ze środków własnych działania profilaktyczne, w tym programy zdrowotne - nie tylko w formule regionalnych

programów zdrowotnych (RPZ) czy programów polityki zdrowotnej (PPZ), finansowanych ze środków unijnych. Zatem wspomniany subfundusz będzie tylko jednym z możliwych źródeł wsparcia działań profilaktycznych. Pani Dyrektor Przybylska dodała, że ustawa o Funduszu Medycznym określa, że w ramach subfunduszu rozwoju profilaktyki dofinansowanie może być przeznaczone m.in. na *wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w zakresie realizowanego, na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dofinansowania programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce zdrowotnej, w określanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na dany rok obszarach priorytetowych.*

W dalszej części Pani Agnieszka Bieniuk-Patoła, Zastępca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji MZ przedstawiła założenia Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030. Zgodnie z wcześniejszą prośbą przedstawicielek KE, wersja prezentacji zamieszczona w Bazie Wiedzy zostanie uzupełniona o informacje w zakresie finansowania unijnego.

Następnie Pani Głowacka-Rochebonne poprosiła o wyjaśnienie, czy w obecnej sytuacji epidemiologicznej MZ planując działania w obszarze onkologii posiada jakieś dodatkowe analizy COVID'owe czy też planuje dodatkowe działania. Pani Dyrektor Bieniuk-Patoła podkreśliła, że przy planowaniu inwestycji brane są pod uwagę przede wszystkim mapy potrzeb zdrowotnych. Natomiast w celu zachęcenia jak największej liczby pacjentów do badań, MZ bardzo aktywnie prowadziło kampanię „Planuję długie życie” oraz apelowało m.in. o nierezygnowanie z badań przesiewowych. Inne przykładowe działania do powołane przy oddziałach wojewódzkich NFZ zespoły tzw. sztaby kryzysowe dla onkologii, które identyfikują potrzeby dla onkologii i kwestie problematyczne w realizacji świadczeń onkologicznych w związku z wystąpieniem epidemii. Poza tym został powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do opracowania planu naprawczego dla odbudowy profilaktyki onkologicznej w związku z pandemią SARS-CoV-2 w związku z konsekwencjami, jakie przyniosła pandemia dla tego obszaru medycyny. Podane działania stanowią przykłady, które również wpisują się w cele NSO.

W związku z brakiem uwag do dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 8/2021/XXV. Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Następnie przystąpiono do procedowania Planów działań w ramach poszczególnych Programów Operacyjnych.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2021 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020

Pani Majewska omówiła Plan działań na rok 2021 dla województwa lubuskiego, zawierający w ramach PI 8vi konkurs nr RPO WLB.6.K.12 - Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 9/2021/XXV. Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2021 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego

Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

W dalszej kolejności Pani Majewska omówiła Plan działań na rok 2021 dla województwa mazowieckiego, zawierający w ramach PI 9a projekt pozakonkursowy nr RPO WMZ.6.P.2 - „Utworzenie centrum operacji naczyniowych i onkologicznych mózgu ze wsparciem technik obrazowania w czasie rzeczywistym silnego pola magnetycznego z zastosowaniem wysoko zaawansowanych technologii neurochirurgicznych poprzez rozbudowę istniejącego już ośrodka (Interwencyjne Centrum Neuroterapii - INC) finansowanego z programu RPO WM 2007-2013 Priorytet VII”. Następnie Pani Majewska poinformowała o trzech autokorektach Planu działań zgłoszonych przez IZ w zakresie brzmienia kryteriów (korekty o charakterze technicznym, niewpływającym na treść kryteriów).

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 10/2021/XXV. Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2021 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020

Następnie Pani Majewska omówiła Plan działań na rok 2021 dla województwa opolskiego, zawierający w ramach PI 9iv konkurs nr RPO WO 8.K.15 - Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych - wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi.

Głos zabrała Pani Małgorzata Michalska, Naczelnik Wydziału Zdrowotnej Polityki Senioralnej w Departamencie Zdrowia Publicznego (DZP) MZ, która przypomniała, że DZP zgłaszał uwagę porządkującą do opisu konkursu (pkt 16), który nie odnosi się do wszystkich typów wymienionych projektów. W opinii Pani Michalskiej kwestia nie została do końca wyjaśniona. Pan Jacek Partyka, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego doprecyzował, że w ramach konkursu wspierane będą dwa typy działań - rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad osobami starszymi oraz rozwój działań wpływających na poprawę stanu zdrowia osób starszych. Wyjaśnił, iż w ramach pkt 9 dot. typów projektów (operacji) przewidzianych do realizacji w ramach konkursu te kwestie zostały dokładnie opisane. Zatem w pkt 9 wskazano - poprzez dodanie przypisu - działania, które stanowią jedynie element kompleksowego projektu.

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 11/2021/XXV. Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2021 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

Następnie Pani Majewska omówiła Plan działań na rok 2021 dla województwa podkarpackiego, zawierający w ramach PI 9a projekt pozakonkursowy nr RPO WPK.6.P.6 - „Profilaktyka, diagnostyka i kompleksowe leczenie chorób układu oddechowego z chirurgicznym i chemicznym leczeniem nowotworów klatki piersiowej na oddziałach klinicznych oraz rehabilitacją - etap I, II i III”. Wyjaśniła, że projekt stanowi rozszerzenie etapu I projektu przyjętego przez Komitet Sterujący uchwałą nr 51/2018 z dnia 25 września 2018 r.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 12/2021/XXV. Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2021 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

Następnie Pani Majewska omówiła Plan działań na rok 2021 dla województwa warmińsko-mazurskiego, zawierający w ramach PI 9iv konkurs nr RPO WiM.11.K.6 - Wdrożenie profilaktyki raka szyjki macicy (w zakresie szczepienia dziewcząt w wieku ok. 11/14 lat celem uzupełnienia interwencji krajowej).

Głos zabrała Pani Małgorzata Michalska, która zwróciła poddała pod wątpliwość aktualność opisu wskazań do szczepienia preparatem Cervarix oraz poprosiła o informację na temat roczników, które były do tej pory szczepione oraz liczby osób planowanych do zaszczepienia w kolejnych latach. Pani Dorota Solnicka, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego (ROPS) zadeklarowała przekazanie uwagi do właściwej merytorycznie komórki IZ. Wyjaśniła, że konkurs nie jest kontynuacją, a kolejną próbą zakontraktowania środków na ten obszar oraz poinformowała, że planowane jest zaszczepienie 633 dziewczynek pomiędzy 11 a 14 rokiem życia z grupy zagrożonej wykluczeniem społecznym. Pan Wojciech Wysoczański, Zastępca Dyrektora Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Zespole Zamiejscowym ds. analitycznych we Wrocławiu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zauważył, iż trzeba zwrócić uwagę, jaką część grupy kwalifikującej się do szczepienia stanowi powyższa liczba, przy czym kluczowe jest zapewnienie równego dostępu wszystkim osobom spełniającym kryteria. Pani Solnicka zwróciła uwagę na niską alokację na omawiane działanie. Zauważyła również, że zostało nałożone pewne ograniczenie/wskazanie przy programowaniu w zakresie wsparcia grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Ponadto, z RPZ wynika określona liczba dziewcząt, które powinny zostać zaszczepione, co jest również ograniczone budżetem. Dodatkowo Pani Solnicka przekazała informację, że wspomniana liczba dziewczynek stanowi 13,28% populacji.

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 13/2021/XXV. Uchwała została podjęta większością głosów.

Informacja o zakontraktowanych świadczeniach zdrowotnych przez NFZ na rok 2021 służąca zapewnieniu skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE

Pani Katarzyna Wiktorzak, przedstawicielka Departamentu Analiz i Innowacji w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, wyjaśniła, iż metodologia przygotowania załącznika do przedmiotowej uchwały była analogiczna do metodologii stosowanej w ubiegłych latach oraz przedstawiła instrukcję korzystania z niego.

Pani Joanna Charytonowicz poruszyła kwestię wpisania DDOM'ów do koszyka świadczeń gwarantowanych, która ma bezpośredni związek z projektami realizowanymi w tym obszarze ze środków EFS. Podkreśliła, że możliwość kontynuacji tego typu działań w kolejnej perspektywie jest uzależniona od tego, czy środki krajowe będą w przyszłości finansować adekwatne świadczenia. Pani Dyrektor Przybylska wyjaśniła, że właściwy w zakresie tego tematu jest Departament Lecznictwa MZ, a z informacji

sprzed kilku tygodni wynika, że prace trwają, natomiast przyczyną ich opóźnień jest aktualna sytuacja epidemiologiczna. Zadeklarowała, że szczegółowe informacje w tym zakresie zostaną przekazane osobną korespondencją za pośrednictwem SKS.

W związku z brakiem uwag do dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 14/2021/XXV. Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Informacja nt. działań podejmowanych ze środków unijnych dedykowanych walce z COVID-19 (w tym prezentacja przykładowych projektów)

Pani Małgorzata Majewska przedstawiła działania podejmowane ze środków unijnych w ramach poszczególnych RPO, PO WER, PO IS dedykowanych walce z COVID-19. Głównymi działaniami w projektach jest zakup aparatury medycznej i diagnostycznej, w tym respiratorów, ambulansów i pojazdów do wewnątrzszpitalnego transportu, środków ochrony osobistej, środków i urządzeń do dezynfekcji. Zwróciła uwagę na duży katalog podmiotów, które otrzymują wsparcie np. podmioty lecznicze (m.in. szpitale, ZOL i ZPO, gabinety stomatologiczne, indywidualne praktyki), podmioty z zakresu służb ratowniczych, schroniska dla osób bezdomnych, DPS, ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, a także inspekcja sanitarna. Realizowana jest także pomoc psychologiczna dla osób potrzebujących oraz finansowane jest wsparcie w zakresie kosztów pracy (wynagrodzenia, dodatki).

Kończąc prezentację Pani Majewska przypominała dotychczasowe ustalenia w zakresie podejmowanych działań stanowiących natychmiastową odpowiedź na COVID-19, które były na bieżące przekazywane do członków KS. Poinformowała również, że MZ oczekuje na wydanie przez AOTMiT rekomendacji w zakresie rehabilitacji postcovidowej (przewidywany termin - połowa kwietnia), co umożliwi IZ RPO realizację projektów polityki zdrowotnej na ich podstawie. Jednocześnie biorąc pod uwagę, że część regionów przekazała RPZ w tym zakresie do zaopiniowania AOTMiT, MZ nie wyklucza możliwości realizacji tego typu działań na podstawie RPZ.

Pani Iwona Wójcik, przedstawicielka organizacji pracodawców (Konfederacja Lewiatan) poprosiła o wyjaśnienie, czy diagnozowano potrzeby np. POZ w związku z walką z COVID i czy dostępne są informacje dotyczące podziału środków dedykowanych walce z COVID (np. podział na szpitale, AOS, POZ, inne). Pani Dyrektor Przybylska wyjaśniła, że wsparcie POZ jest realizowane przede wszystkim na poziomie wojewodów we współpracy z Rządową Agencją Rezerw Strategicznych (RARS). Podmioty lecznicze mają do dyspozycji kanał komunikacji, za pośrednictwem którego raportują bieżące wykorzystanie wyrobów medycznych i ewentualne zapotrzebowanie na dodatkowe zaopatrzenie. Informacje są widoczne dla RARS, MZ i wojewodów, a potrzeby zgłoszone przez podmioty - również na najniższych poziomach opieki - odpowiednio zabezpieczane. Pani Charytonowicz zapytała, czy prowadzone są analizy na poziomie kraju, w jakim stopniu wsparcie z funduszy uzupełniło zidentyfikowane potrzeby, np. jaką część zakupionych respiratorów / środków ochrony osobistej stanowią respiratory / środki ochrony osobistej finansowane z UE. Pani Majewska wyjaśniła, że biorąc pod uwagę dynamikę i specyfikę sytuacji, tego typu analizy nie były podejmowane. Pani Charytonowicz poprosiła o rozważenie przeprowadzenia analizy, która pozwoliłaby określić, jak zidentyfikowane potrzeby na różnych poziomach

(POZ, AOS, szpitale) zostały zaspokojone. W toku dyskusji Pani Przybylska wyjaśniła że tego typu badanie zapewne zostanie przeprowadzone przy ewaluacji poszczególnych programów operacyjnych. Pani Charytonowicz podkreśliła, że w opinii Komisji Europejskiej niezwykle ważna jest komunikacja, jak fundusze europejskie wspierały walkę z COVID-19, co z kolei ułatwiłaby analiza wsparcia „z lotu ptaka”. Pani Majewska podkreśliła, że rozumie potrzebę komunikacji, czemu chociażby miała służyć dzisiejsza prezentacja działań podejmowanych ze środków unijnych dedykowanych walce z COVID-19. Odnosząc się do kwestii analizy podkreśliła, że biorąc pod uwagę dynamikę działań, może się okazać, że do przeprowadzenia będzie możliwa jedynie wspomniana przez Panią Dyrektor Przybylską metaewaluacja przeprowadzonych ewaluacji. W dalszej kolejności Pani Przybylska przychyliła się do stanowiska Pana Dyrektora Wysoczańskiego, który poddał pod wątpliwość cel przeprowadzenia takiej analizy, m.in. w kontekście braku możliwości zapewnienia jej wpływu na podejmowane decyzje – potrzeby zostały zidentyfikowane, działania zostały podjęte i są one nie do przecenienia. Głos w dyskusji zabrała również Pani Małgorzata Iwanicka-Michałowicz, Zastępca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji MZ, Pełnomocnik do spraw funduszy europejskich w Ministerstwie Zdrowia, która poparła głos przedmówców. W opinii Pani Dyrektor możliwe jest zlecenie ewaluacji wyłącznie na poziomie krajowych i regionalnych programów operacyjnych w ramach posiadanych środków. Należy jednak mieć na względzie, że wsparcie w zakresie walki z COVID-19 – w postaci przykładowo środków ochrony indywidualnej, sprzętu medycznego czy też środków finansowych przeznaczonych na ich zakup - jest udzielane również z wielu innych źródeł niż dyskutowane na posiedzeniu, np. przez fundacje, stowarzyszenia, urzędy miasta, gminy. Zebranie danych na potrzeby informacyjne – mając dodatkowo na względzie liczbę wspartych podmiotów i dynamikę zjawiska – stanowiłby wyzwanie logistyczne i wymagałoby ogromu pracy analitycznej. Następnie powrócono do poruszonego wcześniej wątku diagnozowania potrzeb i Pani Wójcik poprosiła o informację, czy potrzeby POZ i AOS były badane przez IZ RPO. Pani Majewska wyjaśniła, że na wcześniejszych etapach nie było wymagane od IZ przedstawienie tak szczegółowych informacji nt. podmiotów, którym udzielono wsparcia. Głos w dyskusji zabrała Pani Kamila Siwak, Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego. Zauważyła, że prezentowane dane dotyczą głównie roku ubiegłego, kiedy to ciężar opieki nad pacjentem podejrzanym o zakażenie COVID-19 lub chorym spoczywał przede wszystkim na szpitalach. Wyjaśniła, że IZ RPO woj. pomorskiego ze względu na występujące ogniska zakażeń wsparła w tym czasie również DPS, jak również powstawanie izolatoriów. Biorąc pod uwagę powyższe trudno wymagać, aby IZ RPO przeprowadzały w ówczesnej sytuacji rozeznanie w zakresie potrzeb POZ. Obecnie sytuacja wygląda inaczej, gdyż podmioty POZ zostały włączone w opiekę medyczną nad ww. grupą pacjentów. Następnie Pani Dyrektor Przybylska przypominała, że zgodnie z obecnymi założeniami pewna pula środków w ramach REACT-EU jest wstępnie przeznaczona właśnie na wsparcie POZ. Następnie Pani Katarzyna Głowacka-Rochebonne nawiązując do podziału działań na stanowiące natychmiastową odpowiedź (bez konieczności uzgadniania z KS i bez konieczności stosowania map potrzeb zdrowotnych) oraz działania długofalowe (ustalone zgodnie z procedurą obowiązującą przed wybuchem pandemii) poprosiła o informację, kiedy można się spodziewać map potrzeb zdrowotnych, uwzględniających dane za poprzedni rok. Powyższe ma znaczenie także dla programowania wsparcia np. ze środków REACT-EU. Następnie Pani Głowacka-Rochebonne

powróciła do tematu rehabilitacji postcovidowej i poprosiła o informację, czy opiera się ona o fizjoterapeutów i czy AOTMiT opracowująca program włącza do prac nad nimi ww. grupę zawodową. Pan Dyrektor Wysoczański zauważył, że zakres interwencji w przypadku rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 i np. długotrwałej intubacji jest analogiczny do zakresu wsparcia w przypadku rehabilitacji pacjenta po długotrwałej intubacji niezależnie od jej przyczyny. Podobnie sytuacja wygląda przy rehabilitacji pacjenta z niewydolności oddechowej na skutek zwłóknienia płuc (niezależnie od przyczyny) czy rehabilitacji pacjenta z udarem mózgu (niezależnie czy pacjent dozna udaru mózgu w trakcie przebiegu choroby COVID-19). Pani Majewska kończąc dyskusję przypomniała, że zgodnie z wcześniej przekazywanymi informacjami, MZ zleciło Agencji przygotowanie rekomendacji, bazujących na wiedzy eksperckiej i obecnie na nie oczekuje. W odniesieniu do pytania Pani Głowackiej-Rochebonne poinformowała, że odpowiedź zostanie udzielona przez Panią Katarzynę Jagodzińską-Kalinowską, Zastępcę Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ podczas omawiania kolejnego punktu agendy. Następnie Pani Dorota Łabinowicz poprosiła o dookreślenie statusu projektów długofalowych z uwzględnieniem daty granicznej podanej w pismach MZ. Pani Majewska wyjaśniła, że bazując na dotychczasowych doświadczeniach z kolejnych fal pandemii, okres ten nie został celowo dookreślony. Podkreśliła, że istotny jest charakter wsparcia, w przypadku wątpliwości sekretariat Komitetu Sterującego pozostaje do dyspozycji telefonicznej i mailowej.

W dalszej kolejności Pani Dyrektor Przybylska przywitała przedstawicieli Komisji Europejskich oraz przeprosiła za nieobecność Pana Ministra Sławomira Gądońskiego, która była spowodowana koniecznością pełnienia innych ważnych obowiązków związanych z aktualną sytuacją epidemiczną.

Programowanie perspektywy finansowej 2021-2027 z punktu widzenia KE

Jako pierwszy głos zabrał Pan Christopher Todd, przedstawiciel Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej (DG REGIO). Podziękował za spotkanie i przypomniał, że ostatnie posiedzenie Komitetu Sterującego, w którym brał udział miało miejsce rok temu. Podkreślił, że w tym czasie odbywały się intensywne kontakty z przedstawicielami MZ, m. in. w kontekście wsparcia walki z zakażeniami COVID-19. Zdaniem Pana Todda obecnie należy spojrzeć na wsparcie w perspektywie długoterminowej. Zauważył, że środki polityki spójności nie mogą rozwiązywać wszystkich problemów systemu opieki zdrowotnej, dlatego też należy skupić się na obszarach, które mają znaczenie strategiczne, czyli na deinstytucjonalizacji, czyli odejściu od opieki szpitalnej w kierunku dostępnych usług lokalnych / opieki domowej. Podkreślił, że inwestycjom spójnościowym muszą odpowiadać odpowiednie cele i zmiany systemowe na poziomie krajowym. Zauważył, że Komisję Europejską cieszą deklaracje odwrócenia piramidy świadczeń i wyraził nadzieję, że zobowiązanie znajdzie odzwierciedlenie w Policy Paper, którego KE jeszcze nie widziała. Jeśli chodzi o priorytety polityki zdrowotnej to wspomniane inicjatywy (np. plany odbudowy) powinny przełożyć się na nowe podejście finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, co jest zgodne z analizą Semestru Europejskiego, w tym z wytycznymi finansowania w Polsce wsparcia 2021-2027 (Aneks D). KE chce wspierać z jednej strony podstawową i ambulatoryjną opiekę, a z drugiej strony wspierać przesuwanie świadczeń z opieki szpitalnej do niższych poziomów. Pan Christopher Todd wyraził zadowolenie z zapowiadanej reformy szpitalnictwa i wyraził zaniepokojenie, jak

to się przełoży na programowanie EFRR. Ważną częścią ram strategicznych są mapy potrzeb zdrowotnych. Przychylił się do głosu Pani Głowackiej-Rochebonne, że uaktualniona mapa potrzeb zdrowotnych musi brać pod uwagę wyjątkowy rok 2020. Podkreślił, że inwestycje na poziomie regionalnym i centralnym są bardzo ważne, ale powinny być lepiej skoordynowane. Niezbędne jest wyciągnięcie wniosków z obecnego implementowania inwestycji i funkcjonowania Komitetu Sterującego, a Komisja Europejska z niecierpliwością oczekuje informacji, jak powyższe zostanie zaplanowane dla perspektywy 2021-2027.

Następnie Pan Gelu Calacean, przedstawiciel Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL) nawiązując do prezentacji dotyczącej działań podejmowanych ze środków unijnych dedykowanych walce z COVID-19 wyraził zadowolenie z odpowiedniego przesunięcia środków na walkę z pandemią. Przechodząc do tematu programowania kolejnej perspektywy podkreślił konieczność strategicznego podejścia. Dialog w tym zakresie z władzami państwowymi rozpoczął się poprzez projekt Umowy Partnerstwa. Konieczne jest określenie celów w perspektywie długoterminowych, dlatego też z zaciekawieniem oczekuje na prezentację Pani Dyrektor Katarzyny Jagodzińskiej-Kalinowskiej. Z punktu widzenia KE interesujący jest postęp prac w zakresie przygotowania ram strategicznych, jak również informacje na temat zaangażowania władz regionalnych, partnerów społecznych i społeczeństwa obywatelskiego w ich przygotowanie. Pan Calacean zwrócił uwagę na temat zdrowia psychicznego osób z niepełnosprawnościami, zwłaszcza w kontekście opieki długoterminowej i deinstytucjonalizacji. Koordynacja działań jest niezwykle istotna w kontekście działań długoterminowych, jak również reformy systemu opieki zdrowotnej. KE chce usłyszeć o nowych potrzebach w obszarze opieki zdrowotnej, które zapewne wiążą się z inwestycjami w tym obszarze, w tym w opiece długoterminowej. Zatem KE oczekuje możliwości jak najszybszego zapoznania się z ramami strategicznymi, które są ważne nie tylko ze względu na politykę spójności, ale również z uwagi na inne instrumenty finansowe, zwłaszcza plan odbudowy. Z punktu widzenia KE istotne jest połączenie w skuteczny sposób wszystkich instrumentów unijnych i skoordynowanie zaplanowanego wsparcia. Punktem wyjścia powinna być refleksja na temat tego, co się sprawdziło, a co wymaga poprawy oraz krytyczna ocena, które inwestycje przełożyły się na wartość dodaną. Pan Calacean podkreślił, że nie jest możliwa kontynuacja finansowania działań wdrażanych w perspektywie 2014-2020. Zaznaczył, że z punktu widzenia celów polityki spójności główna inwestycja w obszarze zdrowia powinna dotyczyć grup marginalizowanych i służyć rozwiązywaniu problemów społecznych. KE chce skupić się na grupach z utrudnionym dostępem do opieki zdrowotnej, wspierać inwestycje na obszarach odległych w kontekście opieki ambulatoryjnej i szpitalnej oraz – jak wspomniał wcześniej Pan Todd - zmienioną piramidę świadczeń opieki zdrowotnej. Z uwagi na scenariusze demograficzne, KE widzi szersze możliwości dla opieki długoterminowej. Kluczowy jest dostęp do opieki długoterminowej oraz jej skoordynowanie z pozostałymi rodzajami opieki zdrowotnej. Pan Calacean wspomniał również o potrzebie skierowania inwestycji na e-zdrowie oraz digitalizację. Nawiązał również do tematu środowiska pracy, który wiąże się bezpośrednio z kwestią pracodawcy oraz bezpieczeństwem i higieną pracy. Zaznaczył jednocześnie, że potrzeby w całej gospodarce są dość szerokie - oczywiście brakuje personelu medycznego, ale również np. opiekunek dziecięcych czy inżynierów. Inwestycje zatem powinny być proporcjonalne do potrzeb w

poszczególnych sektorach. Podkreślił ambicje KE w kontekście wsparcia opieki medycznej i opieki długoterminowej, które jednak powinny być poparte strategią, która zapewni dobre programowanie i odpowiednie środki finansowe.

Odnosząc się krótko do wypowiedzi przedstawicieli KE Pani Dyrektor Przybylska zapewniła, że deklaracje Pana Ministra Niedzielskiego w zakresie transformacji systemu ochrony zdrowia mają odzwierciedlenie w szeregu konkretnych działaniach realizowanych na wielu płaszczyznach, które zostaną szczegółowo opisane w ramach strategicznych. Jako przykład podała systematyczne odwracanie piramidy świadczeń poprzez działania mające na celu wspieranie niższych poziomów opieki zdrowotnej - POZ i AOS.

Następnie poprosiła Panią Dyrektor Katarzynę Jagodzińską-Kalinowską o zaprezentowanie kolejnego punktu agendy.

Informacja nt. stanu prac dot. programowania perspektywy finansowej 2021-2027

W ramach tego punktu Pani Dyrektor Jagodzińska-Kalinowska przypomniła warunki podstawowe dla obszaru zdrowie, a następnie omówiła poszczególne kryteria obejmujące mapy potrzeb zdrowotnych, dokument *Zdrowa Przyszłość - Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027 z perspektywą do 2030* (dalej: *Zdrowa przyszłość*) oraz ramy strategiczne w zakresie deinstytucjonalizacji.

Odnosząc się do pierwszego kryterium zauważała, że mapy potrzeb zdrowotnych w swojej pierwszej edycji nie spełniły pokładanych w nich oczekiwań z uwagi na ograniczenie analiz do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie w dyskusji nad treścią publikowanych dokumentów podnoszono, że nie stanowią one jednoznacznej rekomendacji dla koniecznych do podejmowania działań na poziomie regionalnym i lokalnym. W oparciu o doświadczenia MZ w zakresie tworzenia i wdrażania map potrzeb zdrowotnych podjęto decyzję o nowelizacji systemu ich opracowywania i wdrożenia. Pani Dyrektor omówiła zakres zmian procedowanej obecnie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która wprowadza usprawnienie organizacji tworzenia map potrzeb zdrowotnych, zastąpienie Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej nowym dokumentem strategicznym o nazwie Plan Transformacji, powołanie nowej wojewódzkiej Rady do Spraw Potrzeb Zdrowotnych.

Następnie w odniesieniu do drugiego kryterium dotyczącego krajowych lub regionalnych ram strategicznych polityki zdrowotnej, Pani Dyrektor omówiła postęp prac w zakresie dokumentu o charakterze strategicznym w randze polityki publicznej - *Zdrowa przyszłość*. Dokument przedstawia główne działania w ochronie zdrowia oraz niezbędne kierunki zmian, które należy podjąć, aby zapewnić obywatelom dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Wyznaczone cele i narzędzia stanowią ramy strategiczne dla działań wszystkich instytucji w ochronie zdrowia. Przypomniła, że jest to główny dokument strategiczny dla sektora zdrowia, wykorzystywany nie tylko w kontekście wydatkowania środków unijnych. Następnie Pani Dyrektor omówiła kierunki interwencji mające służyć realizacji celów oraz przypisane do nich narzędzia.

Pani Dyrektor Jagodzińska-Kalinowska poinformowała, że dokument jest przygotowany, obecnie

wdrażane są uwagi z konsultacji wewnętrznych, a po przyjęciu przez Radę Ministrów zostanie skierowany do konsultacji publicznych, które potrwać 35 dni. Zamknięcie finalnej wersji dokumentu planowane jest do czerwca 2021 r. Pani Dyrektor podkreśliła, że dokument był budowany przy współpracy z Zespołem do spraw opiniowania zmian w ochronie zdrowia, który reprezentowany jest przez naukowców i praktyków, specjalistów ze wszystkich obszarów ochrony zdrowia.

W odniesieniu do trzeciego kryterium dotyczącego krajowych lub regionalnych ram strategicznych polityki zdrowotnej, które obejmują środki promowania usług środowiskowych, Pani Dyrektor poinformowała, że ze względu na przebieg prac, zgodnie z decyzją kierownictwa, ramy strategiczne w zakresie deinstytucjonalizacji w zakresie zdrowia procedowane są jako załącznik do Zdrowej przyszłości, natomiast pozostała część przygotowywana jest przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. W zakresie zdrowia dokument został podzielony na dwie części - opiekę psychiatryczną i osoby starsze i dla obu części zostały przeprowadzone konsultacje społeczne. Dalsze procedowanie i ogłoszenie będzie się odbywało zgodnie z harmonogramem dla przyjęcia Zdrowej przyszłości.

Nawiązując do pytań dot. map potrzeb zdrowotnych przypomniła, że planowane jest opublikowanie dokumentu w maju 2021 r., niezwłocznie po wejściu w życie wspomnianej zmiany ustawy. W nawiązaniu do pytania dotyczącego analiz roku poprzedniego Pani Dyrektor wyjaśniła, że przy mapowaniu należy opierać się na danych dot. 2019 r., przy czym oczywiście są prowadzone analizy obejmujące dane z roku 2020 r. Należy jednak mieć na względzie, że nie są one reprezentatywne dla całego systemu ochrony zdrowia. Dodała, że poza mapami potrzeb zdrowotnych Departament Analiz i Strategii prowadzi szereg innych analiz, np. związanych z obciążeniem wynikającym z COVID-19.

W toku dyskusji Pani Głowacka-Rochebonne poprosiła o wyjaśnienie, czy plany transformacji łączą się z zapowiadaną reformą szpitali, która wydaje się, że ma też wpływ na programowanie, zwłaszcza środków EFRR. Wyraziła zaniepokojenie wskazanymi terminami w zakresie procedowania dokumentu Zdrowa przyszłość, planów transformacji, założeń do ustawy dot. reformy i ich wpływem na możliwość programowania regionalnego i krajowego wsparcia. W dalszej kolejności poprosiła o wskazanie działań, dla których przewidziano wsparcie ze środków EFRR. Pani Dyrektor Jagodzińska-Kalinowska poinformowała, że dokument Zdrowa przyszłość wskazuje najważniejsze reformy w ochronie zdrowia. Podkreśliła, że nie jest możliwe przedstawienie na spotkaniu założeń reformy szpitali, które są tworzone w ramach innego zespołu. Odnosząc się do kwestii terminu opracowania wojewódzkich planów transformacji wskazała, że zostaną one opracowane na podstawie krajowego planu transformacji, przygotowanego w oparciu o opublikowane mapy potrzeb zdrowotnych i ogłoszone do 15 grudnia br. Krajowy plan transformacji zostanie ogłoszony do 31 sierpnia br., przy czym dyskusja z regionami będzie odbywała się już wcześniej. Pani Głowacka-Rochebonne poprosiła o wyjaśnienie zakresu wojewódzkich planów transformacji i możliwości ich wykorzystania przy programowaniu środków na poziomie regionalnym i krajowym. Pani Dyrektor Jagodzińska-Kalinowska wyjaśniła, że będą to m.in. wnioski i rekomendacje z map potrzeby zdrowotnych. Dodała, że przedmiotowy projekt ustawy, w którym omówione są zakresy poszczególnych planów transformacji jest dostępny publicznie. Następnie Pani Dyrektor Przybylska odnosząc się do kwestii wskazania działań finansowanych ze środków EFRR

poinformowała, że z uwagi na to, że dokument nie został jeszcze upubliczniony i skonsultowany społecznie nie chciałaby na tym etapie wskazywać takich konkretów. Poinformowała, iż planowane jest, że EFRR będzie wspierał analogiczne zakresy interwencji jak w obecnej perspektywie finansowej. Pewną nowością będzie obszar e-zdrowia, który planowany jest to ujęcia również w ramach przyszłego PO IiŚ oraz regionalnych programów operacyjnych. Zaproponowała przełożenie dyskusji na temat źródeł finansowania poszczególnych narzędzi, ponieważ na chwilę obecną ani kwoty, ani narzędzia nie są przesądzone. Pan Borg podziękował za udzielenie wyjaśnień do przedstawionych przez KE wątpliwości. Zwrócił uwagę, że oczekiwaniem KE jest przeprowadzenie rzetelnej analizy uwzględniającej demografię, trendy epidemiologiczne, sytuację geograficzną, która wskaże benchmarki, miary, punkty odniesienia do stanu pożądanego - nie jest idealną sytuacją dla kraju odnoszenie się tylko do średniej unijnej. Wyraził nadzieję na progres map potrzeb zdrowotnych w tym zakresie. KE oczekuje otrzymania jasnego przekazu na temat tendencji, podjętych decyzji w zakresie działań krajowych i potrzeb ich wsparcia ze środków. Powyższe powinno stawić narzędzie pomocne do strategicznego zarządzania. Pani Dyrektor Przybylska zapewniła, że wszystkie wskazówki zostaną szczegółowo przeanalizowane i dołożona zostanie należyta staranność, aby możliwie pilnie spełnić oczekiwania KE. Następnie Pani Dyrektor Jagodzińska-Kalinowska dodała, że mapy potrzeb zdrowotnych zawierają analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy dotyczące realizowanych świadczeń, a także analizy wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. W mapach znajdują się również porównania do innych krajów Unii Europejskiej, wykorzystywana jest metodyka Global Burden of Disease (GBD). Zatem formułowane przez MZ zalecenia biorą pod uwagę sytuację w innych krajach. W dalszej części Pani Dyrektor Przybylska powróciła do poruszanego przez przedstawicieli KE wątku dotyczącego zapewnienia właściwej koordynacji wsparcia ze wszystkich źródeł finansowania, zarówno unijnych, jak i krajowych. MZ jest na etapie planowania nowego systemu koordynacji na przyszłą perspektywę finansową i zdając sobie sprawę z niedoskonałości Komitetu Sterującego, chętnie skorzystałoby z doświadczeń innych krajów, które zostało pozytywnie ocenione przez KE jako skuteczne narzędzie do zapewnienia, kompleksowego, skoordynowanego i efektywnego wsparcia. Wobec powyższego poprosiła przedstawicieli Komisji Europejskiej o podzielenie się przykładami systemów zarządzania tym obszarem w poszczególnych krajach. Głos w dyskusji zabrała Pani Lucie Zackova, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej (DG REGIO), która poinformowała, że w tej chwili nie dysponuje przykładami dobrych praktyk koordynacji w innych krajach. Zobowiązała się jednak do przekazania tej informacji w późniejszym terminie. Odnosząc się do wcześniejszej prezentacji zauważyła, że ramy strategiczne nie są jeszcze gotowe. Podkreśliła, że z punktu widzenia polityki spójności niezwykle ważne jest istnienie zatwierdzonego dokumentu – bez tego inwestycje w zakresie ochrony zdrowia byłyby niemożliwe. KE zdaje sobie sprawę z potrzeb, niemniej uważa, że rozwiązania infrastrukturalne przykładowo w postaci modernizacji szpitali nie są jedynym możliwym rozwiązaniem - konieczne jest skupienie się na dostępie do infrastruktury np. podstawowej opieki zdrowotnej.

W dalszej część dyskusji głos zabrał pan Jan Szymański, Dyrektor Departamentu Programów Regionalnych w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Pomorskiego. Zwrócił uwagę, że przedstawiony zakres interwencji poszczególnych narzędzi częściowo pokrywa się z działaniami ujętymi w Krajowym

Planie Odbudowy (KPO). W tym kontekście poprosił o wyjaśnienie, czy mapy potrzeb zdrowotnych będą się odnosić wyłącznie do polityki spójności czy również do KPO. Drugie pytanie dotyczyło poziomu, na jakim będą funkcjonować wojewódzkie rady potrzeb zdrowotnych - na poziomie instytucji zarządzających czy na poziomie wojewodów. Pani Dyrektor Jagodzińska-Kalinowska wyjaśniła że wojewódzkie rady potrzeb zdrowotnych będą tworzone na poziomie wojewodów, niemniej projekt ustawy przewiduje udział w nich również przedstawicieli urzędów marszałkowskich. Odnosząc się do pierwszego pytania Pani Majewska wyjaśniła, że mapa potrzeb zdrowotnych z założenia nie jest dedykowana wyłącznie środkom polityki spójności czy KPO, ale ogólnie kształtowaniu polityki w ochronie zdrowia ze wszystkich środków. Pan Calacean wyraził zadowolenie, że nowa mapa potrzeb zdrowotnych nie obejmuje wyłącznie środków unijnych, a dotyczy również innych źródeł finansowania, w tym krajowego. Odnosząc się do kwestii koordynacji zwrócił uwagę, że Polska jest pod tym względem wyjątkowa - inwestuje bardzo duże środki z Europejskiego Funduszu Społecznego. W przyszłości mogłoby istnieć podobne forum w kontekście opieki długoterminowej, łączące współpracę ministerstwa właściwego ds. zdrowia i ministerstwa ds. spraw rodziny i polityki społecznej. Do zastanowienia pozostaje kwestia usprawnienia koordynacji między ww. resortami. Następnie Pan Calacean wyraził zadowolenie z postępu prac w zakresie dokumentu Zdrowa przyszłość i map potrzeb zdrowotnych, zauważając, że jednak pewne zaniepokojenie budzi harmonogram prac w zakresie mapowania na poziomie regionalnym. Pan Jakub Szymański, Dyrektor Departamentu Zarządzania Programami Operacyjnymi w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego podziękował w imieniu Pana Łukasza Smółki, Wicemarszałka Województwa Małopolskiego za bardzo dobrą współpracę przy działaniach okołocovidowych z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej i Komisją Europejską. Zauważył, że dokumenty, na które wszyscy oczekują są kluczowe z punktu widzenia regionalnego planowania wsparcia. Poprosił o informacje dotyczące wyniku konsultacji zakresu wsparcia obszaru zdrowi w ramach REACT-EU. Pani Majewska podziękowała za głosy przekazane w ramach wspomnianych konsultacji oraz poinformowała, że zostały one przesłane do KE. Obecnie w toku są negocjacje z KE i MFiPR dotyczące zakresu i obszaru wsparcia. MZ oczekuje na informację z MFiPR na temat przebiegu ustaleń z IZ RPO, po czym zostanie przygotowane podsumowanie dotyczące przeprowadzonych negocjacji. W dalszej części poruszono wsparcia w ramach REACT-EU na rzecz stacji sanitarno-epidemiologicznych z różnych szczebli (ze środków regionalnych przewidziano wsparcie stacji powiatowych, ze środków krajowych - stacji wojewódzkich i Głównego Inspektoratu Sanitarnego). Pani Dyrektor Przybylska wyjaśniła że zaproponowany podział jest konsekwencją wsparcia, które było i jest w ramach RPO oferowane powiatowym stacjom sanitarnym w ramach dotychczasowych działań covidowych. Powyższe powoduje, że IZ RPO mają zidentyfikowane potrzeby dla tego obszaru i informację na temat stopnia ich zaspokojenia. Pani Katarzyna Głowacka-Rochebonne wróciła do tematu koordynacji wsparcia innych krajów oraz poinformowała, że nie znalazła przykładów dobrych praktyk. Zaznaczyła jednocześnie, że Polska otrzymuje największe wsparcie ze środków EFRR. Przy określaniu mechanizmów koordynacji należy mieć na względzie skalę wsparcia oraz jego rozproszenie w programach regionalnych i krajowych. Zadeklarowała, że KE będzie się przyglądać proponowanym rozwiązaniom przez poszczególne kraje w przyszłej perspektywie. Zwróciła uwagę na kwestię wsparcia szpitali w kontekście poprawy dostępności poprzez nowoczesną infrastrukturę, która to dostępność jest

jednak inaczej rozumiana przez politykę spójności. Konieczne jest wykazanie, jak poszczególne działania przekładają się na realny dostęp pacjentów do świadczeń, skracania kolejek, itp. Podkreśliła, że kwestie te będą przedmiotem najbliższych negocjacji. Pani Charytonowicz poparła głos przedmówczyni, również w kontekście wsparcia ze środków EFS oraz podkreśliła konieczność skupienia się na obszarach priorytetowych. Wobec braku dalszych uwag zakończono dyskusję.

Sprawy różne

Pani Dyrektor Przybylska podziękowała za liczną obecność. Zapewniła że wszystkie postulaty, zarówno KE, jak i członków Komitetu Sterującego zostaną wzięte pod uwagę. Zapowiedziała, że w przypadku braku zorganizowania posiedzenia stacjonarnego, kolejne spotkanie odbędzie się w formule zdalnej – prawdopodobnie w czerwcu. Wobec braku innych głosów ze strony uczestników, Pani Przybylska podziękowała za spotkanie i zakończyła posiedzenie.

4. Uchwały poddane pod głosowanie oraz wyniki głosowania:

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

Wyniki głosowań stanowią załącznik nr 3 do protokołu.

5.	Protokół sporządził: Justyna Wajrach	główny specjalista w Wydziale Koordynacji Wsparcia UE Departament Oceny Inwestycji MZ
6.	Zatwierdził: 10 maja 2021 r.	Katarzyna Przybylska Zastępca Dyrektora /dokument podpisany elektronicznie/ Przewodniczący Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Załącznik 1: Lista obecności

Załącznik 2: Porządek obrad

Załącznik 3: Wyniki głosowań