

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
XVIII posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce 25 września 2018 r. w budynku Tower Service przy ul. Chałubińskiego 8 w Warszawie.	
2.	Porządek obrad:
<p>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</p> <p>W XVIII posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyło łącznie 64 osób (27 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 26 osób z prawem do głosowania (członkowie, zastępcy członków lub osoby upoważnione). Imienna lista uczestników spotkania stanowi załącznik nr 1 do protokołu. Posiedzenie poprzedzone było spotkaniem Grupy roboczej do spraw e-zdrowia przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.</p> <p>Posiedzenie otworzyła Pani Katarzyna Przybylska, Naczelnik w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ - Zastępca Przewodniczącego Komitetu Sterującego. Pani Przybylska po przywitaniu wszystkich uczestników poinformowała, że IZ RPO Województwa Podkarpackiego zgłosiła wniosek o procedowanie na posiedzeniu Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020. Dodała, że przedmiotowe materiały zostały wysłane członkom KS w dzień poprzedzający posiedzenie oraz - zgodnie z § 3 ust. 10 Regulaminu KS - IZ RPO Woj. Podkarpackiego zapewniła je uczestnikom posiedzenia w postaci papierowej. Następnie poprosiła członków KS o oddanie głosu co do ewentualnego dodania przedmiotowego punktu do agendy XVIII posiedzenia KS. Zgoda na procedowanie ww. dokumentu została udzielona większością głosów (17 głosów – za procedowaniem PD na posiedzeniu, 2 głosy – przeciw, 2 głosy – wstrzymujące się).</p> <p>Następnie Pani Przybylska krótko przypomniała agendę spotkania i przystąpiono do głosowania w sprawie jej przyjęcia. Porządek obrad został przyjęty większością głosów (18 głosów – za przyjęciem, 2 głosy – przeciw, 0 głosów – wstrzymujących się).</p> <p>Porządek obrad stanowi załącznik nr 2 do protokołu.</p>	

Aktualizacja rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach PI 2c - Wzmocnienie zastosowań TIK dla (...) e-zdrowia

Pan Rafał Wójcik, Naczelnik w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ przypomniał, że posiedzenie KS poprzedzone było spotkaniem Grupy roboczej do spraw e-zdrowia przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, którego przedmiotem było m.in. omówienie zmian rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 2c - Wzmocnienie zastosowań TIK dla e-administracji, e-uczenia się, e-włączenia społecznego, e-kultury i e-zdrowia. Następnie Pan Wójcik szczegółowo omówił proponowane zmiany, zaznaczając, że w wyniku dyskusji podczas wcześniejszego posiedzenia ww. Grupy roboczej wprowadzono do rekomendacji - w stosunku do wersji zamieszczonej w Bazie Wiedzy o Funduszach Europejskich – trzy poprawki. Pierwsza poprawka polegała na pozostawieniu w treści punktu II.2 następującego zapisu: *„W przypadku, gdy w regionie funkcjonuje platforma regionalna, produkty wytworzone w ramach projektu, powinny zostać zintegrowane z platformą P1 za pomocą platformy regionalnej.”*. Druga zmiana dotyczyła uwzględnienia w punkcie II.4 rekomendacji Rady ds. Interoperacyjności (Kryteria zapewniają, że projekt dotyczący prowadzenia lub wymiany EDM, uwzględnia rozwiązania umożliwiające zbieranie przez podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej jednostkowych danych medycznych, tworzenie EDM zgodnej z Polską Implementacją Krajową HL7 CDA oraz udostępnianie EDM zgodnie z profilami IHE zamieszczonymi w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia oraz zgodnie z rekomendacjami Rady ds. Interoperacyjności.). Ostatnia poprawka miała charakter techniczny i polegała na doprecyzowaniu w trzecim przypisie nazwy Rady ds. Interoperacyjności.

W związku z brakiem uwag do zaprezentowanego dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 46/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 2c - Wzmocnienie zastosowań TIK dla e-administracji, e-uczenia się, e-włączenia społecznego, e-kultury i e-zdrowia.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Aktualizacja rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a - Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną (...)

Pani Katarzyna Przybylska szczegółowo omówiła proponowane zmiany rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych. Wyjaśniła jednocześnie, że ze względu na zgłoszone uwagi do projektu uchwały w sprawie ww. rekomendacji oraz konieczność ich szczegółowego przeanalizowania,

dokument jest wyłącznie przedmiotem dyskusji i nie podlega głosowaniu podczas dzisiejszego posiedzenia KS.

Wobec braku uwag do zaprezentowanego materiału przystąpiono do omawiania kolejnego punktu agendy.

Faktyczne i potencjalne wykorzystanie map potrzeb zdrowotnych - prezentacja DAS MZ

Na wstępie Pan Bartosz Stawowski, główny specjalista w Departamencie Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia przedstawił informacje w zakresie internetowej platformy analitycznej „Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”. W dalszej części Pan Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia wygłosił prezentację dotyczącą praktycznego i potencjalnego zastosowania map potrzeb zdrowotnych.

Następnie Pan Janusz Cieszyński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, dziękując Dyrektorowi Adamskiemu, zwrócił uwagę na konkretne przykłady wykorzystania map potrzeb zdrowotnych, np. przy dystrybucji funduszy strukturalnych czy planowaniu zakupów świadczeń opieki zdrowotnej przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Pan Minister zauważył również, że fundamentalną częścią diagnozy Policy paper na nową perspektywę będą właśnie wnioski z map potrzeb zdrowotnych. Ponadto wyraził przekonanie, że każda kolejna edycja map – zgodnie z oczekiwaniami kierownictwa Ministerstwa Zdrowia - będzie lepsza. Głos w dyskusji zabrała Pani Judit Rozsa, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL), która zauważyła, że w posiedzeniu uczestniczą przedstawiciele trzech Dyrekcji - DG EMPL, DG REGIO oraz DG SANTE. W opinii Pani Rozsa mapy potrzeb zdrowotnych stanowią narzędzie do efektywnego wdrażania funduszy europejskich, jak również środków krajowych w ramach polskiego systemu ochrony zdrowia. Wykorzystanie wniosków z map potrzeb zdrowotnych istotne jest również w kontekście podejmowania decyzji dotyczących dalszego rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Pani Rozsa podkreśliła, że KE zauważyła znaczący postęp w tym zakresie. Wyraziła również opinię, że zaprezentowana platforma wydaje się być bardzo obiecująca i użyteczna. Zwróciła uwagę, że kolejne Country Reports również podkreślają kwestię stałego wykorzystywania map potrzeb zdrowotnych przy podejmowaniu decyzji dotyczących inwestycji w ochronę zdrowia oraz poinformowała, że opracowywane Country Reports i Country Specific Recommendations będą podstawą programowania perspektywy 2021-2027. Pomimo wielu pozytywnych aspektów, KE zauważa jednak pewne kwestie problematyczne, wymagające doskonalenia i dalszego rozwoju, odnoszące się do użycia map potrzeb zdrowotnych np. przy tworzeniu sieci szpitali czy ustaleniu liczby i zakresów świadczeń. Pani Rozsa zwróciła również uwagę na śródkresowy przegląd Policy paper oraz dobre podstawy programowania kolejnej perspektywy finansowej. Następnie Peter-Paul Borg, przedstawiciel Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. zdrowia i bezpieczeństwa żywności (DG SANTE), pogratulował Dyrektorowi Adamskiemu rezultatu, osiągniętego w zakresie mapowania potrzeb zdrowotnych. Podkreślił, że KE jest świadoma, że nie było to łatwe zadanie oraz wyraził przekonanie, że mapy potrzeb zdrowotnych muszą stanowić podstawę podejmowania decyzji dotyczących inwestycji w ochronę zdrowia. W dalszej kolejności głos zabrała Pani Katarzyna Głowacka – Rochebonne, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji

Generalnej ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej (DG REGIO), która również pogratulowała Dyrektorowi Adamskiemu sukcesu. Pani Głowacka – Rochebonne wyraziła zadowolenie, że ogromna baza danych jest rzeczywiście użytkowana – również przez NFZ. Poprosiła o wyjaśnienie, czy mapy potrzeb zdrowotnych w obecnej formie obejmują wyłącznie dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych przez podmioty, które już istnieją i mają kontakty z NFZ i czy następnym krokiem jest zastanowienie się nad tym, co jest obiektywnie pacjentom potrzebne. Pani Głowacka – Rochebonne zastanawiała się, czy istnieje możliwość, aby NFZ mógł z map wyciągnąć konkretny wniosek, że np. na określonym terenie występuje duże zagęszczenie danych usług czy też, że powinien powstać nowy ośrodek/podmiot. W kwestii wykorzystania map potrzeb zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia Pan Minister przypomniał, że są one wykorzystywane przy planowaniu zakupów świadczeń przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. W odniesieniu do sieci szpitali dodał, że wnioski z map przekładające się na rekomendacje, np. promowanie świadczeń ambulatoryjnych zostały właśnie wykorzystane w fundamentalnym dla sieci temacie, jakim jest sposób rozliczania świadczeń przy ryczałcie, gdzie jednym ze współczynników korygujących jest liczba świadczeń udzielonych w trybie ambulatoryjnym. Dyrektor Adamski - w kontekście dyskusji dotyczącej źródła danych - dodał, że zdecydowana większość najbardziej szczegółowych informacji pochodzi właśnie z podmiotów. Odnosząc się do wypowiedzi przedmówców, Dyrektor Adamski doprecyzował, że w mapach nie są ujęte tylko podmioty, które mają zawarte kontrakty z NFZ. Pewne dane dot. podmiotów, które nie mają zawartych kontraktów z NFZ - ze względu na obowiązek sprawozdawczości w ramach statystyki publicznej - również są uwzględniane w mapach potrzeb zdrowotnych. Należy mieć na uwadze, że zdecydowana większość świadczeń udzielana jest ze środków publicznych. Oczywiście pacjenci przeznaczają dużo środków prywatnych na ochronę zdrowotną, ale należy pamiętać, że jest to w zdecydowanej części współpłacenie w aptekach. Pan Minister Cieszyński zauważył, że w trakcie wdrożenia jest obecnie system, którego głównym celem jest informatyzacja wielu procesów w systemie ochrony zdrowia: elektroniczne recepty, skierowania, wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej. Pozwoli to na znaczne rozszerzenie zakresu posiadanych informacji. W chwili obecnej MZ nie dysponuje w sposób systemowy pewnymi szczegółowymi informacjami dot. udzielonych świadczeń, jak w przypadku płatnika narodowego, a jedynym sposobem na uzupełnienie ich w mapach potrzeb zdrowotnych byłoby narzucenie na świadczeniodawców dodatkowego obowiązku sprawozdawczego. Analizując tę kwestię, uznano, że dysponując dużym zakresem bardzo szczegółowych informacji dotyczących świadczeń finansowanych ze środków publicznych, można - korzystając z metod statystycznych - uzyskać akceptowalne przybliżenia.

Następnie Pani Joanna Charytonowicz, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL), wyraziła przekonanie, że w chwili obecnej mapy bazują na danych, które nie do końca pokazują potrzeby, tylko po prostu odzwierciedlają stan aktualny – zakontraktowane świadczenia. Wobec tego wnioski wyciągane z map nie do końca pokazują pełny zakres informacji, na podstawie których można byłoby kontaktować świadczenia. Ponadto poprosiła o wyjaśnienie kwestii wykorzystywania map przez wojewodów, biorąc pod uwagę, że jeden z wniosków NIK dotyczył właśnie tej tematyki. W dalszej kolejności Pani Charytonowicz nawiązała do treści Policy paper, gdzie wskazano, że na podstawie map onkologicznych i kardiologicznych będą

wykonywane testy efektywnego wykorzystywania i monitoringu korzystania z map potrzeb zdrowotnych oraz prosiła o odniesienie się do poruszonych kwestii. Pan Dariusz Dziełak, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Narodowym Funduszu Zdrowia, zauważył, że nie do końca można się zgodzić z tym, że mapy odzwierciedlają pewien poziom kontraktowania świadczeń. Podstawą przekazywanych danych nie jest sama wysokość kontraktów, a realizacja konkretnych świadczeń dla osób chorych na dane schorzenia. W związku z tym istnieje ewidentny związek między potrzebami a mapami, szczególnie, jeżeli weźmie się pod uwagę także czas oczekiwania na poszczególne świadczenia. Dyrektor Dziełak zwrócił również uwagę na często wykorzystywany element towarzyszący mapom - analizy. Jako przykład podał współczynnik śmiertelności, który jest wprost wykorzystywany przy modyfikacji czy doskonaleniu zasad kontraktowania. Następnie Dyrektor Adamski odnosząc się do kwestii monitorowania stosowania map potrzeb zdrowotnych, zauważył, że takie ćwiczenie do tej pory nie było przygotowane ze względu na to, że obecnie przygotowana jest ponowna edycja map onkologicznych i kardiologicznych. Jak zostało już wspomniane, powstały one w nieco asynchronicznym terminie - jako pierwsze mapy w poprzednim projekcie unijnym, natomiast teraz w ramach obecnie wdrażanego projektu zostaną one niejako zrównane z pozostałymi mapami dla 30 grup chorób i opublikowane ponownie na koniec bieżącego roku. Będzie to jednocześnie dobry moment do powrotu do tematu analiz wykorzystywania map. Zdaniem Dyrektora Adamskiego niecelowe wydawało się przeprowadzanie tego procesu dla dokumentów, które były konstruowane wg różnych metodyk.

Następnie Pani Głowacka – Rochebonne poprosiła o wyjaśnienie, czy mapy potrzeb zdrowotnych pokazują zapotrzebowanie na personel medyczny, biorąc pod uwagę przyszły okres programowania i wspomniany na poprzednim posiedzeniu KS tzw. „enabling conditions” w tym zakresie.

Dyrektor Adamski wyjaśnił, że informacje o kadrach są gromadzone na potrzeby map potrzeb zdrowotnych, a analizy przyszłego zapotrzebowania na kadry medyczne jak najbardziej są ujęte w mapach. Dodał również, że w ramach projektu opublikowane zostały szczegółowe analizy w tym zakresie, przygotowane przez Naczelną Izbę Lekarską na zlecenie DAS MZ. Dodatkowo w przyszłości będą też wykonywane szczegółowe analizy w zakresie poszczególnych grup specjalizacji. W chwili obecnej trwają w ramach projektu prace zmierzające do utworzenia modelu zapotrzebowania na poszczególne specjalizacje, który miałby obejmować elementy podażowe i popytowe.

Następnie Pan Marcin Marczak, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, poprosił o potwierdzenie, że do końca roku ukaże się ostatnia publikacja map w formie dotychczasowej, natomiast kolejne publikacje będą w formie aktualizacji danych na platformie. Dyrektor Adamski potwierdził powyższe w zakresie analiz dostępnych do tej pory. Wyjaśnił, że celem MZ jest, aby publikowane od przyszłego roku dokumenty zawierały wnioski i miały charakter strategiczny. Planowane jest, aby dokument, w którym opisany zostanie dany problem liczył 30-50 stron. W chwili obecnej trwają prace w ramach poszczególnych grup chorób - w pierwszej kolejności onkologii i kardiologii. W przypadku aktualizacji danych opublikowanych do tej pory, dokumenty nie będą publikowane w takiej postaci, tylko będą dostępne na platformie. Przyjęty harmonogram zakłada, że aktualizacja danych z 2017 r. nastąpi na początku przyszłego roku, a w kolejnych latach - w okolicach połowy roku kalendarzowego. Dyrektor

Adamski jednocześnie wyjaśnił, że zmiany zakresu dokumentów wynikają z również z zapisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi od 2021 roku mapy potrzeb zdrowotnych będą przygotowane przez NIZP-PZH, we współpracy z wojewodami. Zaznaczył, że aktualnie trwają prace nad docelowym wyglądem map oraz wyraził nadzieję, że będzie to jedną z podstaw do programowania i wdrażania kolejnej perspektywy. Głos w dyskusji zabrała Pani Rozsa, która dodała, że przy programowaniu kolejnej perspektywy będzie kontynuowany warunek dotyczący map potrzeb zdrowotnych. Pani Rozsa wyraziła nadzieję, że przegląd śródkresowy dostarczy pewnych rozwiązań i wskaże kierunki rozwoju. Biorąc pod uwagę powyższe wydaje się, że negocjacje kolejnej perspektywy powinny być łatwiejsze.

Następnie Pani Dobrawa Biadun, przedstawicielka organizacji pracodawców, wyraziła zadowolenie z przedstawionej prezentacji, pokazującej jak mapy potrzeb zdrowotnych mogą wpływać na kształt ochrony zdrowia w Polsce. Niemniej zdaniem Pani Biadun przy budowaniu sieci szpitali mapy nie były brane pod uwagę. Ponadto Pani Biadun nie zgodziła się z Panem Ministrem, że mają one jakiegokolwiek przełożenie na sieć szpitali. Jednocześnie poprosiła o wyjaśnienie, czy w kontekście uwzględniania map przy kontraktowaniu świadczeń oraz mając na uwadze, że obecnie konkursy się nie odbywają (umowy z NFZ na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną zostały wydłużone do końca 2019 r.), planowana jest zmiana/ dostosowanie do wniosków z map warunków, określonych rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie zadeklarowała chęć uczestnictwa w takich pracach ze strony organizacji pracodawców. Pan Minister podziękował za deklarację współpracy. Jednocześnie biorąc od uwagę przedstawioną tezę poprosił o doprecyzowanie, w których zespołach przygotowujących przepisy dotyczące sieci szpitali i na których etapach ww. prac pracowała Pani Biadun. Przedmówczyni poinformowała, że na jednym z wcześniejszych posiedzeń Komitetu Sterującego dyskutowano temat map potrzeb zdrowotnych i kwestię ewentualnego wykorzystywania map przy budowaniu sieci. Poprzednie Kierownictwo MZ poinformowało, że sieć szpitali jest czymś innym niż mapy, co zapewne znalazło odzwierciedlenie w odpowiednim protokole KS. Jednocześnie Pani Biadun zaznaczała, że organizacja pracodawców w trakcie prac na siecią szpitali nie była dopuszczana do zespołu. Ponadto – z tego, co Pani Biadun wiadomo - nie było formalnego zespołu, który pracował nad tworzeniem sieci szpitali. Natomiast w toku prac legislacyjnych nad ustawą oczywiście trwały dyskusje i odbywały się spotkania z Ministrem, odpowiadającym za ustawę i wtedy wprost powiedziano, że tak naprawdę przy sieciowaniu szpitalu nie opierano się na mapach potrzeb zdrowotnych. Jednocześnie wskazała, że również przebieg posiedzeń Komisji Zdrowia w Sejmie może zobrazować tok rozumowania przy budowaniu sieci szpitali. Pan Minister podkreślił, że zauważa fakt, że sieć szpitali i mapy potrzeb zdrowotnych są innymi rzeczami, jednak nawet z wcześniej wskazanych konkretnych przykładów wynikało, które wnioski wynikające z map zostały wykorzystane, np. przy wzorach na ryczałt.

Następnie Pani Głowacka – Rochebonne poprosiła o wyjaśnienie kwestii publikacji planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w celu zwiększenia transparentności kontraktowania świadczeń i umożliwienia świadczeniodawcom przygotowania się do konkursu. Dyrektor Adamski poinformował, iż dokumenty są dostępne na stronach internetowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich.

W związku z brakiem dalszych uwag w przystąpiono do procedowania Planów działań w ramach poszczególnych Programów Operacyjnych.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020

Jako pierwszy został omówiony przez Panią Katarzynę Przybylską Plan działań w ramach POLiŚ na rok 2018, który zawiera następujące projekty pozakonkursowe w ramach PI 9a:

- POLiŚ.9.P.222 - Odtworzenie ponadregionalnego Ośrodka Leczenia Zaburzeń Rytmu i Niewydolności Serca w Instytucie Kardiologii w Warszawie,
- POLiŚ.9.P.223 - Cyfrowy tomograf PET/CT dla Zakładu Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach,
- POLiŚ.9.P.224 - Najwyższa jakość i bezpieczeństwo świadczonych usług dla pacjentów onkologicznych leczonych w Klinice Neurochirurgii (Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie),
- POLiŚ.9.P.225 - Pogłębienie diagnostyki w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych poprzez zakup specjalistycznej aparatury medycznej w celu wczesnego wykrywania nowotworów w 105. Kresowym Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w Żarach,
- POLiŚ.9.P.226 - Doposażenie i dostosowanie komórek diagnostyki medycznej szpitala zajmujących się leczeniem chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz układu krążenia (6 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Dęblinie),
- POLiŚ.9.P.227 - Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie leczenia i diagnostyki chorób nowotworowych poprzez remont i doposażenie Klinik i Zakładów Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy,
- POLiŚ.9.P.228 - Przebudowa wraz z wyposażeniem sal chorych na Oddziale Rehabilitacji Pulmonologicznej SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głucholazach im. św. Jana Pawła II,
- POLiŚ.9.P.229 - Doposażenie SPSK im. prof. Adama Grucy CMKP w Otwocku poprzez zakup cyfrowego aparatu rtg dla potrzeb pracowni rentgenowskiej oraz zakup cyfrowego śródoperacyjnego aparatu rentgenowskiego typu C-arm dla potrzeb bloku operacyjnego w celu poprawy jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- POLiŚ.9.P.230 - Doposażenie Pomorskiego Ośrodka Transplantacji Płuc w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku,
- POLiŚ.9.P.231 - Wsparcie oddziałów o charakterze zabiegowym i zachowawczym oraz pracowni diagnostycznych ponadregionalnego szpitala pediatrycznego Instytutu "Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka",
- POLiŚ.9.P.232 - Przebudowa i modernizacja Kliniki Kardiologii i Oddziału Onkologii w celu podniesienia skuteczności terapii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu,

- POLiŚ.9.P.233 – Rozbudowa i doposażenie szpitala celem utworzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Katowicach im. Sierżanta Grzegorza Załogi,
- POLiŚ.9.P.234 – Poprawa jakości diagnostyki i leczenia w Oddziale Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie,
- POLiŚ.9.P.235 – Onkoinnowacje (Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie),
- POLiŚ.9.P.236 - Rozbudowa Stacjonarnego Całodobowego Psychiatrycznego Oddziału dla Dorosłych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Jeleniej Górze,
- POLiŚ.9.P.237 – Wyposażenie 107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ w Wałczu w nowoczesny sprzęt wraz z dostosowaniem pomieszczeń,
- POLiŚ.9.P.238 – Modernizacja pomieszczeń na potrzeby centralnego bloku operacyjnego (CBO) z częścią anestezyjologiczną i sterylizacją dla CBO oraz Kliniki Reumoortopedii - Etap I (Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie),
- POLiŚ.9.P.239 – Wsparcie Szpitala SP ZOZ MSWiA w Łodzi w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia.

Następnie Pani Przybylska w odpowiedzi na prośbę Pani Katarzyny Głowackiej – Rochebonne wyjaśniła, że projekty, dla których wymagane jest posiadanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji, jeszcze takowej nie posiadają, stąd też w uchwale zawarto odpowiednie zapisy odnoszące się do warunkowego przyjęcia tychże projektów.

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 47/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

W dalszej kolejności Pani Przybylska omówiła Plan działań na rok 2019 dla województwa lubelskiego, który w ramach PI 8vi zawiera jeden konkurs (nr RPO.WLU.10.K.6) - realizacja RPZ w zakresie wykrywania zakażeń *Borrelia burgdorferi*, jako profilaktyka boreliozy z Lyme w województwie lubelskim.

Wobec braku uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 48/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Następnie Pan Przybylska zaprezentowała Plan działań na rok 2018 dla województwa łódzkiego, zawierający jeden konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WLO.10.K.11) - Program edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 49/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

W dalszej kolejności Pani Przybylska przedstawiła Plan działań na rok 2018 dla województwa mazowieckiego, w którym ujęty jest jeden konkurs w ramach PI 2c (nr RPOWMZ.2.K.4) - Informatyzacja służby zdrowia, wsparcie aptek szpitalnych.

Następnie poprosiła przedstawiciela województwa mazowieckiego o wyjaśnienie, czy - biorąc pod uwagę, iż w ramach projektu objętych zostanie wsparciem jedynie siedem aptek będących pod nadzorem samorządu - planowana jest kolejna edycja konkursu. Pani Agata Roguska, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego wyjaśniła, iż konkurs nie zakłada, że będą to wyłącznie podmioty podległe samorządowi, natomiast liczba objętych wsparciem aptek będzie uzależniona od dostępności środków.

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 50/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

W Planie działań na rok 2018 dla województwa podkarpackiego ujęte są dwa konkursy:

- w ramach PI 8vi nr RPO WPK.7.K.2 - Wsparcie realizacji w województwie podkarpackim programów profilaktycznych raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego,
- w ramach PI 9a 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.

Następnie Pani Przybylska zauważyła, że do Sekretariatu Komitetu Sterującego napływają sygnały, że w skali kraju są problemy z nałożeniem na realizatorów obowiązku wprowadzenia, zarówno bieżących, jak i historycznych, danych do Systemu Informatycznego Program Badań Przesiewowych (SIPBP). W związku z powyższym zaapelowała do przedstawiciela IZ RPO woj. podkarpackiego o zwrócenie uwagi przy zawieraniu umów z realizatorami na powyższą kwestię. Analogiczną prośbę skierowała do przedstawicieli pozostałych województw.

Wobec braku dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 51/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Następnie Pani Przybylska omówiła Plan działań na rok 2018 dla województwa śląskiego, który zawiera w ramach PI 9iv założenia RPZ pn. Wdrażanie programów zdrowotnych dot. profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym w województwie śląskim na lata 2019-2022.

Wobec braku uwag przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 52/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

W dalszej kolejności Pani Przybylska omówiła Plan działań na rok 2018 dla województwa świętokrzyskiego, który zawiera konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WSW.9.K.10) - Deinstytucjonalizacja usług opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi – zależnymi z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnienia od alkoholu oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 53/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

W dalszej kolejności Pani Przybylska omówiła Plan działań na rok 2018 dla POWER, który zawiera w ramach PI 9iv projekt pozakonkursowy nr POWR.5.P.13 - Dostępność Plus dla zdrowia. Pani Przybylska zaznaczyła, że Plan działań nie będzie przyjmowany na XVIII posiedzeniu z uwagi na brak możliwości dochowania terminów wynikających z Regulaminu KS, lecz zostanie w najbliższym czasie skierowany do uzgodnień członków KS w trybie obiegowym.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

Następnie Pani Przybylska omówiła Plan działań na rok 2019 dla POWER, który zawiera następujące konkursy:

- w ramach PI 8vi nr POWR.5.K.30 - Profilaktyka nowotworów wątroby – moduł centralny,
- w ramach PI 8vi nr POWR.5.K.31 - Profilaktyka nowotworów wątroby – moduł makroregionalny,
- w ramach PI 10iii nr POWR.5.K.32 - Szkolenie innych zawodów medycznych.

Następnie Pani Przybylska poinformowała, że – podobnie jak w przypadku wcześniejszego punktu agendy, Plan działań dla POWER na rok 2019 zostanie w najbliższym czasie skierowany do uzgodnień członków KS w trybie obiegowym.

Następnie Pani Charytonowicz poinformowała, że w ramach przygotowań do zbliżającego się Komitetu Monitorującego POWER (KM POWER) miała okazję się zapoznać z zaprezentowanymi materiałami. W odniesieniu do ujętego w PD POWER na rok 2018 projektu pozakonkursowego pn. Dostępność Plus dla zdrowia zauważyła, że w fiszce zaplanowano szereg szkoleń, zarówno z zakresu obsługi sprzętu i narzędzi IT, jak i szkolenia związane z właściwą komunikacją na linii personel medyczny/ niemedyczny a pacjent z niepełnosprawnościami. Pani Charytonowicz poprosiła o wyjaśnienie, czy ujęty w fiszce wskaźnik rezultatu pn. Liczba pracowników placówek medycznych, którzy podnieśli kompetencje w zakresie obsługi pacjenta z niepełnosprawnościami obejmuje wspomniane szkolenia związane z obszaru komunikacji, czy również szkolenia z zakresu obsługi sprzętu i narzędzi IT. Pani Charytonowicz, mając na uwadze budżet projektu oraz fakt, iż zmiana postawy czy nastawienia do pacjentów z niepełnosprawnościami powinna dotyczyć praktycznie wszystkich pracowników placówki, poprosiła o rozważenie zwiększenia liczby osób, które miałyby uczestniczyć w takich szkoleniach.

Pan Paweł Zdun, Naczelnik Wydziału w Departamencie Europejskiego Funduszu Społecznego Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju, wyjaśnił, że szczegółowy zakres wsparcia udzielany dwóm grupom podmiotów - POZ i szpitalom będzie uzależniony od wyniku audytu wstępnego przeprowadzanego w danej placówce i od standardu, który zostanie wypracowany w pierwszej fazie realizacji projektu. Poprosił o traktowanie wskaźników jako szacunkowych oraz zauważył, że potrzeby kształcenia osób zostaną określone dopiero po przeprowadzeniu audytu poszczegółnej placówki, która będzie objęta wsparciem

w projekcie. Jednocześnie poinformował, że zgodnie z założeniami może to być zarówno personel stanowiący pierwszy kontakt z pacjentem, czyli np. osoby pracujące w rejestracji, ale też kadry medyczne. Pani Charytonowicz podziękowała za wyjaśnienia, niemniej w jej opinii założone zwiększenie kompetencji średnio trzech osób w podmiocie wydaje się niskie, tym bardziej w kontekście tak dużych środków alokowanych na projekt. Pan Zdun zaproponował przeprowadzenie szczegółowej dyskusji na ten temat przed lub na samym posiedzeniu KM POWER. Zwrócił jednocześnie uwagę na procedurę grantową realizowanego projektu. Zakłada się, że w ramach puli środków dedykowanej dla danej placówki zostaną wsparte różne obszary - nie tylko działania związane z nowym sprzętem IT, obsługą, szkoleniami, ale również niezbędne dostosowania o charakterze np. architektonicznym w ramach cross financingu. Elementy te będą doprecyzowane na podstawie rzetelnej weryfikacji „na wejściu”. Audyt wejściowy, który będzie realizowany pod nadzorem dodatkowych ekspertów zatrudnionych po stronie beneficjenta, pod nadzorem beneficjenta projektu pozakonkursowego, określi realne potrzeby.

Sprawy różne, w tym kwestia perspektywy finansowej 2021-2027

Pani Joanna Charytonowicz poprosiła o przypomnienie, czy w ramach KS omawiane były również fiszki w ramach osi priorytetowej IV POWER dotyczącej innowacji społecznych i współpracy ponadnarodowej, które obejmowały tematykę zdrowia. Zdaniem Pani Charytonowicz warto, aby w przyszłości tego typu fiszki były przynajmniej przedstawiane Komitetowi Sterującemu do wiadomości. Odnosząc się do wypowiedzi przedmówczyni Pan Paweł Zdun zauważył, że dotychczas nie było sformalizowanej praktyki w tym zakresie. Jednocześnie przytoczył przykład konkursu dotyczącego deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, ogłoszonego trzy lata temu przez ówczesne Ministerstwo Rozwoju, zaznaczając, że informacja była prezentowana na KS. Pan Zdun zadeklarował, że postulat, aby informacyjnie przedstawiać przewidywany zakres działań w ramach Osi priorytetowej IV POWER Komitetowi Sterującemu zostanie przekazany do właściwej komórki w MliR oraz uzgodniony z MZ.

Wobec braku innych głosów ze strony uczestników, Pani Katarzyna Przybylska podziękowała za spotkanie i zakończyła posiedzenie, informując, że kolejne spotkanie, prawdopodobnie z udziałem Pana Wolfganga Munch'a, przedstawiciela Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej (DG REGIO) planowane jest na grudzień 2018 r.

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 46/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 2c - Wzmocnienie zastosowań TIK dla e-administracji, e-uczenia się, e-włączenia społecznego, e-kultury i e-zdrowia

Wyniki głosowania:

- 21 głosów – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 47/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020

Wyniki głosowania:

- 21 głosów – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 48/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego

Wyniki głosowania:

- 23 głosy – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 49/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego

Wyniki głosowania:

- 23 głosy – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 50/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego

Wyniki głosowania:

- 21 głosów – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 51/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018

w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego

Wyniki głosowania:

- 23 głosy – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 52/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego


Wyniki głosowania:

- 22 głosy – za podjęciem uchwały,
- 1 głos – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 53/2018/XVIII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 września 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego

Wyniki głosowania:

- 23 głosy – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

5.	Protokół sporządził: Justyna Wajrach	główny specjalista w Wydziale Koordynacji i Rozwoju Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia
6.	Zatwierdził: 2018 -10- 24	

Załącznik 1: Lista obecności

Załącznik 2: Porządek obrad