

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
XVII posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce 12 czerwca 2018 r. w budynku Tower Service przy ul. Chałubińskiego 8 w Warszawie.	
2.	Porządek obrad:
<p>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</p> <p>W XVII posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyło łącznie 75 osób (34 członków i zastępców członków lub osób upoważnionych do głosowania, 4 stałych obserwatorów oraz 37 innych zaproszonych osób), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 30 osób z prawem do głosowania (członkowie, zastępcy członków lub osoby upoważnione). Imienna lista uczestników spotkania stanowi załącznik nr 1 do protokołu.</p> <p>Spotkanie otworzył Pan Krzysztof Górski, Zastępca Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ - Przewodniczący Komitetu Sterującego oraz Pani Katarzyna Przybylska, Naczelnik w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ - Zastępca Przewodniczącego Komitetu Sterującego. Pan Krzysztof Górski po przywitaniu wszystkich uczestników poinformował, że posiedzenie rozpocznie się tradycyjnie od zatwierdzenia porządku obrad, a następnie krótko przypomniał agendę spotkania. Wobec braku uwag do przedstawionego porządku obrad, przystąpiono do głosowania w sprawie jego przyjęcia.</p> <p>Porządek obrad został przyjęty jednogłośnie (24 głosy – za przyjęciem, 0 głosów – przeciw, 0 głosów – wstrzymujących się).</p> <p>Porządek obrad stanowi załącznik nr 2 do protokołu.</p>	
3.	Przebieg posiedzenia:
<p>Następnie przystąpiono do procedowania Planów działań w ramach poszczególnych Programów Operacyjnych.</p> <p>Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020</p> <p>Jako pierwszy został omówiony przez Panią Katarzynę Przybylską Plan działań w ramach POIiŚ na rok 2018, który zawiera następujące projekty pozakonkursowe w ramach PI 9a:</p>	

- nr POLiŚ.9.P.108 - Budowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z Centrum Medycyny Ratunkowej i Interwencyjnej jako I etap organizacji Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego U. M. w Poznaniu,
- nr POLiŚ.9.P.109 - Poprawa jakości i dostępności świadczeń medycznych Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera w Poznaniu przez przebudowę i wyposażenie pomieszczeń budynku głównego szpitala oraz wyposażenie medyczne wybudowanych bloków operacyjnych i oddziału kardiochirurgicznego,
- nr POLiŚ.9.P.110 - Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o. o. o transgranicznym oddziaływaniu,
- nr POLiŚ.9.P.111 - Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli,
- nr POLiŚ.9.P.112 - Poprawa warunków i skuteczności działań ratowniczych SOR w Staszowie celem ponadregionalnego zabezpieczenia ludności w stanach zagrożenia życia,
- nr POLiŚ.9.P.113 - Misja: "Dziecko". Modernizacja i doposażenie Szpitala Karowa jako referencyjnego ośrodka leczenia niepłodności,
- nr POLiŚ.9.P.114 - Centrum Doskonałości Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej (CeDEON),
- nr POLiŚ.9.P.115 - Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - etap 3,
- nr POLiŚ.9.P.116 - Przebudowa oraz rozbudowa budynku Szpitala mieszczącego Klinikę Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt, Klinikę Położnictwa i Ginekologii oraz Klinikę Patologii Noworodka (budynek A) SPSK nr 2 PUM w Szczecinie.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 28/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 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 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz rekomendacje dla kryteriów wyboru dla projektu pozakonkursowego RPOWKP.6.P.2 pn. Przebudowa i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. L. Rydygiera w Toruniu - etap II

W dalszej kolejności Pani Małgorzata Majewska, przedstawicielka Wydziału Koordynacji i Rozwoju w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ, omówiła Plan działań na rok 2018 dla województwa kujawsko-pomorskiego, który w ramach PI 9iv zawiera jeden konkurs (nr RPOWKP.9.K.4) - Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. Następnie poinformowała, że zostały zgłoszone autopoprawki i poprosiła przedstawiciela IZ RPO woj. kujawsko-pomorskiego o ich omówienie. Pani Małgorzata Wiśniewska, Zastępca Dyrektora Departamentu Spraw Społecznych, Wdrażania

Europejskiego Funduszu Społecznego i Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego poinformowała, że - oprócz poprawek technicznych - wprowadzono zmiany dotyczące rekomendacji, a najistotniejsze z nich omówiła. Pierwsza ważna zmiana dotyczy kryterium odnoszącego się do maksymalnej liczby wniosków złożonych przez wnioskodawcę w konkursie i wynika z podzielenia województwa na 5 subregionów. Pani Wiśniewska poinformowała, że wnioskodawca będzie mógł złożyć tylko jeden wniosek na dany subregion i nie więcej niż dwa wnioski w odpowiedzi na konkurs, przy czym w przypadku projektów partnerskich kryterium dotyczyć będzie zarówno wnioskodawcy, jak i partnera projektu. Pani Wiśniewska zauważyła, że doprecyzowano także kryterium dotyczące realizacji wsparcia w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w soboty, także w zakresie sposobu jego punktowania. Ponadto IZ zaproponowała zmianę jednego z typów wsparcia: *Wdrożenie na poziomie lokalnym rozwiązań z zakresu koordynacji realizacji usług medycznych kierowanych do osób niesamodzielnych*. Podkreśliła, że zmiana jest zgodna z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia*. Zauważyła również, że w związku z powyższą zmianą wprowadzono kryterium dotyczące współpracy wnioskodawcy z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Toruniu, co najmniej w zakresie informowania o dostępności oferowanych w projekcie usług na terenie danego subregionu. Dodano również kryterium umożliwiające IZ doprecyzowanie w regulaminie niektórych kwestii wynikających ze zmian wytycznych, rozporządzeń lub ustaw. Pani Wiśniewska podkreśliła, że podobny zapis jest stosowany przez IZ we wszystkich konkursach. W odpowiedzi na powyższe wyjaśnienia, Dyrektor Górski wyraził zaniepokojenie ryzykiem wystąpienia sytuacji, w której jeden duży podmiot zmonopolizuje cały konkurs, tzn. złoży wnioski o dofinansowanie o takiej samej treści - obejmujące wszystkie subregiony - różniące się tylko diagnozą lokalną. Wobec powyższych wątpliwości poprosił o wyjaśnienie, czy IZ przewiduje ograniczenie liczby realizowanych projektów w województwie przez jeden podmiot. Pani Wiśniewska poinformowała, że przyjęto założenie, że wnioskodawca może złożyć nie więcej niż dwa wnioski w odpowiedzi na konkurs, co wydaje się wystarczającym zabezpieczeniem.

Wobec braku dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 29/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

W dalszej kolejności Pani Małgorzata Majewska poinformowała, że kolejna uchwała dotyczy przyjęcia kryteriów dla projektu pozakonkursowego nr RPOWKP.6.P.2- Przebudowa i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu - etap II. Z uwagi na konieczność doprecyzowania ostatecznego kształtu II etapu projektu nie jest obecnie możliwe przyjęcie fiszki projektu pozakonkursowego, wobec czego IZ RPO zaproponowała poddanie pod głosowanie jedynie kryteriów wyboru projektu.

Wobec braku uwag do ww. dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 30/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia rekomendacji dla kryteriów wyboru dla projektu pozakonkursowego RPOWKP.6.P.2

pn. Przebudowa i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu - etap II.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Następnie Pan Dariusz Juszczynski, przedstawiciel Wydziału Koordynacji i Rozwoju w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ omówił Plan działań na rok 2018 dla województwa lubelskiego, który zawiera jeden konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WLU.11.K.5) - Program profilaktyki wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, głosu i mowy wśród uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2018 – 2021.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 31/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 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

Plan działań na rok 2018 dla województwa łódzkiego zawierający jeden konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WLO.10.K.10) - Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka szyjki macicy i raka piersi zaprezentowała Pani Majewska.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 32/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 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 Małopolskiego na lata 2014-2020

W dalszej kolejności Pan Juszczynski przedstawił Plan działań na rok 2018 dla województwa małopolskiego, w którym ujęty jest jeden konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.4) - Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 33/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Następnie Pan Juszczyński omówił Plan działań na rok 2018 dla województwa mazowieckiego, w którym ujęto dwa działania w ramach PI 9iv:

- konkurs nr RPOWMZ.9.K.12 - Dzielne Domy Opieki Medycznej (DDOM),
- konkurs nr RPOWMZ.9.K.13 - RPZ w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 34/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Plan działań na rok 2018 dla województwa podlaskiego zaprezentował Pan Jarosław Izdebski, przedstawiciel Wydziału Koordynacji i Rozwoju w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ.

W dokumencie ujęte są dwa działania w ramach PI 9a:

- konkurs nr RPO WPD.8.K.7 - Inwestycje w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej tj. w zakresie chorób nowotworowych,
- projekt pozakonkursowy nr RPO WPD.8.P.1 - Budowa Centrum Psychiatrii Dzieci i Młodzieży przy Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Następnie Pan Izdebski - w odniesieniu do drugiego działania - poprosił przedstawiciela IZ RPO woj. podlaskiego o przedstawienie wyjaśnień dotyczących etapu uzyskania opinii o celowości inwestycji oraz zgodności projektu z dokumentami programowymi. Pani Beata Wiśniewska, Zastępca Dyrektora Departamentu Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego wyjaśniła, iż wniosek o wydanie opinii o celowości inwestycji został złożony do ministra właściwego do spraw zdrowia 15 maja br. i jest w trakcie oceny merytorycznej. Zaznaczyła jednocześnie, że opinia o celowości inwestycji zostanie przekazana o SKS niezwłocznie po jej otrzymaniu.

Wyjaśniła jednocześnie, że opóźnienie wynika z faktu, iż środki na ww. inwestycję w części dotyczącej psychiatrii dziecięcej pojawiły się w osi VII na etapie renegocjacji z Komisją Europejską Regionalnego Programu Operacyjnego. Poinformowała również, że do 8 czerwca br. trwały konsultacje Programu, w toku których zgłoszono dwie uwagi - nie dotyczyły one jednak kwestii dziś poruszanych. Pani Wiśniewska zaznaczyła, że osobiście uczestniczyła w negocjacjach z DG Regio - w obecności Pana Christophera Todd'a oraz Pana Wolfganga Munch'a, jak również opiekuna Programu - Pani Anny

Modzelewskiej, w toku których wyrażono zgodę na realizację ww. projektu pozakonkursowego. Z racji tego, że pomysł realizacji przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku - jako jednostkę tworzącą oba szpitale - tak dużej inwestycji finansowanej z różnych źródeł pojawił się dość późno, Pan Munch zaproponował przepracowanie tej kwestii nie w formie zmiany Programu Operacyjnego, lecz w formie *Comfort Letter*. Wobec powyższego IZ obecnie oczekuje na wspomniany *Comfort Letter* z Komisji Europejskiej, który również potwierdzi wspomniany fakt.

Następnie Dyrektor Górski poprosił o zabranie głosu przedstawiciela KE. Pani Katarzyna Głowacka – Rochebonne, przedstawicielka Komisji Europejskiej (DG Regional and Urban Policy) potwierdziła, że przedmiotowy temat był konsultowany z KE. Zwróciła również uwagę, że w przedłożonym przez IZ piśmie została poruszona kwestia właściwego zdefiniowania wnioskodawcy, natomiast nie była dyskutowana sama treść projektu. Niemniej jednak w odpowiedzi KE z pewnością zostanie podkreślona konieczność zgodności z zasadami deinstytucjonalizacji oraz konieczność zagwarantowania, że inwestycja nie ma charakteru wsparcia wyłącznie „instytucjonalnego” - w rozumieniu wszystkich dokumentów programowych i wytycznych. Pani Wiśniewska zapewniła, że IZ gwarantuje, że zasada deinstytucjonalizacji jest wzięta pod uwagę - znajduje to również potwierdzenie w kryteriach, według których projekt będzie oceniany.

Wobec braku dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 35/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Następnie Pan Juszczyński omówił Plan działań na rok 2018 dla województwa śląskiego, który zawiera następujące konkursy w ramach PI 8vi:

- RPOWSL.8.K.7 - Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022,
- RPOWSL.8.K.8 - Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia na lata 2019-2022,
- RPOWSL.8.K.9 - Regionalny program rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022,
- RPOWSL.8.K.10 - Regionalny program rehabilitacji oddechowej jako droga powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2022,
- RPOWSL.8.K.11 - Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022,
- RPOWSL.8.K.12 - Regionalny program rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022,

- RPOWSL.8.K.13 - Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022.

Dyrektor Górski poprosił o wyjaśnienie, czy IZ RPO woj. śląskiego analizowała potencjał możliwości zrealizowania programu dotyczącego rehabilitacji po RZS oraz komplementarność w kontekście tego, że w ramach konkursu dotyczącego ogólnopolskiego programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów realizowanego w ramach POWER występuje kilku realizatorów z terenu woj. śląskiego. Poprosił również o przedstawienie informacji, czy omawiane programy zostały już ocenione przez AOTMiT. Pani Barbara Daniel, Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Śląskiego poinformowała, że wszystkie programy zostaną przekazane do AOTMiT po dzisiejszych obradach oraz wyjaśniła, że określenie zakresu programów poprzedzone było konsultacjami z ekspertami oraz szczegółowymi analizami, które wskazywały na ogromne kolejki do rehabilitacji w woj. śląskim. Dodała, że przeprowadzenie procedury konkursowej planowane jest na IV kwartał br.

Wobec braku dalszych uwag przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 36/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 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 Majewska omówiła Plan działań na rok 2018 dla województwa świętokrzyskiego, który zawiera następujące działania:

- konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WSW.9.K.7) - Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami zależnymi. Konkurs dedykowany OSI - obszary miast tracących funkcje społeczno-gospodarcze,
- konkurs w ramach PI 8vi (nr RPO WSW.8.K.5) - Wsparcie profilaktyki nowotworowej ukierunkowane na wczesne wykrywanie raka jelita grubego - konkurs dedykowany Kieleckiemu Obszarowi Funkcjonalnemu (z wyłączeniem miasta Kielce).

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 37/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

Plan działań na rok 2018 dla województwa warmińsko-mazurskiego, który został zaprezentowany przez

Pana Izdebskiego, zawiera jeden konkurs w ramach PI 9iv (nr RPO WiM.11.K.3) - Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania (wraz z sanacją) wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych. Wobec relatywnie wysokiego kosztu jednostkowego wsparcia wynoszącego ponad 8 tys. zł w przeliczeniu na uczestnika, Pan Izdebski poprosił IZ o przedstawienie wyjaśnień. Głos zabrała Pani Katarzyna Taperek-Grzędzińska, przedstawicielka Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego, która poinformowała, że IZ zleciła przeprowadzenie analizy rynku w woj. warmińsko-mazurskim. Pani Taperek-Grzędzińska zaznaczyła, że program uzyskał pozytywną warunkową opinię AOTMiT (nr 56/2017 z dn. 16 marca 2017 r.) oraz podkreśliła, że Agencja nie zgłosiła żadnych wątpliwości w zakresie kosztu jednostkowego. Zwróciła uwagę, że program obejmuje cały kompleks działań, dlatego też nie jest to koszt wyłącznie badania kwalifikacyjnego, lecz również koszt terapii indywidualnej i edukacji. Podkreśliła, że sama kwalifikacja do programu wymaga szeregu działań specjalistów, np. psychiatry i psychologa - nie jest to tylko ankieta czy wywiad lekarski. Podobnie sprawa wygląda w przypadku działań edukacyjnych skierowanych do nauczycieli i do rodziców. Ponadto w programie została przewidziana również terapia indywidualna. Dodatkowo Pani Katarzyna Taperek-Grzędzińska podała jako przykład wysokość dotacji dla dzieci z zespołem Aspergera z Urzędu Miasta, która wynosi około 5 tys. zł miesięcznie. Biorąc powyższe pod uwagę, w opinii IZ roczny koszt całego cyklu działań w wysokości 8 tys. zł nie jest wygórowaną kwotą, co również zostało potwierdzone wspomnianą analizą rynku.

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 38/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Następnie głos zabrał Pan Paweł Goryński, Zastępca Kierownika Zakładu-Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności NIZP-PZH, pełniący w KS funkcję zastępcy stałego obserwatora, który zauważył, że przedstawione PD są bardzo interesujące, również w kontekście programów polityki zdrowotnej. Zaznaczył, że NIZP-PZH współdziała w tworzeniu map potrzeb zdrowotnych i wyraził opinię, że - chociaż każde z województw przy tworzeniu PD zapewne korzystało z danych zawartych w przedmiotowych mapach - w zasadzie tylko woj. podlaskie zaznaczyło, że wszystkie działania są z nimi zgodne. Zdaniem Pana Goryńskiego – w świetle ostatniego raportu NIK *Tworzenie map potrzeb zdrowotnych* – należy podkreślać, że PD zostały przygotowane w oparciu o dane z mapy potrzeb zdrowotnych. Dyrektor Górski podziękował za uwagę oraz potwierdził, że uzasadnienie realizacji projektu zawsze jest przygotowywane w oparciu o analizy, które pochodzą z map potrzeb zdrowotnych. Dodatkowo podkreślił, że na powyższy element uwagę zwraca również AOTMiT, opiniując programy polityki zdrowotnej.

Propozycja zmiany wzoru Planu działań w sektorze zdrowia

Dyrektor Górski poinformował, że zmiana wzoru PD jest wynikiem dyskusji, która miała miejsce na ostatnim (XVI) posiedzeniu KS, jak również głosów poszczególnych regionów dotyczących procedowanej

w trybie obiegowym zmiany Regulaminu KS. Szczegółowe zmiany wprowadzone do wzoru Planu działań w sektorze zdrowia zostały przedstawione przez Pana Juszczyńskiego.

Głos w dyskusji zabrała Pani Katarzyna Zajkowska, Dyrektor Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego, która wyraziła zaniepokojenie w kontekście zapisów punktu 14 (Kosztorys RPZ). Zdaniem Pani Zajkowskiej pokazywanie kosztów jednostkowych będzie dublowane, gdyż ten element jest oceniany również przez AOTMiT w ramach RPZ, a brnięcie w zbyt daleko idące szczegóły może utrudnić pracę. Dyrektor Górski zauważył, że MZ również dokonuje analizy finansowej, jak również porównuje założenia programów. Przedmiotowe dane są zatem niezbędne do dokonania wstępnej oceny projektów, lecz oczywiste jest - że w wyniku dalszych prac projektowych nad programem polityki zdrowotnej czy uwag AOTMiT - budżet programu oraz koszty jednostkowe mogą ulec zmianie. Pani Zajkowska poprosiła o wyjaśnienie, co w przypadku, gdy założenia przyjęte na KS będą musiały zostać dostosowane do opinii AOTMiT. Dyrektor Górski wyjaśnił, że wiążąca dla ogłoszenia konkursów, kosztu i zakresu merytorycznego jest opinia AOTMiT. Natomiast PD identyfikuje sam pomysł i zawiera zakres danych, który jest znacznie węższy niż materiał opiniowany przez AOTMiT. Dyrektor Górski potwierdził, że wprowadzenie tego typu zmian nie wymaga zgłoszenia do SKS (zgodnie z § 4 ust. 7 lit. k obowiązującego Regulaminu KS), z zastrzeżeniem zmian, o których mowa w § 4 ust. 8 (np. dot. zmiany alokacji na konkurs). Następnie Pani Katarzyna Taperek-Grzędzińska zwróciła uwagę na konieczność dostosowania zapisów punktu 14 do treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Dyrektor Górski wyjaśnił, iż wprowadzono autokorektę w następującym brzmieniu: „Podsumowaniem budżetu powinny być dane dotyczące kosztów jednostkowych dla poszczególnych świadczeń *lub* oraz średni koszt wsparcia przypadający na jedną osobę (tj. alokacja na konkurs podzielona przez ilość wspartych osób)”.

Głos w dyskusji zabrała Pani Milena Matysek, przedstawicielka Departamentu Wdrażania EFS w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego, która poprosiła o rozważenie możliwości dodania zapisu, że przedstawienie ww. kosztów nie jest obligatoryjne. Druga kwestia poruszona przez Panią Matysek dotyczyła konieczności wypełniania dwóch fiszek w przypadku planowania konkursów dot. regionalnych programów zdrowotnych (fiszki konkursowej i fiszki RPZ), bowiem wiele punktów powiela się w obu fiszkach. Odnosząc się do pierwszej uwagi Dyrektor Górski wyjaśnił, że biorąc pod uwagę wcześniejszą dyskusję oraz sposób analizowania danych przez MZ należy pozostawić zaproponowane brzmienie. W kontekście drugiej uwagi zauważył, że zaproponowane rozwiązanie wymagałoby istotnych zmian w samej strukturze PD, co na obecnym etapie nie jest zasadne. Następnie głos zabrała Pani Ewa Niedziałek, przedstawicielka Departamentu Regionalnych Programów Operacyjnych w Ministerstwie Inwestycji i Rozwoju, która poprosiła o rozważenie możliwości dodania w fiszce informacji, na którym KS był przyjmowany dany PD. Zauważyła, że ww. uwaga techniczna wynika z konstrukcji Bazy Wiedzy o Funduszach Europejskich. Odnosząc się do powyższej propozycji Pan Juszczyński zauważył, że usprawnienie zostało już wprowadzone, ponieważ stosowana numeracja uchwał pozwala na

zidentyfikowanie posiedzenia, na którym PD został przyjęty (ostatnia cyfra rzymska oznacza konkretne posiedzenie).

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 39/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie uchylenia uchwały Nr 22/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 29 kwietnia 2016 r. w sprawie przyjęcia wzoru Planu działań w sektorze zdrowia oraz przyjęcia wzoru Planu działań w sektorze zdrowia.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Omówienie stanu realizacji projektu PO WER pn. "Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej"

Pani Katarzyna Przybylska omówiła stan realizacji projektu PO WER pn. "Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej". Na wstępie Pani Przybylska przedstawiła - określoną na początku okresu realizacji ww. projektu - listę jednostek, dla których pierwotnie miały zostać opracowane programy polityki zdrowotnej oraz zreferowała stan prac nad poszczególnymi programami. Poinformowała, że w przypadku trzech programów polityki zdrowotnej (w zakresie nowotworów głowy i szyi, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób naczyń mózgowych) nabory zostały zakończone jeszcze w roku 2017. Natomiast w przypadku kolejnych pięciu programów (w zakresie POChP, depresji poporodowej, osteoporozy, nowotworów skóry oraz miażdżycy tętnic i chorób serca) trwają obecnie nabory wniosków. W dalszej kolejności planowane jest również ogłoszenie konkursów w zakresie programów dotyczących raka płuca, chorób kręgosłupa, nowotworów wątroby oraz rehabilitacji po leczeniu raka piersi. Z uwagi na negatywną opinię AOTMiT w zakresie programu dot. nowotworów dziedzicznych, konkurs w tym zakresie nie jest planowany. Dodatkowo Pani Przybylska, nawiązując do sygnalizowanej na XV posiedzeniu KS potrzeby aktualizacji problemów zdrowotnych, dla których opracowane zostaną programy profilaktyczne, poinformowała, że zaszła konieczność opracowania programów dla 5 nowych jednostek chorobowych. Dodała, że wcześniejsza propozycja dot. opracowania programów profilaktycznych w zakresie raka jajnika, przeciwdziałania otyłości, rehabilitacji kardiologicznej i rehabilitacji neurologicznej nie uzyskały ostatecznie akceptacji Kierownictwa MZ. Jednocześnie wyjaśniła, że w chwili obecnej trwają prace nad opracowaniem programów w zakresie WZW typu A i B oraz rehabilitacji po mastektomii, przy czym jednocześnie prowadzone są działania w celu uzyskania zgody Kierownictwa MZ na rozpoczęcie prac nad programami w zakresie boreliozy, próchnicy wśród młodzieży oraz uzależnień od substancji psychoaktywnych, w tym substancji chemicznych wśród młodzieży > 15 r.ż. oraz studentów.

Dyrektor Górski dodał, że z realizacji omawianego projektu można wyciągnąć pewne wnioski, które ma nadzieję w przyszłej perspektywie skonsumować. Pierwszy wniosek dotyczy długiego czasu, który jest potrzebny do opracowania programu - zarówno na poziomie regionów, jak i na poziomie centralnym. Dodał, iż dotychczasowe doświadczenie wskazuje na konieczność dalszego wspierania AOTMiT w celu

przygotowywania modelowych programów, z których będą mogły korzystać również regiony. Nawiązał do przyjętego na XIV posiedzeniu KS projektu pn. Regionalne decyzje w systemie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej, który obecnie jest wdrażany przez AOTMiT. Przypominał, że ramach projektu ma zostać utworzone Repozytorium, służące jako platforma wymiany wiedzy na temat HTA (Health Technology Assessment) i programów polityki zdrowotnej. Dyrektor Górski chciałby, aby w kolejnej perspektywie finansowej MZ organizowało konkursy dla jednostek samorządu terytorialnego na realizację na danym obszarze wyłącznie tych programów polityki zdrowotnej, które zostaną przygotowane w oparciu o materiały zawarte w Repozytorium. Dyrektor Górski zwrócił uwagę na element problematyczny, jakim jest testowanie rozwiązań, które wykraczają poza działania standardowe. Zgodnie z stanowiskiem AOTMiT programy polityki zdrowotnej nie służą do testowania nowych, lecz do wdrażania już sprawdzonych rozwiązań. Wydaje się zatem, że pilotaże służące poszukiwaniu nowych rozwiązań powinny zostać umiejscowione w obszarze nauki. Dyrektor Górski wyraził nadzieję, że dzięki wsparciu środków unijnych możliwe będzie rozwijanie elementu innowacyjnego, natomiast sama profilaktyka skoncentrowana zostanie na wdrożeniowych, powszechnych, populacyjnych programach, które będą realizowane zgodnie z zawartymi w Repozytorium rekomendacjami. Podkreślił jednocześnie, że powyższa kwestia wymaga uzgodnienia zarówno z Ministerstwem Infrastruktury i Rozwoju, jak również z Komisją Europejską. Poprosił jednocześnie członków KS o ewentualne spostrzeżenia w tym zakresie. Pani Milena Matysek wyraziła opinię, że idea powstania Repozytorium jest bardzo dobra. Zauważyła, że regiony stanęły przed niełatwym zadaniem przygotowywania programów zdrowotnych i przykładowo woj. wielkopolskie nadal ma częściowo niewykorzystane środki w tym obszarze. Poprosiła przedmówcę o doprecyzowanie wypowiedzi w kontekście pomysłu na wdrażanie kolejnej perspektywy. Dyrektor Górski zaznaczył, że pomysł jest absolutnie wstępny, gdyż jeszcze nie wiadomo, jak będzie wyglądała struktura programów i kwestia ta nie zostanie rozstrzygnięta w obecnym gronie. Natomiast - jeżeli byłaby decyzja, że wszystkie środki dotyczące profilaktyki byłyby zarządzane centralnie - to region mógłby wnioskować o sfinansowanie na terytorium województwa - zgodnego z rekomendacjami AOTMiT - programu. Ideą jest, że Agencja stworzy narzędzie informatyczne, przy użyciu którego możliwe będzie wygenerowanie programu dla konkretnego województwa – konieczne będzie tylko uzupełnienie danych epidemiologicznych, skorelowanych z mapami potrzeb zdrowotnych i informacji o planowanej do objęcia programem populacji. Zaznaczył, że sam schemat programu (np. działania, grupa docelowa) będzie już generowany automatycznie. Zatem dana instytucja będzie mogła dany program, niewymagający już dodatkowego opiniowania, wygenerować - a następnie ubiegać się o jego dofinansowanie ze środków centralnych lub - jeżeli będzie decyzja - ze środków regionalnych. Głos w dyskusji zabrał również Pan Paweł Szymański, przedstawiciel Departamentu Europejskiego Funduszu Społecznego w Ministerstwie Inwestycji i Rozwoju, który podziękował za przygotowaną na prośbę IZ POWER i Instytucji Koordynującej UP wyczerpującą prezentację w zakresie projektu pn. "Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej". Zdaniem Pana Szymańskiego niezwykle istotne było pokazanie zmian w ww. projekcie pozakonkursowym – również w kontekście jednostek chorobowych, które ostatecznie zostaną objęte projektem. Zwrócił uwagę, że poruszenie tej kwestii było ważne także z punktu widzenia regionów i realizacji RPZ adresowanych

konkretnym jednostkom chorobowym. Następnie Pan Szymański zauważył, że wspomniane przez Dyrektora Górskiego przetestowanie nowych rozwiązań miało się odbyć już w ramach aktualnej perspektywy – w działaniu 5.1 POWER. Dyrektor Górski poinformował, że w najbliższym czasie odbędzie się w tej sprawie spotkanie z AOTMiT oraz wyjaśnił, że po przeanalizowaniu wszystkich programów polityki zdrowotnej, które wpłynęły do AOTMiT celem zaopiniowania oszacowano, że większość programów przekazywanych przez jednostki samorządu terytorialnego dotyczy szczepień HPV. Zakładając, że jeśli AOTMiT przygotowałaby pierwszą rekomendację właśnie w tym zakresie – o ile taka będzie decyzja Prezesa Agencji - to ewentualnie możliwe byłoby przetestowanie modelu właśnie dla tego obszaru. Dodatkowo w odniesieniu do kolejnej perspektywy dodał, że warto rozważyć przetestowanie rozszerzonego modelu, w którym wniosek o dofinansowanie realizacji danego programu profilaktycznego będzie składany przez JST np. region, powiat, czy gminę (obecnie w programie POWER wniosek o dofinansowanie może złożyć podmiot wykonujący działalność leczniczą).

Głos w dyskusji zabrała Pani Joanna Charytonowicz, przedstawicielka Komisji Europejskiej (DG for Employment, Social Affairs and Inclusion), która podziękowała za zaprezentowanie zmian w projekcie i zarysowanie propozycji podejścia do kolejnej perspektywy finansowej. Zachęciła jednocześnie do rozważenia propozycji MZ dot. zgłaszania propozycji, gdyż zdaniem Pani Charytonowicz głos regionów będzie pomocny w kwestii kształtowania nowej perspektywy – również w kontekście usprawniania całego systemu wdrażania. Dodatkowo w kontekście przedstawionej prezentacji poprosiła o wyjaśnienie przyczyn rezygnacji z realizacji programów dot. psychozy i zaburzeń odżywiania na tle psychicznym. Dyrektor Górski wyjaśnił, że identyfikacja obszarów problemowych została wprawdzie oparta na danych epidemiologicznych, niemniej jednak problematyczne - i nie zawsze możliwe - okazało wdrożenie sprawdzonych metod profilaktycznych dla danej jednostki chorobowej z uwagi na brak dowodów skuteczności zastosowania danego rozwiązania. Negatywne stanowisko AOTMiT w tym zakresie jest przyczyną, dla której część z wstępnie zaproponowanych problemów zdrowotnych musiała zostać zmieniona. Podkreślił przy tym, że waga danego problemu absolutnie nie jest przy tym podważana. Pani Charytonowicz zauważyła, że – jak rozumie - w związku z zasygnalizowanym problemem braku dowodów skuteczności proponowanych rozwiązań w odniesieniu od niektórych jednostek chorobowych – zaproponowano w przyszłej perspektywie ujęcie tego typu działań w obszarach innowacyjności nauki, gdzie można by było szukać tego typu rozwiązań. Dyrektor Górski potwierdził, że właśnie takie są wstępne założenia, które mogłyby się oprzeć na obszarach takich jak m.in. profilaktyka, kształcenie kadr, infrastruktura oraz badania i nauka. W przypadku profilaktyki planowane jest finansowanie komponentu wdrożeniowego, bazującego na rekomendacjach AOTMiT, które z założenia będą oparte o wyniki naukowe, sprawdzone metody, doświadczenie międzynarodowe, itp. Natomiast szukanie nowych rozwiązań i sposobów profilaktyki wpisane zostałoby w obszar badań/ nauki. Następnie Dyrektor Górski poprosił Komisję Europejską o przedstawienie informacji na temat prac nad nową perspektywą finansową, szczególnie w obszarze zdrowia.

Pani Katarzyna Głowacka - Rochebonne poinformowała, że w maju br. KE przyjęła projekt budżetu polityki spójności - wieloletnich ram finansowych - ze wstępnymi propozycjami kwot i ze wstępnymi propozycjami

rozporządzeń. Zaznaczyła, że w celu prezentacji informacji na ten temat wykorzystywane są przede wszystkim komitety monitorujące, w których część z obecnych na posiedzeniu osób uczestniczy. Podkreśliła, że na chwilę obecną informacje są wstępne i bardzo ogólne, gdyż jest to dopiero początek procesu i konsultacje rozporządzeń właśnie się rozpoczynają, co oznacza, że ich treść może się jeszcze zmienić. Według dostępnego harmonogramu, proces uzgodnień powinien zakończyć się w maju przyszłego roku i wtedy powinny się pojawić stabilne informacje na temat kierunków polityki spójności. Niemniej jednak w opinii Pani Głowackiej - Rochebonne warto już dziś mówić na forum o pewnych założeniach. KE ogłaszając nową perspektywę finansową ma zwykle nowe pomysły w zakresie upraszczania i także tym razem zawarto w rozporządzeniach szereg propozycji dotyczących uproszczeń procedur w zakresie audytu, kontroli, rozliczania projektów, sprawozdawczości, czy wreszcie rezygnację z raportów rocznych. Dokonano również uproszczenia jedenastu celów tematycznych z lat 2014–2020, sprowadzając je do pięciu jasnych celów polityki na lata 2021-2027 (*Policy Objectives*):

1. Bardziej inteligentna Europa – innowacyjna i inteligentna transformacja gospodarcza.
2. Bardziej przyjazna dla środowiska niskoemisyjna Europa.
3. Lepiej połączona Europa – mobilność i regionalne połączenia teleinformatyczne.
4. Europa o silniejszym wymiarze społecznym – wdrażanie Europejskiego filaru praw socjalnych.
5. Europa bliżej obywateli – zrównoważony i zintegrowany rozwój obszarów miejskich, wiejskich i przybrzeżnych w ramach inicjatyw lokalnych.

Pani Głowacka - Rochebonne zauważyła, że największa koncentracja funduszy ma nastąpić na dwa pierwsze cele, na które zostanie zarezerwowana znaczna część funduszy oraz poinformowała, że obecnie trwają prace nad określeniem zawartości poszczególnych celów tematycznych. W przypadku obszaru zdrowia inwestycje powinny dotyczyć jednego z ww. priorytetów. Ważne jest dotrzymanie zasady dostępu do równej jakości, efektywnej i dostępnej w czasie opieki zdrowotnej. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną - z naciskiem na poprawienie dostępu - będą możliwe w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Wyraziła nadzieję, że - podobnie jak w obecnej perspektywie - inwestycje „twarde” wsparte z EFRR będą przyczyniać się do realizacji celów „miękkich” finansowanych z EFS.

Następnie głos zabrała Pani Joanna Charytonowicz, która zauważyła, że na podstawie ogólnych ram finansowania 2021-2027 KE opublikowała propozycję podstawy prawnej dla nowego funduszu społecznego, który w nowej perspektywie będzie miał rozszerzoną formułę - w nazwie będzie zawierał „+”. EFS+ łączy w sobie Europejski Fundusz Społeczny, inicjatywę na rzecz osób młodych oraz FEAD (Europejski Fundusz Pomocy Najbardziej Potrzebującym). Oprócz instrumentów, które do tej pory były wdrażane w formie „shared management”, do EFS+ będzie również włączony instrument finansowy EaSI - Europejski program na rzecz zatrudnienia i innowacji społecznych (aktualnie zarządzany bezpośrednio przez DG EMPL), jak również Program działań Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia zwany „Health Programme” (zarządzany bezpośrednio przez DG Sante). Poinformowała, że wskazanych wyżej pięć instrumentów finansowych w ramach EFS+ będzie wdrażane w podziale na tzw. trzy pasma – (1) fundusze zarządzane przez „shared management”, (2) program zarządzany bezpośrednio EaSI oraz (3) pasmo zdrowie.

Pani Charytonowicz podkreśliła, że KE wyraża nadzieję, że włączenie Programu zdrowia („Health Programme”) do EFS+ doprowadzi do nowej, silniejszej synergii działań w obszarze zdrowia, jak również synergii z innymi elementami europejskiego filaru praw socjalnych. Dodała, że pasmo *zdrowie* będzie wspierało polityki w obszarze zdrowia i dostęp do produktów medycznych, jak również będzie uzupełniać działania finansowane z EFS+ w obszarze „shared management”. Generalnie wyzwania będą formułowane w ramach Europejskiego Semestru - przede wszystkim w sprawozdaniach krajowych, które będą stanowić istotny punkt odniesienia do przyszłych zasad czy priorytetów finansowania. Pani Charytonowicz poinformowała, że celami pasma *zdrowie* jest poprawa gotowości krajów członkowskich na wypadek kryzysu, poprawa zarządzania i reagowania w sytuacjach kryzysowych w UE w celu ochrony przed transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia, wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej przez wspieranie cyfrowej transformacji zdrowia i opieki, wspieranie krajowych procesów reform, w szczególności w zakresie wyzwań w ramach europejskiego semestru. Kolejnym celem jest wsparcie przepisów unijnych w zakresie zdrowia oraz wsparcie zintegrowanej pracy i wdrażanie najlepszych praktyk w zakresie promocji zdrowia, zapobiegania chorobom i zarządzania nimi. Oprócz obszaru, którym zajmuje się DG EMPL, czyli EFS+ będą również możliwe do wykorzystania na obszar zdrowia środki z innych funduszy, tak jak EFRR, program Digital Europe czy Horizon Europe.

Podsumowując Pani Głowacka - Rochebonne zaznaczyła, że stanowisko KE można odczytać z wstępnych publicznych dokumentów. Podkreśliła, że fundusze mają być bardzo blisko powiązane z procesem europejskiego semestru, a więc propozycja ukierunkowania funduszy musi być ściśle powiązana z wyzwaniami wskazanymi w raporcie krajowym (Country Specific Report). Odnosząc się do struktury wdrażania funduszy europejskich podkreśliła, że jest to decyzja państwa członkowskiego - KE nic nie może narzucić ani zabronić - ale na pewno należy wziąć pod uwagę doświadczenia z obecnej perspektywy. Następnie Pani Głowacka - Rochebonne poruszyła kwestię dotyczącą śródkresowego przeglądu, o której jest mowa w Policy paper, jak również w ewaluacji dotyczącej oceny mechanizmów koordynacji, gdzie zawarto sugestię, aby dokonać aktualizacji ww. dokumentu (np. pod kątem analizy SWOT w kontekście możliwych scenariuszy wdrażania). Dyrektor Górski odnosząc się do przeglądu Policy paper zauważył, że prawdopodobnie temat zostanie powiązany z przeglądem śródkresowym w programach operacyjnych. W związku z tym, że większość narzędzi z Policy paper przekłada się na typy operacji ujęte w programach operacyjnych, związek przyczynowo - skutkowy musi zaistnieć. Podkreślił, że MZ - co do zasady - nie identyfikuje narzędzi, które miałyby zostać usunięte z Policy paper. Zauważył, że proces przygotowania ww. dokumentu, a następnie analizowania jego zapisów był tak długi, że na chwilę obecną – zdaniem Dyrektora Górskiego - nie ma konieczności wprowadzania licznych zmian czy korekt. Oczywiście warto doprecyzować pewne narzędzia czy wdrożyć nowe, ale jest to obszar wyciągania wniosków już na nową perspektywę, co również wynika z współpracy w ramach KS. Zaznaczył, że na wnioski odnoszące się do struktury wdrażania przyjdzie jeszcze czas – należy je poprzedzić odpowiednią dyskusją, jak również oprzeć się na wynikach wspomnianej wcześniej ewaluacji. Następnie Dyrektor Górski zachęcił do dyskusji, zauważając, że jest to dobry moment na wstępne rozmowy z KE na temat przyszłości zdrowia w funduszach unijnych.

Pani Magdalena Piotrowska, przedstawicielka Departamentu Rozwoju Cyfrowego w Ministerstwie Inwestycji i Rozwoju poprosiła o bardziej szczegółowe informacje na temat elementu cyfryzacyjnego w ramach EFS+. Pani Głowacka - Rochebonne poinformowała, że niestety nie dysponuje w obecnej chwili przygotowaną informacją, zauważając, że w ostatnim czasie KE wydała komunikat w tym zakresie, który jest dostępny publicznie. Zadeklarowała jednocześnie, że w razie potrzeby będzie możliwe przygotowanie - przy wsparciu DG Sante - bardziej szczegółowych informacji oraz zaproponowała możliwość udziału przedstawiciela DG Sante w kolejnym posiedzeniu. Następnie głos zabrał Pan Paweł Szymański, który zauważył, że warunki podstawowe, które zostały ujęte w załączniku do rozporządzenia ogólnego wskazują na dokument strategiczny w obszarze zdrowia. Poprosił o wyjaśnienie, czy KE posiada koncepcję w tym zakresie, czy wystarczające będzie zaktualizowanie Policy paper czy też konieczne będzie przygotowanie nowego dokumentu. Pani Głowacka - Rochebonne wyjaśniła, że nie ma konkretnych koncepcji w tym zakresie - ważne jest, aby kraj członkowski wykazał, że posiada ramy strategiczne. Wydaje się, że wystarczająca będzie aktualizacja Policy paper, pod warunkiem, że będzie zawierała elementy, które były do tej pory wymagane, czyli monitoring, system, budżet i mapping. Dodatkowo zauważyła, że KE będzie monitorowała „enabling conditions” przez cały okres wdrażania środków – zatem spełnienie warunków nie będzie podlegało jednorazowej ocenie wyłącznie na początku, lecz warunki będą musiały być aktualne przez cały czas.

Następnie Pani Przybylska przedstawiła powody wykreślenia ze wstępnej agendy punktu dotyczącego aktualizacja rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach PI 2c - Wzmocnienie zastosowań TIK dla (...) e-zdrowia - w szczególności zgłoszenie przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia potrzeby wprowadzenia zasadniczych zmian w ww. dokumencie związanych m.in. ze zmianą ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowie oraz postępami w obszarze projektu P1. Jednocześnie Pani Przybylska poinformowała, że dokument – po gruntownej aktualizacji - zostanie przedstawiony do dyskusji na kolejnym posiedzeniu KS.

Omówienie stanu realizacji projektów Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (w szczególności „P1”)

Z zaprezentowanych przez Pana Janusza Cieszyńskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia prezentacji, pierwsza dotyczyła projektów realizowanych przez CSIOZ, w szczególności postępów w projekcie P1. Zaznaczył jednocześnie, że obecny na posiedzeniu Pan Bartłomiej Wnuk, Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia jest główną osobą odpowiedzialną za realizację tego projektu. W pierwszej kolejności Pan Minister odniósł się do projektu P2 dot. rejestrów medycznych oraz projektu P4 dot. dziedzinowych systemów teleinformatycznych systemu informacji w ochronie zdrowia. Odnosząc się do systemu IOWISZ, zaznaczył, że ma on fundamentalne znaczenie dla całego systemu ochrony zdrowia, gdyż pozwala analizować i wprowadzać zobiektywizowane miary do oceny projektów inwestycyjnych w całym systemie. Pan Minister podkreślił, że realizacja Projektu P1 w drugiej fazie wymagała długich negocjacji prowadzonych przez poprzedników, dzięki czemu możliwe było dokończenie projektu i zrealizowanie tak istotnego celu, jakim jest wprowadzenie systemu informacji medycznej. Następnie Pan Minister omówił elementy planu naprawczego dla Projektu P1, w tym przeprowadzenie

i skuteczne rozstrzygnięcie zamówienia publicznego na dokończenie budowy P1, które pozwoliło zawrzeć umowy z wykonawcami, udostępnienie kluczowych elementów dla całego środowiska zewnętrznego (np. gabinetów lekarskich, aptek) – udostępniono dokumentację integracyjną e-recepty, e-skierowania oraz środowisko testowe dla dostawców oprogramowania, zaprezentowanie fragmentu oprogramowania. Zaznaczył, że – po zakończeniu etapu dotyczącego pilotażu e-recepty - również terminowo rozpoczęto wdrażanie kolejnego etapu dotyczącego pilotażu elektronicznego skierowania i podkreślił, że nie identyfikuje zagrożeń w zakresie realizacji harmonogramu prac. Kolejne etapy dotyczą zdarzeń medycznych i wymiany Elektronicznej dokumentacji medycznej. Pełna stabilizacja systemu planowana jest na luty 2020 r. Następnie Pan Minister przedstawił szczegółowe informacje dotyczące pilotażu e-recepty, który jest realizowany w sześciu podmiotach leczniczych w Siedlcach i Skierniewicach, w prawie 60 aptekach, ale przede wszystkim w grupie ponad 100 tys. potencjalnych pacjentów. Poinformował również, że procedowane są obecnie plany związane z Internetowym Kontem Pacjenta (IKP). Ponadto zwrócił uwagę, że obok zaprezentowanych funkcjonalności wynikających usług w P1 - strategia na rzecz rozwoju systemu oparta jest zasadniczo na dwóch filarach: informacyjnym (np. informacje o receptach zrefundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia) i łatwej dostępności (np. dla osób słabo widzących). Istotna jest również kwestia integracji z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych. Pan Minister podkreślił, że docelowo każdy obywatel będzie mógł zobaczyć swoje zwolnienia lekarskie, wysokość składek czy wartość świadczeń - zarówno w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej, jak również leków refundowanych. W opinii Pana Ministra warto również zwrócić uwagę na walor edukacyjny dla obywateli w zakresie ekonomiki systemu ochrony zdrowia. Z innych funkcjonalności użytecznych dla pacjentów Pan Minister zwrócił uwagę również na listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zlecenia na wyroby medyczne, deklarację wyboru lekarza POZ czy zgodę na dostęp do dokumentacji medycznej, co jest niezwykle istotne w kontekście RODO. Następnie poinformował o planach udostępnienia w IKP funkcjonalności dotyczącej możliwości zgłaszania nieprawidłowości rozliczeń świadczeniodawcy z NFZ. W dalszej kolejności Pan Minister posługując się przykładem świadczenia 500+ omówił kwestię dostępności IKP. Dostęp do IKP będzie możliwy za pośrednictwem Profilu Zaufanego (PZ), a w przyszłości także przy wykorzystaniu tzw. „węzła krajowego”, który jeszcze w 2018 roku umożliwi integrację z ponad 10-milionową grupą klientów bankowości elektronicznej. Oprócz tego dostęp będzie możliwy również za pośrednictwem Zintegrowanego Informatora Pacjenta. Pan Minister zwrócił również uwagę, że samo upewnienie się, że kilkanaście tysięcy podmiotów w całej Polsce wystawiających i realizujących recepty zostało podłączone do systemu i może poprawnie realizować procesy, jest dużym wyzwaniem organizacyjnym. Zapowiedział również konieczność współpracy w powyższym zakresie z poszczególnymi regionami. Pan Minister podkreślił, że w związku ze świadomością zróżnicowanego poziomu informatyzacji świadczeniodawców planowane jest sfinansowanie w pewnym zakresie informatyzacji ze środków krajowych - w szczególności na obszarach białych plam. Kończąc pierwszą część wystąpienia Pan Minister zachęcił uczestników posiedzenia do dyskusji.

Pani Katarzyna Głowacka – Rochebonne podziękowała za przedstawioną prezentację oraz szczegółowe informacje, zauważając, że projekt P1 wzbudził troskę KE. Wyraziła zadowolenie, że obecnie działania są realizowane zgodnie z zaplanowanymi etapami. Jednocześnie poprosiła o wyjaśnienie, czy przewidziana

została akcja informacyjno-propagująca skierowana do pacjentów, aby również ich zachęcić do korzystania z narzędzi informatycznych. Pan Minister podkreślił, że pacjenci są bardzo ważną stroną i wyjaśnił, że projekty ulotek informacyjnych dla tej grupy zostały już przygotowane. W kontekście bankowości elektronicznej istotna będzie również współpraca z partnerami komercyjnymi w zakresie promocji wcześniej omówionych rozwiązań. Dodatkowo poinformował, że planowane jest nawiązanie współpracy z regionami m.in. w celu dystrybucji materiałów. Następnie w odpowiedzi na prośbę Pana Pawła Goryńskiego, Pan Minister doprecyzował kwestie dot. zdarzeń medycznych i wymiany EDM, wyjaśniając, że zakres elektronicznej dokumentacji medycznej określony jest legislacyjnie. Następnie głos zabrał Pan Stanisław Kruczek, Członek Zarządu Województwa Podkarpackiego, który zaproponował rozciągnięcie uwierzytelniania także na świadczeniodawców, gdyż elektroniczny podpis jest dużą barierą dla lekarzy. Zauważył, że obecnie przy użyciu smartfona – logując się za pomocą odcisku palca – można w bardzo prosty sposób wykonać chociażby przelew. Pan Minister kierunkowo zgodził się z przedmówcą, niemniej jednak zauważył, że przy dokumentacji medycznej celem powinno być wykorzystanie najbezpieczniejszych środków oraz zwrócił uwagę na transgraniczny walor i konieczność zapewnienia poziomu bezpieczeństwa, akceptowalnego także poza granicami Polski. Powyższe prawdopodobnie uniemożliwia wykorzystanie najprostszych metod (takich jak wspomniane przez przedmówcę), natomiast dostępne są rozwiązania dot. podpisów elektronicznych, które gwarantują – co prawda trochę mniejszą ergonomię – ale jednocześnie znacznie większe bezpieczeństwo, co jest niezwykle istotne w świetle rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym.

Następnie głos w dyskusji zabrała Pani Katarzyna Zajkowska, która zadeklarowała, że platforma regionalna województwa podlaskiego rozwija się bardzo dobrze, a wskaźniki w zakresie wykorzystania portalu pacjenta zostały już na ten moment przekroczone. Pani Zajkowska - w związku z tym, że przy realizacji projektu konieczne było uwiarygodnienie, że zapewnia on zgodność z założeniami platformy P1 - poprosiła o przedstawienie, jak Pan Minister widzi obecność platform regionalnych w rozwijającej się platformie P1. Zauważyła również, że zgodnie z rekomendacjami przyjętymi przez KS przy planowaniu konkursów w ramach PI 2c konieczne jest wykazanie komplementarności realizowanych projektów z P1. Wobec planów dalszego wykorzystywania alokacji poprosiła o informację, czy przywidziane są daleko idące zmiany dotychczasowych założeń P1.

Pan Minister wyjaśnił, że takie zmiany nie są przewidziane, natomiast zauważył, że wszystkie funkcjonalności, które zostaną wytworzone na poziomie centralnym powinny płynnie wpisywać się w to, co powstało na poziomie regionalnym. Należy jednak założyć, że racjonalne jest, aby e-recepta funkcjonowała na poziomie centralnym, ale są też na pewno zadania, np. w zakresie elektronicznej wymiany dokumentacji medycznej, które można realizować w regionie. Podkreślił, że celem platformy P1 nie jest w tym zakresie zastępowanie platform regionalnych, tylko harmonijne współistnienie.

Pani Katarzyna Głowacka – Rochebonne zauważyła, że w niektórych raportach rocznych z wdrażania funduszy, które obecnie KE otrzymuje od regionów, zasygnalizowane zostały problemy w kontekście zapewnienia interoperacyjności, wynikające z opóźnień P1. Wobec powyższego poprosiła o wyjaśnienie,

kto czuwa nad tym, aby interoperacyjność była dochowana i kto do kogo się musi dopasować.

Pan Minister zauważył, że najważniejsze jest funkcjonowanie w oparciu o jednolite standardy. W ramach projektu P1 przyjęty został standard HL7 CDA i zakłada się, że platformy regionalne będą również wdrażane zgodnie z tym standardem. Ciałem, które koordynuje prace jest - powołana przy Dyrektorsze CSIOZ - Rada ds. Interoperacyjności. Odpowiedzialnością ww. Rady jest dbanie, aby nie powstawały rozwiązania, których późniejsze wdrażanie będzie ponadprzeciętnie drogie, czasochłonne i problematyczne.

Informacja o odstąpieniu od rozwiązania Grupy roboczej ds. e-zdrowia oraz omówienie sposobu koordynacji wsparcia dla e-zdrowia na płaszczyźnie krajowej i regionalnej

Odnosząc się do punktu dot. kwestii rozwiązania Grupy roboczej ds. e-zdrowia Minister Cieszyński wyjaśnił, że na początku roku Kancelaria Prezesa Rady Ministrów wydała wytyczne, aby dokonać przeglądu funkcjonujących zespołów pod kątem zasadności ich dalszego funkcjonowania i ewentualnego zamknięcia. Biorąc pod uwagę powyższe podjęto decyzję o rozwiązaniu Grupy roboczej ds. e-zdrowia, funkcjonującej przy KS. Niemniej jednak po dokładnym przeanalizowaniu tematu – również w kontekście uwag Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju, jak również głosu ze strony KE, odstąpiono od powyższego.

Głos zabrała Pani Katarzyna Głowacka – Rochebonne, zauważając, że KE nie wyraziła ani poparcia, ani sprzeciwu wobec rozwiązania ww. Grupy, natomiast pragnie poznać jej rolę. Poprosiła o wyjaśnienie, skąd KS - mający w swym zakresie koordynację inwestycji w obszarze e-zdrowia - będzie czerpał stosowne informacje w tym zakresie oraz czy istnieje inne forum, na którym regiony, realizujące liczne projekty dot. e-zdrowia, będą mogły omawiać sprawy z tego zakresu.

W pierwszej kolejności Pan Minister odniósł się do Strategii rozwoju e-Zdrowia na lata 2018-2022 i zauważył, że jej celem jest uporządkowanie i ustrukturyzowanie rozwoju e-zdrowia w Polsce. Następnie zaprezentował toczące się na forum międzynarodowym prace i zauważył, że IHE tworzy profile integracyjne, które opisują scenariusze wymiany danych tak, aby były one kompatybilne i kompletne oraz wskazuje w wytycznych jako zasadne użycie standardu HL7 i DICOM. Odnosił się również do Connectathon - wydarzenia mającego na celu przeprowadzenie testów interoperacyjności medycznych systemów teleinformatycznych. Zauważył również, że obecnie toczą się prace nad utworzeniem Krajowego Punktu Kontaktowego ds. e-Zdrowia (KPK). KPK mają umożliwić zdalny dostęp do informacji medycznej o pacjencie - za jego uprzednią zgodą – przy transgranicznym udzielaniu świadczeń medycznych oraz zdalny dostęp do informacji o recepcie elektronicznej i jej realizacji. Podkreślił, że KPK mają stanowić istotny element elektronicznego przekazywania danych medycznych pomiędzy państwami członkowskimi UE podczas transgranicznego udzielania świadczeń zdrowotnych. Odnosząc się do koordynacji w zakresie e-zdrowia podkreślił, że prace odbywają się na forum zespołów funkcjonujących na różnych poziomach. Zauważył, że na poziomie rządowym funkcjonuje przykładowo Komitet Rady Ministrów ds. Cyfryzacji. Istnieje również Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia czy Zespół ds. koordynacji działań w obszarze e-administracji, udostępniania informacji sektora publicznego oraz rozwoju kompetencji cyfrowych, działający przy Ministerstwie Cyfryzacji. Ponadto

funkcjonuje Rada ds. interoperacyjności, Zespół Efekt Zdrowie oraz Rada Informatyzacji. Następnie Pan Minister pokrótce przedstawił role i zadania ww. zespołów. Zauważył również, że minister nadaje kierunek/priorytety polityce, których realizacją zajmują się instytucje funkcjonujące na poziomie regionalnym. Podkreślił, że aby proces był skuteczny, nie może się dziać w oderwaniu od oczekiwań i potrzeb instytucji regionalnych. Dodał, że jednocześnie są też inne - istotne dla obszaru e-zdrowia – płaszczyzny, np. fora wymiany informacji czy poglądów z biznesem, który jest kluczowym partnerem w przypadku oprogramowań gabinetowych, systemów szpitalnych czy systemów obsługujących NFZ. Pan Minister wskazał również na niezwykle ważną rolę Rady ds. Interoperacyjności - ciała doradczego Dyrektora CSIOZ. W odniesieniu do Zespołu Efekt Zdrowie, który zajmuje się pośrednio e-zdrowiem, poinformował, że właśnie w ramach prac tegoż gremium wypracowane zostały wnioski pod kątem nowego wyglądu internetowego konta pacjenta. Zauważył, że ww. Zespół łączy doświadczenia administracji z doświadczeniem zewnętrznych podmiotów - przedstawicieli biznesu oraz podkreślił, że dzięki strumieniowi *Business Intelligence* - wraz z rozwijaniem informatyzacji - możliwe będzie rozwijanie zdolności informatycznych w zakresie przetwarzania informacji. W odniesieniu do Rady ds. Informatyzacji wyjaśnił, że z uwagi na to, iż jej zadaniem jest zarządzanie środkami na informatyzację w ramach MZ i jednostek nadzorowanych/ podległych, obecność przedstawicieli regionów nie jest zasadna. Kończąc prezentację Minister Cieszyński podkreślił, że współpraca z regionami jest priorytetem oraz zachęcił do bieżącego formułowania wątpliwości i zgłaszania do MZ oczekiwań.

Następnie głos zabrała Pani Magdalena Piotrowska, przedstawicielka Departamentu Rozwoju Cyfrowego w Ministerstwie Infrastruktury i Rozwoju, która podziękowała za zmianę decyzji dot. rozwiązania Grupy roboczej ds. e-zdrowia przy KS. Zdaniem Pani Piotrowskiej funkcjonowanie odrębnej Grupy będzie sprzyjało skuteczniejszej koordynacji obszaru e-zdrowia. Następnie Pani Dobrawa Biadun, przedstawicielka organizacji pracodawców stwierdziła, że - po przedstawieniu przez Pana Ministra analizy dot. licznych ciał zajmujących się e-zdrowiem - trudno jej zidentyfikować ciało, które integrowałoby wszystkie środowiska, gdzie można by faktycznie mówić o spójnych wydatkach na ten obszar – zarówno ze środków krajowych i środków unijnych. Zaznaczyła, że doświadczenia przedstawiciela organizacji pracodawców w pracach ww. Grupy roboczej wskazują, że nie działał właściwie oraz wskazała na trudności z jakąkolwiek dyskusją i uzyskaniem odpowiedzi na pytania dot. zintegrowania systemów i rekomendacji dalszych prac, które pojawiały się nawet dzisiaj. Zdaniem Pani Biadun powyższe wskazuje na konieczność uspoijnienia prac zespołów lub - być może – rezygnacji z funkcjonowania któregoś zespołu, lecz niekoniecznie z Grupy roboczej do spraw e-zdrowia przy KS. Pan Minister zadeklarował, że - widząc potrzebę zapewnienia dalszych prac takiego forum - reprezentacja Ministerstwa Zdrowia na pewno będzie aktywna. Podkreślił jednocześnie, że istotne jest, aby wszyscy mieli poczucie, że ustalenia z pracy zespołów są konsumowane.

Następnie Pani Katarzyna Zajkowska - odnosząc się do deklaracji Pana Ministra dot. osobistego zaangażowania się w działania regionów, poinformowała, że woj. podlaskie może służyć doświadczeniem we wdrożeniu platformy. Podkreśliła, że problemy i sukcesy z tym związane stanowią ogromną pracę, a doświadczenia regionów na poziomie wdrożeniowym są nie do przecenienia. Zdaniem Pani Zajkowskiej

Grupa robocza ds. e-zdrowia byłaby dobrą platformą wymiany doświadczeń - chyba nawet jedyną płaszczyzną w zakresie wdrożeń na wszystkich poziomach - od regionów poprzez wszystkie podmioty tworzące, co - wydaje się - byłoby pomocne przy aktualnych wdrożeniach Ministerstwa Zdrowia. Wobec powyższego Pan Minister zaproponował, aby woj. podlaskie zaprezentowało swoje doświadczenia na kolejnym posiedzeniu Grupy roboczej ds. e-zdrowia.

Następnie głos zabrała Pani Barbara Daniel, Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego. Wyraziła opinię, że wszystkie regiony z ulgą przyjęły informację o odstąpieniu od rozwiązania grupy roboczej ds. e-zdrowia. Zauważyła, że postęp prac Grupy był znaczący, a na posiedzeniu KS były rekomendowane już konkretne - wcześniej przedyskutowane i wypracowane rozwiązania. Podkreśliła również, że współpraca z CSIOZ jest jak najbardziej efektywna. Zdaniem Pani Daniel przedmiotowa grupa jest właściwym miejscem, aby spiąć wszystkie komponenty e-zdrowia, biorąc pod uwagę różny stopień wdrożenia rozwiązań przez poszczególne regiony, jak również założenia P1.

Pan Minister podziękował za głosy, zapewniając, że - biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenia z Projektem P1 - Ministerstwu Zdrowia zależy, aby sukcesywnie prezentować kolejne jego komponenty i konkretne rezultaty które będą mogły zostać wykorzystane przez regiony. Następnie Pan Andrzej Sztokfisz, Zastępca Dyrektora Departamentu Społeczeństwa Informacyjnego w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Świętokrzyskiego wyjaśnił, że w woj. świętokrzyskim w chwili obecnej nie jest tworzona platforma, czego powodem jest brak jednoznaczności, w jaki sposób miałyby być ona umiejscowiona w systemie ochrony zdrowia. Zdaniem Pana Sztokfisza powinien być znany sposób umocowania platform, ich zakres i sposób funkcjonowania oraz kierunek rozwoju. Dodał, że woj. świętokrzyskie przeprowadziło pilotaż wymiany informacji pomiędzy szpitalami, natomiast platformy regionalnej jako takiej nie ma. Wyraził również zdanie, że jeżeli będzie taka potrzeba, to platforma zostanie utworzona w ramach kolejnego projektu. Wobec powyższego poprosił o wyjaśnienie, czy obecnie trwają prace w celu odpowiedniego umocowania legislacyjnego platform regionalnych. Pan Minister poinformował, że problem był analizowany i w ocenie MZ, w oparciu o funkcjonujące przepisy, istnieją podstawy prawne do tworzenia platform regionalnych (na podstawie ogólnych przepisów dot. informatyzacji państwa). Zdaniem Ministra Cieszyńskiego nie jest konieczne na obecnym etapie dostosowanie prawa wyłącznie pod kątem stworzenia konkretów regulacji platform regionalnych. Dodał, że analizując przepisy można przyjąć, że jeśli Zarząd Województwa będzie miał wolę stworzenia platformy regionalnej, to można znaleźć do tego podstawę prawną w oparciu o funkcjonujące przepisy.

Następnie Pani Głowacka – Rochebonne poprosiła o doprecyzowanie roli Grupy roboczej ds. e-zdrowia przy KS (forum dyskusji, wymiany doświadczeń, wypracowywanie wspólnych stanowisk, rola monitorującą projektów w zakresie e-zdrowia), biorąc pod uwagę fakt funkcjonowania innych gremiów. Pan Minister zauważył, że w zasadzie wszystkie wymienione role są ze sobą połączone, przykładowo wymiana doświadczeń wynikających z monitorowania.

Następnie Pani Charytynowicz nawiązując do zaprezentowanych na posiedzeniu przez poszczególne regiony głosów poparcia w zakresie nierozwiązywania Grupy roboczej ds. e-zdrowia zauważyła, że na

wcześniejszym etapie wybrzmiał jedynie komentarz Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju, zwracający uwagę, że zlikwidowanie ww. Grupy jest niezasadne. Jednocześnie biorąc pod uwagę wcześniejszą dyskusję zachęciła regiony do bieżącej aktywności. Zwróciła uwagę, że już na wcześniejszym etapie powinny zostać wyrażone głosy poparcia dla funkcjonowania Grupy lub – w przypadku funkcjonowania Grupy w nieodpowiedni sposób - sugestie dot. konieczności zmiany tego stanu rzeczy.

Następne Pan Minister podziękował za dyskusję, po czym przystąpiono do omówienia kolejnego punktu agendy.

Omówienie wyników kontroli NIK Tworzenie map potrzeb zdrowotnych

Wyniki kontroli NIK Tworzenie map potrzeb zdrowotnych zostały szczegółowo omówione przez Pana Jakuba Adamskiego, Zastępcę Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia. Dyrektor Adamski zaprezentował również stanowisko Ministra Zdrowia do przedmiotowych wyników.

Następnie Pan Stanisław Kruczek, po upewnieniu się, że wszystkie prezentacje zostaną udostępnione uczestnikom posiedzenia, zauważył, że w przypadku woj. podkarpackiego ciekawie prezentują się dane dot. śmiertelności, która jest najniższa w skali Polski, podczas gdy z drugiej strony region charakteryzuje się najmniejszą liczbę lekarzy w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców. Dyrektor Adamski przypomniał o konieczności analizy danych oraz zauważył, że wyciąganie wniosków z takich przedstawianych danych jest procesem złożonym. Następnie Pani Zajkowska poprosiła o wyjaśnienie, na kiedy przewidziane jest wdrożenie platformy internetowej dot. publikacji danych. Dyrektor Adamski wyjaśnił, że chciałby, aby nastąpiło to do końca wakacji, ale na pewno absolutnie najpóźniejszym terminem jest grudzień br. Zaznaczył również, że we wrześniu planowane jest – zgodnie z przyjętym harmonogramem – przesłanie do konsultacji grudniowych map potrzeb zdrowotnych w części podstawowej. Pozwoli to na analizowanie danych czy uzyskanie danych dla kolejnych obszarów w następnych kilku miesiącach. Jednocześnie Dyrektor Adamski odnosząc się do danych dot. aktualności danych w mapach potrzeb zdrowotnych zauważył, że gdy mapy publikowane są w maju, to zawierają dane opóźnione o przynajmniej półtora roku z uwagi na brak dostępnych kompletnych danych za poprzedni rok kalendarzowy. Jednocześnie podkreślił, iż celem jest, aby mapy grudniowe zawierały dane z 2017 roku. Biorąc pod uwagę, że NFZ zamyka sprawozdawczość do połowy kolejnego roku, Departament Analiz i Strategii spróbuje je uwzględnić w grudniowych mapach, przynajmniej w wersji analitycznej, która będzie dostępna elektronicznie, niemniej jednak wydaje się to być dużym wyzwaniem.

Następnie Pani Charytynowicz serdecznie podziękowała za przedstawienie prezentacji, przypominając, że została ona przygotowana na prośbę KE. Temat jest bardzo interesujący dla KE ze względu na warunkowość ex-ante, która wymagała opracowania map potrzeb zdrowotnych, jak również z punktu widzenia tego, iż część map została opracowana w ramach POWER. Zauważyła, że informacje pojawiające się zarówno w prasie, jak i skrótowa informacja umieszczona na oficjalnej stronie NIK ukazywała inny obraz. Warto jednak zapoznać się z całym raportem, aby mieć pełny obraz informacji, który został zaprezentowany na forum dzisiejszego KS. Podkreśliła, że KE docenia wkład i wysiłek włożony w opracowanie przedmiotowych map, zdaje sobie sprawę, jak trudnym procesem było

opracowanie ich w sposób rzetelny, ale i terminowy oraz że KE nie miała zastrzeżeń do jakości opracowanych map z punktu widzenia spełnienia warunkowości ex-ante, ponieważ nie było to przedmiotem oceny. Uwagę KE przykuła kwestia rzetelności i kompletności danych w rejestrach poruszona przez NIK, które stanowią podstawę do opracowania map potrzeb zdrowotnych. W związku z tym cieszy informacja, że Ministerstwo Zdrowia podejmuje dalsze kroki w kierunku poprawy rzetelności danych w rejestrach i innych systemach informatycznych. Zachęciła, aby jakość danych była systematycznie poprawiana, co jest ogromnie ważne w kontekście przydatności map. Pani Charytynowicz podkreśliła, że KE z niepokojem przyjęła wyki kontroli NIK, mówiące o ograniczonym sposobie wykorzystywani map przez wojewodów, jak również przez oddziały wojewódzkie NFZ, podczas gdy głównym celem ich powstania jest właśnie ich wykorzystywanie w celu kreowania polityki zdrowotnej w Polsce – w odpowiedzi na rzeczywiste potrzeby ludności. Zwróciła również uwagę na potrzebę jasnej komunikacji w zakresie informacji dot. aktualizacji map - również na forum regionalnym, aby dotarła ona do wojewodów, którzy do tej pory nie wykorzystywali map, twierdząc, że nie odzwierciedlają w prawidłowy sposób rzeczywistości.

Następnie Pani Głowacka – Rochebonne poprosiła o informację, kiedy nastąpi nowelizacja rozporządzenia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych. Dyrektor Adamski przyznał, że rozporządzenie jest nieaktualne, jednocześnie wyjaśniając że próba znowelizowania rozporządzenia zostanie podjęta możliwie szybko, niemniej jednak pierwszeństwo w przygotowaniu mają jednak same mapy potrzeb zdrowotnych. W dalszej kolejności Pani Głowacka – Rochebonne poprosiła o wyjaśnienie, czy NFZ kontraktując środki bierze pod uwagę mapy potrzeb zdrowotnych. Dyrektor Adamski zauważył, że mapy miały ograniczone zastosowanie przy sieciowaniu szpitali, rozumianym jako zmiana sposobu finansowania podmiotów leczniczych. Niemniej mapy znajdują zastosowanie przy kryteriach konkursowych podczas kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ (pośrednio wykorzystując opinie o celowości inwestycji). Należy jednak mieć na uwadze, że w chwili obecnej kontraktowanie odbywa się w ograniczonym zakresie, natomiast w momencie kiedy stanie się ono ponownie rzeczywistością, podejście do map będzie jak najbardziej aktywne. Ponadto wraz z mapami i nowymi priorytetami z całą pewnością będzie możliwe skuteczniejsze oddziaływanie na NFZ w kontekście planów zakupu świadczeń. Pani Głowacka – Rochebonne poprosiła o doprecyzowanie, czy opinia o celowości inwestycji zawiera element zgodności z mapami jako kryterium dostępu, czy jest to jeden z elementów oceny. Zadała również pytanie, czy jest możliwe, aby inwestycja, która nie jest zgodna z mapami, dostała pozytywną opinię o celowości inwestycji. Dyrektor Adamski wyjaśnił, że elementy brane pod uwagę są dużo szersze niż tylko mapy potrzeb zdrowotnych. Niemniej jednak w praktyce elementem warunkującym uzyskanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji jest uzyskanie pozytywnej odpowiedzi na pytanie dot. zgodności z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, stanowiące kryterium dostępu. Dyrektor Adamski podkreślił, że priorytety są wynikiem wnioskowania, natomiast mapy potrzeb zdrowotnych zawierają analizę sytuacji. Wobec powyższego przygotowywanie przez wojewodów priorytetów w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych warunkuje wspomnianą zgodność z mapami.

Następnie Pani Charytynowicz odnosząc się do rozszerzonego zakresu map potrzeb zdrowotnych

w stosunku do rozporządzenia, zauważyła, że KE dostrzega wartość dodaną wspomnianego rozszerzenia i popiera ideę prezentowania wniosków i rekomendacji z map. Wyraziła nadzieję, że będzie to stanowiło uproszczenie dla osób korzystających z map. Pani Charytnowicz poinformowała, że zapoznała się z kilkoma przykładami wniosków i rekomendacji oraz podkreśliła zgodność z - wystosowaną w piśmie informującym o wypełnieniu warunkowości ex-ante w obszarze zdrowia - sugestią KE dot. prezentowania wyników i rekomendacji z map.

Kończąc dyskusję Dyrektor Górski podziękował Dyrektorowi Adamskiemu i całemu Departamentowi Analiz i Strategii MZ za prace w zakresie map potrzeb zdrowotnych. Równocześnie zauważył, że projekt dot. mapy potrzeb zdrowotnych został wyróżniony przez European Institute of Public Administration w Maastricht prestiżowym certyfikatem Best Practice European Public Sector Award 2017 (EPSA). EPSA to nagroda dla najlepszych, najbardziej innowacyjnych oraz wyróżniających się sprawnością jednostek administracji publicznej, które podejmują działania dotyczące kompleksowego i skutecznego rozwiązywania kluczowych problemów na różnych poziomach oddziaływania (lokalnym, regionalnym, krajowym i europejskim).

Sprawy różne, w tym kwestia perspektywy finansowej 2021-2027

Kwestia perspektywy finansowej 2021-2027 została omówiona w pierwszej części posiedzenia.

Pan Dyrektor Górski oddał głos Panu Marcinowi Pierzchale, przedstawicielowi IBC-GROUP Central Europe Holding S.A., który poinformował, że rozpoczyna się drugi etap badania ewaluacyjnego „Ocena realizacji Planów Działań w sektorze zdrowia”. Pan Pierzchała wystosował prośbę o współpracę i aktywny udział w badaniach. Poinformował, że oprócz ankiety internetowej będą również realizowane badania telefoniczne. Następnie przypominał o badaniu fokusowym, które odbędzie się bezpośrednio po posiedzeniu.

Wobec braku innych głosów ze strony uczestników, Pan Krzysztof Górski podziękował za spotkanie i zakończył posiedzenie, informując, że kolejne spotkanie planowane jest na wrzesień 2018 r. Zaznaczył jednocześnie, że wcześniej odbędzie się spotkanie Grupy roboczej ds. e-zdrowia przy KS.

4. Uchwały poddane pod głosowanie oraz wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 28/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 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:

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

- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 29/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 30/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia rekomendacji dla kryteriów wyboru dla projektu pozakonkursowego RPOWKP.6.P.2 pn. Przebudowa i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu - etap II

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 31/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 32/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 33/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 34/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 35/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 36/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 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,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 1 głosów - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 37/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 38/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego


Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 39/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie uchylenia uchwały Nr 22/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 29 kwietnia 2016 r. w sprawie przyjęcia wzoru Planu działań w sektorze zdrowia oraz przyjęcia wzoru Planu działań w sektorze zdrowia

Wyniki głosowania:

- 22 głosy – za podjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 3 głosy - wstrzymujące się.

5.	Protokół sporządził: Justyna Wajrach	główny specjalista w Wydziale Koordynacji i Rozwoju Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia
6.	Zatwierdził: 12 LIP. 2018	 ZASTĘPCA DYREKTORA Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia Krzysztof Górski

Załącznik 1: Lista obecności
Załącznik 2: Porządek obrad