

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
IX posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce 29 lipca 2016 r. w siedzibie Ministerstwa Zdrowia (dalej: MZ) przy ul. Miodowej 15 w Warszawie.	
2.	Porządek obrad:
<p>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</p> <p>W IX posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyło łącznie 65 osób (33 członków i zastępców członków lub osób upoważnionych do głosowania, 2 stałych obserwatorów oraz 30 innych zaproszonych osób), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 32 osób z prawem do głosowania (członkowie, zastępcy lub osoby upoważnione). Imienna lista uczestników spotkania stanowi załącznik nr 1 do protokołu.</p> <p>Spotkanie otworzył Przewodniczący Komitetu Sterującego Pan Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, który przywitał wszystkich uczestników oraz podziękował za przybycie na spotkanie.</p> <p>Następnie posiedzenie prowadzone było, zgodnie z prośbą Pana Ministra, przez Panią Agnieszkę Kister, Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ - Zastępcę Przewodniczącego Komitetu Sterującego.</p> <p>Pani Dyrektor Kister zaproponowała rozpoczęcie posiedzenia od zatwierdzenia porządku obrad (załącznik nr 2 do protokołu), przedstawiając jednocześnie propozycję wprowadzenia zmiany, polegającej na dodaniu punktu odnoszącego się do <i>Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020 w zakresie fiszki projektu pozakonkursowego o numerze POIiŚ.9.P.14 pn. Rozbudowa i doposażenie SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie celem utworzenia szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci wraz z budową wyniesionego na dach ładowiska dla śmigłowców sanitarnych</i>. Pani Dyrektor zaznaczyła, że ww. fiszka została wyłączona z procedowania podczas poprzedniego (VIII) posiedzenia KS z uwagi na konieczność wyjaśnienia i doprecyzowania, tj. pierwotnie wartość projektu była zbyt duża, gdyż obejmowała całą inwestycję w budynku, podczas gdy fiszka powinna dotyczyć wyłącznie inwestycji związanej ze szpitalnym oddziałem ratunkowym. Ostateczny kształt fiszki został ustalony z Instytucją Zarządzającą (IZ) Regionalnym Programem Operacyjnym (RPO) Województwa Zachodniopomorskiego w dzień poprzedzający niniejsze</p>	

posiedzenie KS, dlatego też członkom Komitetu przedstawiono do wglądu wersję papierową ww. dokumentu. Zgodnie z ustaleniami podjętymi w trakcie poprzedniego Komitetu i roboczym wyrażeniem zgody przez członków KS na włączenie do agendy IX KS Planu działań dla PO liŚ w zakresie fiskalnego projektu pozakonkursowego o numerze POLiŚ.9.P.14 pn. *Rozbudowa i doposażenie SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie (...)*, Pani Dyrektor Kister poprosiła o głosowanie nad przyjęciem agendy uwzględniającej ww. zmianę. Wyniki głosowania przedstawiały się następująco: 25 głosów było za przyjęciem zmiany, 0 - przeciwko, 0 - wstrzymało się.

W związku z powyższym zmieniona agenda została przyjęta.

3.	Przebieg posiedzenia:
----	-----------------------

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

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan działań w zakresie RPO Województwa Warmińsko-Mazurskiego obejmuje konkurs w zakresie PI 2c, zaznaczając jednocześnie, że IZ zgłosiła dwie autokorekty do ww. dokumentu. Powyższe zostało potwierdzone przez Pana Ryszarda Wasińskiego, przedstawiciela Urzędu Marszałkowskiego (UM) Województwa Warmińsko-Mazurskiego, który poprosił członka delegacji – Panią Jolantę Czarnecką o zaprezentowanie wprowadzonych zmian. Pani Czarnecka wyjaśniła, że z formularza Planu działań usunięte zostały arkusze dotyczące PI 8vi, które były przedmiotem uzgodnienia podczas VIII KS (22 lipca 2016 r.). Dodatkowo w ramach PI 2c usunięto konkurs, którego ogłoszenie pierwotnie planowano na listopad 2016 r. (wraz z fiską konkursową i kryteriami) oraz zaktualizowano wykaz działań, które będą uzgodnione w kolejnych Planach działań (uwzględniono w tym miejscu przesunięty konkurs). Dodatkowo Pani Czarnecka wyjaśniła, że zakres dokonanych zmian jest uzasadniony tym, że pierwotne terminy konkursu planowane były na etapie, kiedy były zatwierdzone kryteria przez Komitet Monitorujący RPO, lecz nie były jeszcze uzgodnione i uwzględnione rekomendacje Komitetu Sterującego w zakresie kryteriów wyboru projektów z zakresu e-zdrowia. Po przeanalizowaniu rekomendacji dla kryteriów przyjętych przez Komitet Sterujący oraz mając na uwadze warunki zapisane w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych RPO Warmińsko-Mazurskiego, IZ podjęła decyzję o przesunięciu konkursu na drugi kwartał 2017 r.

Następnie przystąpiono do głosowania nad przyjęciem Uchwały Nr 52/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie RPO Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

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

Pani Dyrektor Kister poprosiła przedstawiciela IZ RPO Województwa Zachodniopomorskiego o syntetyczne zaprezentowanie projektu pozakonkursowego planowanego do realizacji w ramach PO liŚ na terenie ww. województwa. Pani Dyrektor zaznaczyła jednocześnie, że uczestnikom posiedzenia zapewniono dostęp do wersji papierowej materiałów.

Pani Dorota Łabinowicz, przedstawiciel UM Województwa Zachodniopomorskiego, wyjaśniła, że korekta fiszki podyktowana była wpisaniem do jej pierwszej wersji niewłaściwej wartości projektu, która pierwotnie określona została na 56 000 000 zł. Inwestycja będąca przedmiotem obrad KS dotyczy budowy nowego obiektu wyłącznie w zakresie SOR (który ma być zlokalizowany na parterze ww. budynku) i lądowiska (które ma być zlokalizowane na dachu). Natomiast pierwotnie wskazana kwota (56 000 000 zł) odnosiła się do całości inwestycji związanej z budową ww. obiektu. Po wyodrębnieniu środków dedykowanych wyłącznie na budowę SOR i lądowiska, prawidłowa wartość projektu pozakonkursowego wynosi 10 527 000 zł, w tym koszty kwalifikowalne 9 248 000 zł. Dodatkowo konieczne było wyraźne zaznaczenie linii demarkacyjnej pomiędzy ewentualnym wsparciem ze środków RPO i wsparciem PO liŚ. Przedstawicielka województwa zachodniopomorskiego podkreśliła, że koszty niekwalifikowalne w projekcie zostaną pokryte ze środków własnych jednostki, która ma na ten cel zabezpieczone środki („w kasie” i w formie umowy kredytowej w wysokości 20 mln zł).

Wobec braku uwag i zastrzeżeń przystąpiono do głosowania nad przyjęciem Uchwały Nr 54/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia zmiany Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020.

Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

Aktualizacja 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.*

Pani Dyrektor Kister zaznaczyła, że uzupełnienie obowiązujących rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach PI 9a wynika z zatwierdzenia przez Komisję Europejską kolejnego pakietu map potrzeb zdrowotnych odnoszących się do oddziałów szpitalnych. Pani Dyrektor Kister poinformowała, że przed niniejszym posiedzeniem KS do projektu uchwały zgłoszone zostały uwagi przez województwo opolskie i podlaskie. Dodatkowo Ministerstwo Rozwoju (dalej: MR) zgłosiło jedną uwagę redakcyjną. W celu możliwie najsprawniejszego procedowania dokumentu, Pani Dyrektor Kister zaproponowała - podobnie jak w trakcie poprzednich posiedzeń KS – dyskusję nad kolejnymi punktami Rekomendacji.

Jak na wstępie zauważyła Pani Dyrektor Kister, rekomendacje nr I.1 I.2 i I.3 w ramach zasad ogólnych nie

ulegają zmianie.

W kontekście punktu I.3 głos zabrała Pani Lucyna Bożek, przedstawicielka UM Województwa Małopolskiego, która zwróciła uwagę na zawiadomienie Komisji Europejskiej (dalej: Komisja lub KE) z 19 lipca br. w sprawie pomocy państwa¹, wprowadzającego pojęcie, że działalność gospodarcza może mieć wyłącznie charakter czysto pomocniczy. Pani Bożek poprosiła o interpretację stanowiska Komisji Europejskiej i ewentualne przekazanie jej na piśmie. Pani Dyrektor Kister zaznaczyła, że podjęcie dialogu z Komisją Europejską w tej sprawie może okazać się konieczne, niemniej jednak to ze strony KE należy oczekiwać interpretacji ww. zawiadomienia. Pani Dyrektor zaznaczyła, że do tej pory stanowisko Komisji odnośnie pomocy publicznej było zbieżne z brzmieniem rekomendacji KS, tzn. co do zasady, infrastruktura wytworzona w ramach projektu może być wykorzystywana wyłącznie na rzecz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, natomiast działalność komercyjna możliwa jest tylko w bardzo niewielkim zakresie. Na jednym z poprzednich posiedzeń KS przedstawiciel Departamentu Regionalnych Programów Operacyjnych w Ministerstwie Rozwoju oraz przedstawiciel Komisji Europejskiej zasygnalizowali, że KE pracuje nad dokumentem, który będzie określał konkretny pułap procentowy, do którego możliwe będzie wykonywanie działalności leczniczej o charakterze komercyjnym. Natomiast w kontekście dokumentu cytowanego przez Panią Bożek, gdyby uznać, że słowo „*pomocniczo*” ma oznaczać, że chodzi właśnie o np. wynajem pomieszczeń, to byłoby to raczej zaostrezenie niż zliberalizowanie wymagań. W toku dalszej dyskusji uzgodniono, że do MZ zostanie skierowane pisemne zapytanie w tej sprawie.

W odniesieniu do punktu I.4 Rekomendacji Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że proponowana zmiana ma charakter redakcyjno-upraszczający, natomiast w przypadku punktu I.5 – porządkujący, bazujący na rozwiązaniu funkcjonującym do tej pory. Pani Aleksandra Marciniak-Kleszcz, przedstawicielka UM Województwa Śląskiego, poprosiła o wyjaśnienie użytego w przypisie sformułowania „*odpowiednie mapy dziedzinowe*”. Głos w dyskusji zabrała Pani Barbara Więtkowska, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, która zwróciła uwagę, że obok map szpitalnych, opracowane zostaną również mapy dziedzinowe dla 30 grup chorób, nad którymi aktualnie trwają prace. W każdej grupie będą analizowane ścieżki leczenia pacjenta, niezależnie od oddziału, na którym było udzielane dane świadczenie - tak, aby ocenić różnorodność w podejściu do leczenia oraz jakość udzielanych świadczeń. W mapach dziedzinowych analizowany będzie obszar leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. A zatem jeśli mowa jest na przykład o psychiatrii, która nie była poruszana w mapach szpitalnych, to należy zauważyć, że mapa dla chorób psychicznych odnosi się do sposobu leczenia, czy to na poziomie lecznictwa zamkniętego, lecznictwa otwartego, czy POZ. I zostanie to szczegółowo zanalizowane właśnie w mapie dziedzinowej. Dodała, że w ww. mapach analiza nie ogranicza się do poszczególnych typów oddziałów, lecz opisuje sposób leczenia jednostek chorobowych, który często uwzględnia kompleksowość, czyli „przeływ” pacjenta między poszczególnymi stopniami leczenia, czy rehabilitację, która również nie została objęta w mapach szpitalnych, czy opiekę

¹ Zawiadomienie Komisji w sprawie pojęcia pomocy państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 262 z 19.07.2016)

długoterminową.

Następnie Pani Lucyna Bożek poprosiła o wskazanie właściwego sposobu procedowania w sytuacji, w której znalazło się województwo małopolskie tj. gdy nie ma map potrzeb zdrowotnych dla POZ i AOS, a IZ planuje konkurs w zakresie psychiatrii dla leczenia zamkniętego. Wyjaśniła, że w województwie małopolskim są dwa szpitale z „dużą” rehabilitacją kompleksową, która nie została zmapowana. Dodatkowo przewidziane są projekty połączone – szpital z AOS (w przypadku jednej ze spółek również POZ). Pani Bożek dodała, że w ww. konkursie nie została przewidziana opieka koordynowana. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że z Policy paper wynika wprost, że do momentu powstania map można wybierać projekty w ramach derogacji, która jest szczegółowo opisana w ww. dokumencie oraz powtórzona w rekomendacjach dla PI 9a (według nowej numeracji pkt I.6). Niespełnienie warunku dotyczącego opieki koordynowanej oznacza, że derogacja nie jest spełniona, a zatem należy czekać na właściwe mapy. Jednocześnie Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że harmonogram ich powstawania nie uległ zmianie.

Następnie Pani Dorota Kopeć, przedstawicielka UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego, poprosiła o przekazanie informacji odnośnie listy 30 jednostek chorobowych, dla których mają powstać mapy wraz z harmonogramem ich przygotowania. Pani Dyrektor Kister poinformowała, że informacje te zawarte są w Policy paper oraz ponownie potwierdziła, że harmonogram nie uległ zmianie. Mapy zostaną opracowane w terminie, od którego nie ma możliwości odstępstwa, tj. do końca 2016 roku, co zostało również zapisane w Action Plan'ie dla procesu wypełniania warunkowości *ex-ante*.

Kolejne pytanie, które zostało zadane przez Panią Dorotę Kopeć dotyczyło kwestii wydawania opinii o celowości inwestycji (dalej: OCI), o której mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przeprowadzania przez IZ weryfikacji projektów pod kątem zgodności z mapami potrzeb. Chodzi tutaj o zderzenie pkt I.5 – cyt. *„Projekty są wybierane z uwzględnieniem danych zawartych we właściwych mapach lub danych źródłowych do ww. map dostępnych na internetowej platformie danych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych udostępnionej przez Ministerstwo Zdrowia (...)”* oraz pkt I.7 – cyt.: *„Do dofinansowania może być przyjęty, z zastrzeżeniem pkt I.6, wyłącznie projekt posiadający pozytywną opinię o celowości inwestycji, o której mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...). Właściwe Instytucje Zarządzające i Instytucje Pośredniczące mają obowiązek zapewnić, że ww. opinia jest załączona do wniosku o dofinansowanie.”* Pani Kopeć poprosiła o wyjaśnienie, czy te kryteria nie powielają się.

Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że rekomendacja ogólna mówiąca o zgodności projektu z mapą potrzeb zdrowotnych jest cytatem z innych dokumentów, w tym Policy paper. Cały punkt I Rekomendacji ma charakter ogólny/ horyzontalny i przedstawia generalny sposób patrzenia na projekty i ich ocenę. Jego zapisy mówią przede wszystkim o tym, w jaki sposób należy weryfikować bardziej szczegółowe kryteria, które znajdują się w dalszej części dokumentu. I tak m.in., na etapie oceny formalnej należy sprawdzić, czy projekt posiada opinię o celowości inwestycji. Następnie weryfikacji podlegają również inne kryteria formalne oraz merytoryczne – punktowe/ rankingujące, które również są szczegółowo opisane w dalszej części Rekomendacji. W przypadku rekomendacji odnoszących się do projektów kardiologicznych, które mówią np. o wskaźnikach, poziomach, pułapach, etc. - zgodnie z rekomendacjami - należy bazować na

danych, które są dostępne w mapach, na platformie internetowej lub w sprawozdawczości Narodowego Funduszu Zdrowia za ostatni rok sprawozdawczy. Podsumowując, ocena projektu przebiega z uwzględnieniem danych zawartych w ww. źródłach.

Następnie Pani Lucyna Bożek zadała pytanie dotyczące procesu zatwierdzania przez Komisję Europejską map potrzeb zdrowotnych i poprosiła o wyjaśnienie, czy KE będzie zatwierdzała 30 map dla poszczególnych jednostek chorobowych czy jedną mapę zawierającą wszystkie opisy modułowe. Pani Dyrektor Więckowska wyjaśniła, że mapa onkologiczna i mapa kardiologiczna były wysyłane do Komisji odrębnie i podlegały odrębnemu procesowi akceptacji. Zgodnie z założeniami, przygotowanych zostanie 30 odrębnych map potrzeb zdrowotnych dotyczących poszczególnych jednostek chorobowych. Głos w dyskusji zabrał Pan Minister Piotr Gryza, który odnosząc się do tematu warunkowości *ex-ante* przypomniał, że kwestie dotyczące mapowania potrzeb zdrowotnych mają odzwierciedlenie w Policy paper (str. 204) i w Action Plan'ie dla wypełnienia warunkowości *ex-ante*. Pan Minister zaznaczył również, że w ww. Planie ujęty jest m.in. harmonogram opracowywania map potrzeb zdrowotnych. Zadeklarował jednocześnie, że - ponieważ nie każdy o nim pamięta - zostanie on opublikowany w portalu Baza Wiedzy.

Dodatkowo Pan Minister zauważył, że w roku bieżącym rozbudowany został zakres oceny celowości inwestycji i w niedługim czasie zamknięty zostanie proces legislacyjny nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwiększającej zakres wartości projektów, które będą podlegały ocenie, jak również wprowadzającej narzędzia służące do jej przeprowadzania.

Następnie Pani Jolanta Sobierańska-Grenda, przedstawicielka UM Województwa Pomorskiego, odniosła się do opublikowanej aktualizacji map potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego i zapewnienia, że zmiany mają charakter techniczno-redakcyjny i nie wnoszą niczego nowego. Zauważyła, że w przypadku województwa pomorskiego w poprzedniej mapie ujęta była informacja dotycząca zmniejszenia liczby łóżek pediatrycznych o 30%, natomiast obecnie – zgodnie z upublicznią aktualizacją – docelowe jest zwiększenie liczby łóżek pediatrycznych. W opinii Pani Sobierańskiej-Grendy, zawarty na stronie MZ komunikat, że są to wyłącznie poprawki redakcyjne jest komunikatem nieuprawnionym. Zauważyła również, że ponieważ województwo pomorskie przymierza się do dużych inwestycji i zmian w obszarze pediatrii, planując powyższe przedsięwzięcia powoływano się na pierwotną rekomendację, w tym ww. komunikat wybrzmiał również w przestrzeni medialnej. Pani Sobierańska-Grenda poprosiła o potwierdzenie, że w opublikowanych mapach potrzeb zdrowotnych nic już technicznie nie zmienia się. Pani Dyrektor Więckowska podkreśliła, że błąd wkradł się w podsumowaniach map, stworzonych jako oddzielne sumaryczne dokumenty, natomiast właściwe dokumenty, tj. mapy nie zmieniły się - część prognostyczna map, rozdział dotyczący prognozy łóżek i wszystkie tabele są dokładnie takie same. Błąd natury technicznej znalazł się wyłącznie w wyodrębnionym podsumowaniu, gdzie rzeczywiście wartości uległy zmianie – zostały one zsynchronizowane z wartościami ujętymi w mapach. Następnie Pani Dyrektor Kister potwierdziła, że obowiązujące są ujednolicone mapy opublikowane na stronie MZ. Co więcej, o ww. zmianach została oficjalnie poinformowana KE.

Następnie Pani Mariola Zajdel-Ostrowska, przedstawicielka UM Województwa Podkarpackiego, zauważyła, że mapy potrzeb zdrowotnych dotyczą 70 oddziałów, natomiast wnioski tylko 18. Poprosiła również

o potwierdzenie poprawności stwierdzenia, że w przypadku woj. podkarpackiego do wniosków dla 18 oddziałów wstawiono nieprawidłowy procent liczby hospitalizacji, co z kolei spowodowało dalsze błędy w wyliczeniach. Pani Dyrektor Więckowska podkreśliła, że dokumentem wiążącym i przyjętym przez Ministra Zdrowia są mapy potrzeb zdrowotnych, czyli - zgodnie z rozporządzeniem MZ - dokument składający się z trzech części – (1) analizy demograficzno-epidemiologicznej, (2) analizy stanu i wykorzystania zasobów oraz (3) prognozy. Z uwagi na jego obszerność przyjęto rozwiązanie przygotowania krótszego dokumentu – podsumowującego, który ułatwi zrozumienie treści zawartych w mapach i ich interpretację. Natomiast ze względu na stwierdzony błąd techniczny, zmianie uległy wartości w podsumowaniach map, co nie powoduje konieczności zmiany wniosków i rekomendacji wynikających bezpośrednio z dokumentu źródłowego.

Przechodząc do kolejnych punktów Rekomendacji - I.6, I.12 i I.13 - Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że zmiany w nich ujęte mają charakter redakcyjny. Pani Mariola Zajdel-Ostrowska poprosiła o rozważenie, aby dokładnie taki sam zapis, jaki jest dla opieki długoterminowej, gdzie jest tylko wskazanie formy opieki zdeinstytucjonalizowanej, znalazł się w Rekomendacjach w wymiarze opieki psychiatrycznej – środowiskowej, zgodnie z zapisami Policy paper. Pani Dyrektor Kister zauważyła, że podobną uwagę zgłosiło województwo podlaskie, natomiast ww. zapis jest cytatem z Policy paper, a kwestia rozszerzenia wyłączeń była już przedmiotem co najmniej dwukrotnych konsultacji z KE (nawet podczas jednego z posiedzeń KS), lecz ostatecznie w drodze pisemnej nie uzyskano zgody Komisji na dokonanie jakichkolwiek zmian. Pan Minister Gryza zauważył, że na chwilę obecną zgłoszona propozycja nie jest formalnie możliwa do zaakceptowania, niemniej jednak - biorąc pod uwagę Narodowy Program Zdrowia Psychicznego - merytorycznie uwaga jest zasadna. Pan Minister poprosił, aby w przypadku wystąpienia potrzeby dalszej analizy, zwrócić się do MZ na piśmie wraz z proponowaną interpretacją. Głos w dyskusji zabrała Pani Katarzyna Zajkowska, przedstawicielka UM Województwa Podlaskiego, sugerując, że w przypadku skierowania wspólnego z woj. podkarpackim wystąpienia do MZ należy uwzględnić w nim - oprócz opieki psychiatrycznej – również terapię uzależnień.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do omawiania punktu II Rekomendacji. Na wstępie poinformowała, że województwo podlaskie zaproponowało istotną zmianę polegającą na złagodzeniu wymogu dotyczącego kontaktu z NFZ ujętego w punkcie II.1. Propozycja województwa podlaskiego przedstawia się następująco – cyt.: *„Projekt jest realizowany wyłącznie w podmiocie posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie zbieżnym z zakresem projektu, a w przypadku projektu przewidującego rozwój działalności medycznej lub zwiększenie potencjału w tym zakresie, pod warunkiem zobowiązania się tego podmiotu do ubiegania się o zawarcie takiej umowy najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu.”* Pani Dyrektor poinformowała, że powyższa propozycja nie może zostać przyjęta ze względu na (1) zapisy Policy paper oraz (2) zapisy poszczególnych regionalnych programów operacyjnych mówiące, że infrastruktura może być wykorzystywana wyłącznie na potrzeby udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Pani Dyrektor zaznaczyła, że oczywiście jest to pewnie ryzyko ze strony beneficjanta, ale jego minimalizacji ma służyć m.in. opinia o celowości inwestycji – tak, aby w przypadku projektów, które nie mają

charakteru *stricte* odtworzeniowego - lecz rzeczywiście zwiększający potencjał danego podmiotu - zweryfikować, na ile z punktu widzenia płatnika i decydentów jest to zasadne. Pani Katarzyna Zajkowska poinformowała, że powyższa propozycja miała stworzyć tło dla wspólnej dyskusji, mając na uwadze, że na chwilę obecną nie do końca wiadomo jak będzie wyglądało kontraktowanie w momencie oddawania inwestycji. Zasugerowała, że warto wykorzystać tę sytuację do powrotu do dyskusji z Komisją Europejską. Pani Dyrektor Kister potwierdziła, że występuje prawdopodobieństwo, iż zmieni się płatnik. Było to już przedmiotem dyskusji na poprzednim posiedzeniu KS, w którym uczestniczył również przedstawiciel KE. Jednocześnie podkreśliła, że realizowane projekty służą zapewnieniu infrastruktury na potrzeby udzielania świadczeń, które są finansowane ze środków publicznych. Celem nie jest wspieranie infrastruktury, która będzie wykorzystywana komercyjnie, bo to absolutnie nie jest właściwy priorytet inwestycyjny. Co więcej, nie można ryzykować sytuacji sfinansowania infrastruktury, która następnie nie będzie wykorzystywana. Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że przedmiotowa kwestia była przedmiotem długich negocjacji z Komisją Europejską. Podkreślić należy również, że analogiczny wymóg w przypadku programów centralnych istniał już w poprzedniej perspektywie finansowej 2007-2013. Pan Minister Gryza wyraził zrozumienie dla przedstawianych obaw, jednocześnie wyjaśniając, że zmiana płatnika nie wpływa na zmianę sposobu kupowania świadczeń. Dodał również, że na jego osobisty wniosek w Ministerstwie Zdrowia procedowana jest zmiana sposobu zakupu świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. W chwili obecnej nie jest możliwe przedstawienie szczegółowych założeń dotyczących tzw. sieci szpitali, niemniej ich projekt będzie przedmiotem konsultacji zewnętrznych, które najprawdopodobniej rozpoczną się we wrześniu.

Następnie głos w dyskusji zabrał Pan Maciej Sytek, przedstawiciel UM Województwa Wielkopolskiego, który zauważył, że jeżeli IZ wpisuje do Planu działań - w uzgodnieniu z MZ - daną inwestycję, a następnie jest ona uzgadniana w ramach Komitetu Sterującego, to należy założyć, że dana placówka raczej otrzyma kontrakt. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że KS formalnie nie ma uprawnień, aby w imieniu płatnika deklarować kontraktowanie świadczeń. Natomiast poprzez różne rozwiązania należy starać się zweryfikować zasadność realizacji danej inwestycji – uprawdopodobnić to, że rzeczywiście kontrakt jest potrzebny. Nie można tego jednak traktować jako swego rodzaju obowiązku dla płatnika, aby podjął określoną decyzję w zakresie kontraktacji świadczeń.

Pani Marzena Bielecka, przedstawicielka organizacji Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, wyraziła obawę w związku z rekomendacją dotyczącą obowiązku kontraktowania świadczeń w kontekście zapisów ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którymi kontraktowanie w przypadku leczenia szpitalnego przewidziane jest na okres 5- lub 10-letni oraz kwestii trwałości projektu. Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że celowe jest ujęcie obowiązku posiadania umowy najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu (jest to sprawa indywidualna, dlatego też nie ma odniesienia do kolejnego roku kalendarzowego). Pani Mariola Zajdel-Ostrowska zauważyła, że jest to ważna kwestia i poprosiła o informację, czy jest możliwe, aby w „międzyczasie” odbywały się ponowne konkursy dla podmiotów, które będą uruchamiały określony typ działalności medycznej. Pani Dyrektor Kister zauważyła, że jeżeli świadczenia są zakontraktowane na najbliższe 10 lat i NFZ nie wskazuje na żadne deficyty w tym zakresie, to trudno uznać, żeby takie dodatkowe inwestycje były potrzebne.

Pan Marek Szczepanik, przedstawiciel UM Województwa Świętokrzyskiego, zapytał Pana Ministra, czy może sobie wyobrazić sytuację, w której któryś z organów tworzących szpital nie będzie chciał już pełnić takiej roli. Pan Minister odpowiedział, że pewną cechą polskiego systemu jest to, że jest za dużo organów prowadzących.

Następnie Pani Dyrektor Kister przeszła do omawiania kolejnych zmian w II części Rekomendacji. Pani Aleksandra Marciniak-Kleszcz, przedstawicielka UM Województwa Śląskiego, zadała pytanie dotyczące oceniania przez Komisję Oceny Projektów zgodności z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych (punkt II.2). Zauważyła, że w trakcie posiedzenia KS padła kiedyś wypowiedź, że limity wynikające z map potrzeb zdrowotnych będą weryfikowane przez wojewodę na podstawie wydawanych OCI. Analizując IOWISZ, Pani Marciniak-Kleszcz zastanawiała się, na podstawie którego kryterium wojewoda będzie to oceniać i czy będzie mieć narzędzie, aby zweryfikować/ sprawdzić, czy dany limit został już przekroczony. Pani Dyrektor Kister zauważyła, że na etapie wyboru projektów do dofinansowania OCI powinna być już dostępna/ wydana. Pani Dyrektor Więckowska wyjaśniła, że jeżeli wojewoda będzie wydawał opinię o zgodności inwestycji z mapami potrzeb zdrowotnych, to istotny będzie element pierwszeństwa wpłynięcia wniosku. Natomiast konkurs finansowany ze środków unijnych będzie miał swoje limity finansowe. Pani Marciniak-Kleszcz zauważyła, że mapa dotyczy wszystkich inwestycji w danym regionie, a nie tylko finansowanych ze środków unijnych. Pani Dyrektor Kister dodała, że właśnie z tego powodu na forum KS trafiają projekty już przefiltrowane, ponieważ wojewoda widzi nie tylko środki unijne, a opinie wydaje w oparciu o inwestycje finansowane z różnych źródeł. Pani Lucyna Bożek zauważyła, że sytuacja nie jest łatwa, również dla służb wojewody, które nie do końca są na ww. proces przygotowane. Zwróciła uwagę, że problem może pojawić się również w przypadku punktu II.4 Rekomendacji, w którym jest mowa o zidentyfikowanych deficytach podaży świadczeń. Odnosząc się do powyższego Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że w takim przypadku pomocny będzie NFZ. Następnie Pani Bożek poprosiła o wyjaśnienie, czy z uwagi na konieczność dwukrotnego przedkładania opinii wojewody o celowości inwestycji w przypadku projektu pozakonkursowego (do wniosku o dofinansowanie i na potrzeby KS) możliwe będzie przedłożenie kopii dokumentu. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że oczywiście możliwe jest przedłożenie kopii dokumentu potwierdzonej za zgodność z oryginałem.

Następnie Pani Dyrektor Kister omówiła zmianę pkt II.7 Rekomendacji i poinformowała, że w odniesieniu do niego uwagę zgłosiło województwo podlaskie oraz poprosiła o zabranie głosu przedstawiciela ww. województwa. Pani Katarzyna Zajkowska wyjaśniła, że była to uwaga o charakterze czysto technicznym, a nie merytorycznym i wynikała z przekonania, że intencja treści tego punktu została wyczerpana w punkcie II.1 Rekomendacji. Ponadto Pani Zajkowska poprosiła o wyjaśnienie sposobu, w jaki będzie traktowana opieka koordynowana – zawężająco czy rozszerzająco i czy kompleksowa opieka będzie polegała na wykazanej współpracy np. między POZ i AOS. Pan Maciej Miłkowski, Zastępca Prezesa NFZ, wyjaśnił, że poprzez kompleksowość należy rozumieć przykładowo to, że podmiot - szpital ma jednocześnie izbę przyjęć i intensywną terapię - a nie np. współpracę podmiotów, z których jeden ma izbę przyjęć, inny ma oddział intensywnej terapii i jako konsorcjum stworzą pełnoprofilowy szpital. Pani Lucyna Bożek zaproponowała rozważenie ujęcia kryteriów dotyczących kompleksowości nie jako kryteriów

obligatoryjnych, lecz jako fakultatywnych – tak, aby w ramach RPO po zapoznaniu się z wnioskami o dofinansowanie, można było je uwzględnić w dodatkowej ocenie. Pani Bożek wyraziła obawę, że zaostrenie dotyczące kompleksowości spowoduje, że co najmniej połowa wniosków może zostać odrzucona.

Pani Mariola Zajdel-Ostrowska zauważyła, że w omawianym dokumencie zaledwie raz pojawia się rehabilitacja kardiologiczna, która jest istotnym elementem opieki kompleksowej. Natomiast jednocześnie całkowicie pominięty został element rehabilitacji neurologicznej, onkologicznej czy psychiatrycznej. Pan Minister Gryza pokreślił, że w punkcie II.7 Rekomendacji - dotyczącym kompleksowości - zawarte są dwie intencje: po pierwsze, powinien być to szpital czynny i po drugie, powinien on mieć przychodnie przyszpitalne. Wobec powyższego Pani Zajdel-Ostrowska ponownie poprosiła o doprecyzowanie definicji kompleksowości. W wyniku dyskusji Pani Dyrektor Kister zaproponowała następujące brzmienie przedmiotowego kryterium – cyt.: *„Projekty mogą być realizowane przez podmioty, które zapewniają lub będą zapewniać najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu realizacji projektu, udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach oddziałów szpitalnych i AOS, szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.”* Pani Mariola Zajdel-Ostrowska potwierdziła poprawność zaproponowanego brzmienia.

Następnie Pani Dyrektor Kister poinformowała, że województwo opolskie zgłosiło uwagę w odniesieniu do dodanego kryterium II.8 w brzmieniu – cyt.: *„Projekty dotyczące oddziałów o charakterze położniczym mogą być realizowane wyłącznie na rzecz oddziału, gdzie liczba porodów przyjętych w ciągu roku wynosi co najmniej 400).”* Zaproponowano jego usunięcie z uwagi na ryzyko ograniczenia dostępu dla mniejszych podmiotów leczniczych o charakterze ginekologiczno – położniczym (w województwie opolskim zaledwie trzy podmioty mogłyby spełnić ww. kryterium). Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Pan Minister rozmawiał na ten temat z konsultantem, który potwierdził, że w przypadku małych województw ww. problem rzeczywiście może się pojawić oraz poprosiła o zabranie głosu przedstawicieli innych województw. Pani Zajdel-Ostrowska potwierdziła, że taka sama sytuacja występuje na podkarpaciu, gdzie tylko w dużym ośrodku w Rzeszowie oraz w oddziałach położniczo-ginekologicznych w byłych miastach wojewódzkich liczba porodów mieści się w standardzie 400/rok. Natomiast w przypadku kilku oddziałów w pozostałych miastach liczba porodów wynosi ok. 100/rok. Następnie Pani Zajkowska dodała, że w przypadku województwa podlaskiego w większości szpitali powiatowych liczba porodów w zeszłym roku wyniosła między 200 a 300. Podkreśliła, że województwo nie wniosło uwagi do tego punktu z uwagi na fakt, że nawet jeśli mniejszy podmiot leczniczy może nie otrzymać dofinansowania ze środków UE, to nie oznacza automatycznie, że będzie musiał zostać zlikwidowany. Dodatkowo Pani Zajkowska poprosiła o wyjaśnienie, czy sugestia zawarta w przedmiotowej rekomendacji oraz w mapach potrzeb zdrowotnych nie przełoży się w późniejszym czasie na zawarcie bądź nie umowy NFZ z danym oddziałem położniczym. Pani Zajdel-Ostrowska dodała, że należy mieć na uwadze również ścisłe powiązanie oddziału położniczego z oddziałem neonatologicznym. Pani Dyrektor Więckowska wyjaśniła, że wartość 400 porodów rocznie wynika z literatury fachowej oraz zauważyła, że nawet w niektórych krajach szpitale, w których było mniej

niż 500 porodów rocznie zostały zlikwidowane ze względu na bezpieczeństwo pacjentki. Dodała, że wartość 400 porodów rocznie oznacza średnio jeden poród dziennie i warto w takiej sytuacji zadać pytanie o doświadczenie czy sprawność personelu. Następnie głos w dyskusji zabrała Pani Dobrawa Bładun, przedstawicielka Konfederacji Lewiatan, popierając stanowisko Pani Dyrektor Więckowskiej. Zwróciła uwagę, że na forum KS wielokrotnie toczono dyskusje, jak wykorzystywać wnioski z mapy potrzeb zdrowotnych w pracach tegoż gremium i wprowadzenie wyznacznika 400 porodów rocznie należy odbierać jak najbardziej pozytywnie. Podkreśliła, że rekomendacja słusznie pokazuje, że należy inwestować w te szpitale, które zapewniają jakość i bezpieczeństwo, natomiast nie mówi o likwidacji szpitali, które nie spełniają tego progu. Pan Marek Szczepanik, przedstawiciel UM Województwa Świętokrzyskiego, wyraził opinię, że brak możliwości inwestowania w mniejsze placówki w oczywisty sposób doprowadzi do ich późniejszej likwidacji. Zauważył, że w województwie świętokrzyskim podjęto próbę połączenia dwóch oddziałów ginekologicznych znajdujących się w różnych miastach oddalonych od siebie o 15 km, lecz spotkała się ona z dużym oporem społecznym. Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że rekomendacja nie odnosi się do zamykania oddziałów, lecz do braku możliwości inwestowania środków UE w konkretny oddział, a nie cały podmiot. Głos w dyskusji zabrał następnie Pan Jacek Partyka, przedstawiciel UM Województwa Opolskiego, który z jednej strony zgodził się, że bardzo istotna jest jakość udzielanych świadczeń, ale z drugiej nie powinno się odmawiać wsparcia małym szpitalom, które chcą dorównać najlepszym podmiotom w danym województwie. Ciężarna kobieta chciałaby z jednej strony mieć możliwość porodu jak najbliżej miejsca zamieszkania, a z drugiej strony brak inwestowania i podupadanie oddziału może spowodować, że będzie zmuszona udać się do oddziału znacznie oddalonego od jej miejsca zamieszkania. Pozostaje zatem pytanie, czy zasadne jest narzucanie określonych standardów, utrudniając możliwości rozwoju mniejszym szpitalom, czy jednak należałoby pozwolić wszystkim podmiotom rozwijać się na takich samych zasadach – zarówno temu podmiotowi, który jest najlepszy w województwie, jak i temu, który ma potencjał, aby być najlepszym, ale nie zawsze ma środki, aby to osiągnąć. Głos w dyskusji zabrała ponownie Pani Zajkowska, podkreślając, że kryterium jest bardzo dobre, niemniej jednak obawy budzi, czy przy rekomendacji finansowania remontów oddziałów położniczych nie będzie również docelowo wskazania dla płatnika dotyczącego kontraktowania wyłącznie oddziałów, które wykazują się określonym limitem ilościowym. Pani Dyrektor Więckowska zauważyła, że z danych wynika, że największy problem w przedmiotowym zakresie został zidentyfikowany na terenie województwa podlaskiego, gdzie spośród 16 oddziałów aż 12 nie spełnia przedmiotowego kryterium. Nie oznacza to jednak, że mają one zostać zlikwidowane. Wyraziła opinię, że jeżeli np. w bliskiej odległości są dwa szpitale, z których każdy ma poniżej 400 porodów rocznie, to może powinna zostać stworzona sieć szpitali dostosowana do rzeczywistych potrzeb. Poinformowała również, że wartość 400 porodów nie jest negowana przez konsultantów - co więcej, w związku z trwającymi pracami grupy „Poród-Połów” w ramach mapowania potrzeb wskazuje się, że ww. wartość progowa może okazać się zbyt niska. Dyrektor Więckowska podkreśliła, że omawiana kwestia nie budzi również kontrowersji wśród przedstawicieli środowiska medycznego.

Następnie Pani Dyrektor Kister poinformowała, że do pkt II.9-II.11 Rekomendacji nie zgłoszono uwag, a następnie przeszła do omówienia zmian w pkt III, tj. kryteriów premiujących o charakterze obligatoryjnym.

Pani Dyrektor Kister przedstawiła uwagę redakcyjną zgłoszoną przez województwo podlaskie do pkt III.2. Zaproponowała, aby jej nie uwzględniać z uwagi na to, że przedmiotowa zmiana nie zmieni sensu merytorycznego rekomendacji. Pani Dyrektor przypomniła również, że poszczególne IZ absolutnie nie muszą, a wręcz nie powinny literalnie cytować rekomendacji, gdyż w wielu przypadkach wymagają one uściślenia w kontekście sytuacji poszczególnych województw.

Pan Ryszard Wasiński, przedstawiciel UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego, zabrał głos w związku z brzmieniem pkt III.3 – cyt.: *„Kryteria premiują projekty realizowane przez podmioty posiadające zatwierdzony przez podmiot tworzący program restrukturyzacji, zawierający działania prowadzące do poprawy ich efektywności – dotyczy szpitali”* (punkt ten nie podlegał aktualizacji). Zapytał, czy jeżeli restrukturyzacja podmiotu odbyła się wiele lat wcześniej i nie ma aktualnie potrzeby jej ponownego przeprowadzania, to czy jest to warunek konieczny. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że powyższa rekomendacja odnosi się do kryterium premiującego - nie jest to kryterium dostępu, a ideą jest zachęcanie do tego typu działań.

Następnie Pani Dyrektor Kister poinformowała o braku uwag do zmian dotyczących pkt III.4 i III.5, po czym wywiązała się dyskusja w kontekście kompleksowej opieki onkologicznej (pkt III.7), podczas której Pani Bożek zaproponowała wykreślenie słowa „kompleksowa”. Pan Minister Gryza zaprezentował opinię, że w tym miejscu odniesienie do opieki kompleksowej jest jak najbardziej zasadne. Pani Zajdel-Ostrowska wyraziła odmienne stanowisko wobec propozycji przedstawionej przez Panią Bożek, prosząc ponadto, aby analogicznie do opisu dotyczącego kardiologii dopisać również rehabilitację onkologiczną. Zdaniem Pani Zajdel-Ostrowskiej dla onkologii należy zastosować taką samą strukturę zapisów dotyczących kompleksowości jaka została zastosowana w przypadku kardiologii. Zwróciła uwagę, że w przeciwnym razie może powstać problem z kompleksowością i rehabilitacją - nie ma bowiem map dla rehabilitacji, a istotnym elementem kompleksowej opieki onkologicznej jest rehabilitacja, która jest efektywna, tania, skuteczna i gwarantuje szybszy powrót pacjenta do pracy. Pani Dyrektor Więckowska zgodziła się z koniecznością wsparcia rehabilitacji, podkreślając, że w przypadku map kardiologicznych pokazana została przeżywalność pacjentów po zawałach poddanych rehabilitacji oraz tych pozostawionych bez niej – z silnym wnioskiem, że należy wspierać zakres kompleksowej opieki nad pacjentem kardiologicznym. Natomiast w przypadku onkologii problemem zgłaszanym przez środowisko była kompleksowość leczenia, czyli skoordynowanie terapii – leczenia chirurgicznego, radioterapii i chemioterapii. W taki właśnie sposób rozumiana była kompleksowość wpisana do pakietu onkologicznego. Pan Minister Gryza wyraził opinię, że w aktualnej sytuacji systemowo-prawnej trudne jest połączenie rehabilitacji ze świadczeniem podstawowym oraz zaproponował pozostanie przy aktualnym brzmieniu zapisów. Zauważył, że w przypadku rehabilitacji kardiologicznej sytuacja jest oczywista, natomiast w przypadku onkologii, z racji obszerności obszaru, problemem było rozproszenie leczenia i najważniejsze było zabezpieczenie pacjenta onkologicznego w podstawowych wymiarach. Pani Zajdel-Ostrowska wyraziła zrozumienie dla słów Pana Ministra, zwracając jednak uwagę, że w chwili obecnej wielu pacjentów np. po radykalnym zabiegu, chemio- i radioterapii pozostaje bez rehabilitacji albo z rehabilitacją szczątkową. Pani Lucyna Bożek poprosiła o wyjaśnienie powodów, dla których w chwili obecnej niemożliwe jest dopisanie rehabilitacji przy opiece

onkologicznej. Pani Dyrektor Więckowska poinformowała, że rehabilitacja onkologiczna nie podlegała analizie w mapach onkologicznych i jest to obszar, o który być może warto w przyszłości rozszerzyć mapy. W przypadku kardiologii, chorób układu krążenia czy cukrzycy brana jest pod uwagę rehabilitacja. Jedyną wątpliwość budzi to, czy wpisanie do Rekomendacji obszaru rehabilitacji onkologicznej, podczas gdy nie wynika to z map potrzeb, nie byłoby kwestionowane. Następnie Pani Mariola Zajdel-Ostrowska powołała się na raport NIK z zakresu kardiologii inwazyjnej. Zauważyła, że nie powinno być wątpliwości, że pacjent po zabiegu z zakresu kardiologii inwazyjnej, wypisywany w trzeciej dobie bez wykonania badań i pozostawiony bez rehabilitacji ma mniejsze szanse na przeżycie. Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że pkt I.10 Rekomendacji mówi wprost, że właściwe IZ/IP mogą określać kryteria inne niż wynikające z Rekomendacji KS, szczególnie gdy jest to uzasadnione specyfiką danego obszaru lub typu projektów. A zatem - jeżeli identyfikowana jest potrzeba np. premiowania projektów w danym zakresie oraz istnieją dane lub dokumenty ją potwierdzające - to zgodnie z powyższą rekomendacją jest taka możliwość. Pani Dyrektor wyraziła opinię, że powyższe podejście wydaje się najlepszym rozwiązaniem, gdyż nie narzuca wszystkim instytucjom określonego obowiązku. Fakt, że rehabilitacja onkologiczna nie pojawia się wprost w Rekomendacjach absolutnie nie powinien stanowić bariery, aby wybrane IZ/IP uwzględniły ją w swoich kryteriach. Pan Minister Gryza dodał, że przedmiotem dyskusji nie są konkursy z zakresu rehabilitacji, lecz konieczność zapewnienia, aby w przypadku innych konkursów dodać kryterium premiujące projekty uwzględniające np. rehabilitację onkologiczną w przypadku, gdy to IZ uzna to za zasadne.

Następnie Pani Dyrektor Kister przedstawiła dwie uwagi województwa podlaskiego do pkt III.8 Rekomendacji. Pierwsza dotyczyła zastąpienia sformułowania – cyt.: *„zwiększenia wykrywalności tych nowotworów, dla których struktura stadiów jest najmniej korzystna w danym regionie”* następującym brzmieniem: *„zmiany niekorzystnej struktury stopni zaawansowania nowotworów według lokalizacji w momencie rozpoznania u chorych w danym regionie”*. Zdaniem Pani Dyrektor zaproponowana zmiana nie zmienia sensu merytorycznego kryterium. Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że analogicznie jak przy uwadze do punktu III.2, IZ/IP nie mają obowiązku literalnego cytowania rekomendacji. Zaznaczyła, że jeżeli jest taka potrzeba to powyższe - na pisemną prośbę - może zostać oczywiście potwierdzone przez MZ. Druga uwaga dotyczyła usunięcia tiretu trzeciego z punktu III.8 (poprzednio III.7), gdyż zdaniem województwa podlaskiego jego treść pokrywa się z treścią tiretu pierwszego. Zdaniem Pani Dyrektor Kister w pierwszym tirecie dotyczącym zwiększenia wykrywalności tych nowotworów, dla których struktura stadiów jest najmniej korzystna w danym regionie mowa jest o liczbie i odniesieniu do konkretnej niekorzystnej struktury, podczas gdy ostatni element dotyczy momentu wykrycia nowotworu i mówi wprost o premiowaniu podmiotów, które wdrażają programy profilaktyczne. Wyjaśniła, że jeżeli dana instytucja chce ująć ww. elementy w jednym kryterium, to oczywiście jest to możliwe, niemniej jednak w jej opinii w Rekomendacjach KS - ze względu na wagę tych dwóch aspektów - należy ująć je osobno. Wobec powyższych wyjaśnień Pani Katarzyna Zajkowska wycofała się z drugiej uwagi, natomiast w odniesieniu do uwagi pierwszej poinformowała, że zgłaszając ją brano pod uwagę założenia dotyczące raportowania na poziomie osiągania efektów realizowanego RPO. Ponadto doprecyzowała, że ideą ww. propozycji było odniesienie się do wszystkich typów nowotworów i położenie punktu ciężkości na moment rozpoznania. Zwróciła także uwagę na możliwość analizy danych i kwestię sprawozdawczości. Pani Dyrektor Kister

zauważyła, że uwaga województwa podlaskiego jest propozycją zmiany przyjętej już wcześniej rekomendacji, której brzmienie nie budziło do tej pory wątpliwości oraz poprosiła o dyskusję w tym zakresie. Pani Dyrektora Więckowska wyjaśniła, że wykrywalność raportowana jest w momencie rozpoznania i oczywiste jest, że sformułowanie „*struktura stadiów*” musi dotyczyć konkretnego umiejscowienia nowotworu. Zdaniem Pani Dyrektora Więckowskiej zaproponowana zmiana jest tylko inną redakcją tej samej myśli. Ostatecznie w wyniku dyskusji zaproponowana przez województwo podlaskie zmiana nie została wprowadzona.

Pani Dyrektor Kister przeszła do kolejnych zmian w Rekomendacjach (pkt III.11-III.14). W odniesieniu do pkt III.13 i sformułowania użytego w nawiasie – cyt.: „*z wyłączeniem ośrodków specjalizujących się w diagnostyce pulmonologicznej, w szczególności w diagnostyce inwazyjnej i leczeniu specjalistycznych schorzeń pulmonologicznych*” – Pani Mariola Zajdel-Ostrowska zauważyła, że w województwie podkarpackim funkcjonuje jedna jednostka z oddziałem torakochirurgicznym, która jest jednoprofilowa. Poprosiła o potwierdzenie, że przedmiotowa rekomendacja w perspektywie realizacji inwestycji nie będzie stanowiła ograniczenia dla możliwości sfinansowania działań w tym podmiocie, co zostało uczynione przez Panią Dyrektora Więckowską. Następnie Pan Maciej Miłkowski zauważył, że w przypadku podmiotów wieloprofilowych, gdzie wszystko jest wykonywane na oddziale pulmonologicznym, podczas gdy cały zakres badań oraz hospitalizację można wykonać na oddziale chorób wewnętrznych, nie ma uzasadnienia istnienia oddziału chorób płuc. Jednak ta sama sytuacja wygląda zupełnie inaczej w przypadku szpitali monoprofilowych, które muszą zapewnić kompleksowość, czyli nie tylko hospitalizacje zabiegowe, lecz również zachowawcze. W odniesieniu do pkt III.14 Rekomendacji Pani Dyrektor Kister, na prośbę Pani Zajdel-Ostrowskiej, potwierdziła, że przez sformułowanie „*opieka nad matką i dzieckiem*” rozumiana jest również pediatria.

Następnie Pani Dyrektor Kister poinformowała, że w zakresie kryteriów premiujących o charakterze fakultatywnym ujętych w pkt IV Rekomendacji nie wprowadzono żadnych zmian.

Podsumowując dyskusję dot. Rekomendacji, Pani Dyrektor zaznaczyła, że w trakcie analizy przedmiotowego dokumentu podczas dzisiejszego posiedzenia wprowadzona została jedna zmiana w punkcie II. 7, z którego usunięte zostało sformułowanie odwołujące się do kompleksowej opieki. Uwzględniono również techniczną uwagę MR zgłoszoną przed posiedzeniem dot. poprawy odwołania w pkt. II.3 (było I.6, obecnie jest I.7).

Następnie Pani Zajdel-Ostrowska poprosiła o wyjaśnienia dotyczące pkt IV.7 Rekomendacji, zgodnie z którym – cyt.: „*Kryteria premiują projekty zakładające zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii – dotyczy szpitali*”, zwracając uwagę na fakt, że biorąc pod uwagę dostępność do świadczeń w tym zakresie - szczególnie dla dzieci - województwo podkarpackie znajduje się na 15 pozycji wśród 16 województw. Poprosiła o wyjaśnienie, czy przedmiotowe kryterium należy rozumieć szeroko – w kontekście stanowisk intensywnej terapii zarówno dla dzieci, jak i dorosłych. Odpowiadając na powyższe pytanie Pani Dyrektor Kister potwierdziła, że należy je jak najbardziej traktować szeroko - nie ma tutaj żadnego zawężenia.

Pani Katarzyna Zajkowska poprosiła następnie o przedstawienie stanowiska do uwagi zgłoszonej do pkt IV.3 Rekomendacji dotyczącej konieczności uzupełnienia jego treści o zabiegi oszczędzające. Wyjaśniła,

że mogą się tutaj pojawić obawy, że np. rak piersi będzie leczony wyłącznie poprzez amputację. Pani Dyrektor Więckowska podkreśliła, że uwaga jest bardzo cenna, natomiast przy tworzeniu map zostało wypracowane ze środowiskiem medycznym pojęcie „*zabiegów radykalnych*” rozumianych jako zabiegi, które mają radykalnie wyleczyć z nowotworu – w tym zarówno zabiegi oszczędzające, jak i radykalne w rozumieniu medycznym. Słownik ICD-9 będzie dostępny w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych. Pani Dyrektor Więckowska podkreśliła, że uwaga pod względem medycznym jest zasadna, ale biorąc pod uwagę definicję stosowaną w procesie mapowania potrzeb oraz kontekst słowa „*radykalne*”, nie należy mieć w tym względzie obaw. Pan Minister Gryza, biorąc pod uwagę ryzyko mylnego odbioru społecznego ww. zapisu, przychylił się do propozycji zmiany brzmienia przedmiotowego kryterium. Ostatecznie ustalono następujące brzmienie pkt IV.3 – cyt.: „*Kryteria dotyczące projektów w zakresie onkologii premiuja projekty, które przewidują, że w wyniku ich realizacji nastąpi wzrost liczby radykalnych i oszczędzających zabiegów chirurgicznych wykonywanych przez dany podmiot leczniczy.*”

Następnie Pani Dyrektor Kister poinformowała, że do pkt IV Rekomendacji została zgłoszona przez województwo podlaskie uwaga o charakterze ogólnym polegająca na dodaniu kryterium premiującego efektywność kosztową. Jednakże z uwagi na to, że w każdym programie operacyjnym ta kwestia wygląda nieco inaczej (np. w przypadku niektórych programów, ww. kryteria są wspólne dla wszystkich działań w ramach programu), Pani Dyrektor zaproponowała, aby nie uwzględniać ww. uwagi.

Wobec braku dalszych uwag przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 53/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a – *Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych.*

Uchwała została przyjęta większością głosów.

Sprawy różne

Pani Dyrektor Kister powróciła do tematu termomodernizacji oraz rekomendacji dla PI 4c, poruszonego na poprzednim posiedzeniu KS, podczas którego przedstawione było również stanowisko Ministerstwa Rozwoju w tym zakresie. Po ww. posiedzeniu trwały ustalenia pomiędzy MZ a MR w celu ustalenia na ile Komitet Sterujący może/powinien wypowiadać się w tym zakresie. W dniu poprzedzającym niniejsze posiedzenie KS, MZ otrzymało stosowne potwierdzenie od MR. W związku z powyższym Pani Dyrektor Kister zaproponowała procedowanie rekomendacji w kształcie zaproponowanym przez Ministerstwo Rozwoju. Z uwagi na to, że punkt dotyczący rekomendacji w zakresie PI 4c nie był ujęty w agendzie posiedzenia, Pani Dyrektor Kister zaproponowała procedowanie go na kolejnym posiedzeniu Komitetu Sterującego lub – jeżeli członkom KS zależy na czasie – w trybie obiegowym. Jednocześnie podkreśliła, że 1 sierpnia 2016 r. zacznie obowiązywać nowy Regulamin Komitetu Sterującego, który nie dopuszcza procedowania uchwał dotyczących rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów w trybie obiegowym. Powyższe oznacza, że ww. tryb musiałby zostać uruchomiony w dniu dzisiejszym. Poinformowała, że

możliwe jest również procedowanie uchwały na dzisiejszym posiedzeniu, niemniej jednak wymaga ona istotnego dopracowania (np. uwzględnienia ogólnych rekomendacji mających zastosowanie dla pozostałych priorytetów inwestycyjnych). Pani Dyrektor poprosiła uczestników posiedzenia o dyskusję merytoryczną, w szczególności o głosy co do preferowanego trybu procedowania. Pan Jan Szymański, przedstawiciel UM Województwa Pomorskiego, zaproponował głosowanie w trybie obiegowym. Pani Mariola Zajdel-Ostrowska poprosiła o procedowanie uchwały bez zbędnego pośpiechu z uwagi na konieczność szczegółowego zapoznania się z treścią dokumentu. Wobec powyższego, Pan Jan Szymański zgłosił wniosek formalny dotyczący obiegowego procedowania przedmiotowej uchwały. Pan Minister wyjaśnił, że biorąc pod uwagę logikę zmian Regulaminu, jak również logikę zgłoszonych wcześniej uwag do pracy KS, dokument powinien być procedowany w trybie stacjonarnym na kolejnym posiedzeniu KS. W toku wywiązanej dyskusji ostatecznie wypracowane zostało rozwiązanie, zgodnie z którym, po doprocyzowaniu dokumentu, uchwała będzie procedowana w trybie obiegowym.

Wobec powyższego Pani Dyrektor Kister zaproponowała przyjęcie uchwały w sprawie trybu procedowania uchwały w sprawie przyjęcia rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów dotyczących modernizacji energetycznej budynków w obszarze ochrony zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 4c, zgodnie z którą – na podstawie obowiązującego na dzień IX posiedzenia KS Regulaminu jego prac - przedmiotowy dokument wyjątkowo będzie procedowany w trybie obiegowym. W związku z powyższym zarządzona została krótka przerwa, podczas której przygotowano projekt przedmiotowej uchwały. Po krótkiej przerwie treść uchwały w sprawie trybu procedowania uchwały w sprawie przyjęcia rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów dotyczących modernizacji energetycznej budynków w obszarze ochrony zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 4c: *Wspieranie efektywności energetycznej, inteligentnego zarządzania energią i wykorzystywania odnawialnych źródeł energii w budynkach publicznych i sektorze mieszkaniowym* została przedstawiona przez Panią Dyrektor Kister, a następnie poddana głosowaniu. Uchwała została przyjęta większością głosów.

W dalszej kolejności Pani Dyrektor Kister poinformowała, że prawdopodobny – wstępnie ustalony z KE – termin warsztatów w zakresie deinstytucjonalizacji to 6-7 października 2016 r. Ponadto zachęciła do przesyłania projektów Planów działań oraz poinformowała, że kolejne posiedzenie KS prawdopodobnie będzie miało miejsce w terminie wrześniowym.

Następnie głos zabrał Pan Jacek Partyka, przedstawiciel UM Województwa Opolskiego, prosząc o wyjaśnienie, w ramach których priorytetów inwestycyjnych wymagana będzie opinia o celowości inwestycji. Pan Dyrektor Kister poinformowała, że opinia wymagana jest w przypadku przedsięwzięć realizowanych w ramach PI 9a i wynika to z brzmienia ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...).

Następnie Pan Maciej Sytek, przedstawiciel UM Województwa Wielkopolskiego, przedstawił komentarz dotyczący przyjętej uchwały w sprawie trybu procedowania uchwały w sprawie przyjęcia rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów dotyczących modernizacji energetycznej budynków w obszarze ochrony zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 4c. Wyraził opinię, iż przyjęcie tej uchwały wobec wcześniejszego wniosku, aby nie procedować w trybie obiegowym rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów, jest wyrazem braku spójności i konsekwencji działania. Podkreślił, że nie jest to sprawa na tyle

pilna, aby musiała być podejmowana w trybie obiegowym.

Następnie Pan Adam Surmacz, przedstawiciel UM Województwa Zachodniopomorskiego, zadał pytania w kontekście konkursu dotyczącego opieki długoterminowej, hospicyjnej i paliatywnej. Zapytał, czy w ramach kryterium dotyczącego leczenia nieszpitalnego wykluczone powinny zostać podmioty wykonujące działalność leczniczą czy tylko wyodrębnione w ramach ich struktur zakłady lecznicze. Kryterium w odniesieniu do całego podmiotu eliminuje z konkursu również jednostki, które obok usług z zakresu opieki długoterminowej świadczą w niewielkim zakresie również usługi zakwalifikowane jako szpitalne (np. oddziały psychiatryczne specjalizujące się w leczeniu uzależnień). Drugie pytanie dotyczyło pisma Ministerstwa Zdrowia z kwietnia, w którym wskazano, że z konieczności uzyskania OCI wykluczone zostały hospicja. Zapytano, czy można również taką interpretację przełożyć na opiekę długoterminową (w kontekście deinstytucjonalizacji). Pani Dyrektor Kister poprosiła o przekazanie pytania na piśmie i zauważyła, że taki tryb postępowania w przypadku wątpliwości powinien być generalną zasadą. Umożliwi to możliwe spokojne i wnikliwe przeanalizowanie sprawy.

Następnie Pan Jan Szymański wyraził uznanie i podziękowanie dla Ministerstwa Zdrowia za elastyczność w podejściu do procedowania uchwały, zaznaczając, że jest to jeden z elementów istotnych dla sprawnego i efektywnego wdrażania środków unijnych.

W odpowiedzi na prośbę Pani Marioli Zajdel-Ostrowskiej dotyczącą przekazania do wiadomości i stosowania odpowiedzi udzielonej przez MZ na zapytanie województwa zachodniopomorskiego odnośnie stacjonarnych hospicjów i oddziałów opieki paliatywnej, Pani Dyrektor Kister zadeklarowała, że najistotniejsze pytania i odpowiedzi będą zamieszczane na portalu Baza Wiedzy, dzięki czemu będą dostępne dla wszystkich członków Komitetu Sterującego.

Posiedzenie KS zostało zamknięte przez Pana Ministra Piotra Gryzę, który podziękował za udział w spotkaniu.

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

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

Uchwała Nr 52/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 53/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach

Priorytetu Inwestycyjnego 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych.

Wyniki głosowania:

- 27 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 54/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSD w sektorze zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie przyjęcia zmiany Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020.

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 55/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSD w sektorze zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu procedowania uchwały w sprawie przyjęcia rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów dotyczących modernizacji energetycznej budynków w obszarze ochrony zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 4c - Wspieranie efektywności energetycznej, inteligentnego zarządzania energią i wykorzystywania odnawialnych źródeł energii w budynkach publicznych i sektorze mieszkaniowym.

Wyniki głosowania:

- 20 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 1 głos – przeciw przyjęciu uchwały,
- 3 głosy - wstrzymujące się.

5.	Protokół sporządził:	Justyna Wajrach - Główny specjalista w Wydziale Koordynacji Polityki Rozwoju Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia
6.	Zatwierdził:	Agnieszka Kister Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia

Załącznik 1: Lista obecności

Załącznik 2: Porządek obrad