

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
	XXVI posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) odbyło się 24 czerwca 2021 r. w formule zdalnej.
2.	Porządek obrad:
	<p>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</p> <p>W XXVI posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyło łącznie 84 osób (36 członków i zastępców członków, 1 stały obserwator oraz 47 innych osób), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 29 osób z prawem do głosowania (członkowie lub zastępcy członków). Imienna lista uczestników spotkania stanowi załącznik nr 1 do protokołu.</p> <p>Posiedzenie otworzyła Pani Katarzyna Przybylska, Zastępca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia (MZ) - Przewodnicząca Komitetu Sterującego. W dalszej kolejności Pani Dyrektor Przybylska przypomniała agendę spotkania. Porządek obrad został przyjęty przez członków KS bez zastrzeżeń.</p> <p>Porządek obrad stanowi załącznik nr 2 do protokołu.</p>
3.	Przebieg posiedzenia:
	<p>Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2021 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020</p> <p>Pani Majewska omówiła Plan działań na rok 2021 dla województwa podkarpackiego, zawierający w ramach PI 9iv dwa konkursy (RPO WPK.8.K.7 i RPO WPK.8.K) – „Szkolenia z zakresu opieki i rehabilitacji osób sprawujących opiekę nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (rodziny, opiekunowie prawni) oraz tworzenie i/lub funkcjonowanie wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego w połączeniu z nauką ich obsługi i doradztwem w zakresie jego wykorzystania w celu tworzenia warunków do opieki domowej”.</p> <p>W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 17/2021/XXVI. Uchwała została podjęta jednogłośnie.</p> <p>Sprawozdanie za 2020 r. z realizacji celów określonych w Policy paper w zakresie EFSI</p> <p>Pani Małgorzata Majewska podziękowała za przekazane wkłady oraz robocze konsultacje dokumentu, oraz poinformowała o technicznej autokorekcie spisu treści. Następnie wygłosiła prezentację dotyczącą</p>

Sprawozdania za 2020 r. z realizacji celów określonych w Policy paper w zakresie EFSI, omawiając jego kluczowe elementy.

Pani Katarzyna Głowacka-Rochebonne, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej (DG REGIO) podziękowała za uwzględnienie/ wyjaśnienie uwag KE, szczególnie w zakresie uzupełnienia w dokumencie podsumowania inwestycji na rzecz szpitali i niższych szczebli opieki – AOS i POZ. Zauważyła, że kwestie te są ujęte w sprawozdaniu, jednak poprosiła również o podsumowanie ich podczas posiedzenia. Pani Majewska przedstawiła informacje, odnosząc się do wsparcia poszczególnych poziomów opieki uwzględniając m.in. liczbę i wartość projektów oraz średni koszt wsparcia. Za uwzględnienie uwag i przedstawione wyjaśnienia podziękowała również Pani Joanna Charytonowicz, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL). Pani Charytonowicz przywołała wybrane uwagi, które dotyczyły m.in. wskaźników o bardzo niskich - niekiedy nawet zerowych - wartościach, czy znacząco przekroczonych wartości wskaźników ujętych w PO WER dot. angażowania NGOs, co powinno zostać wzięte pod uwagę przy programowaniu kolejnej perspektywy finansowej. Zauważyła również, że niekiedy niektóre wskaźniki w RPO podawane są w różnych jednostkach, np. wartość docelowa wskaźnika „*Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne*” podawany jest jako jest %, a wskaźnik wykonania w liczbach bezwzględnych. Sposób przedstawiania wartości wskaźników powinien umożliwić określenie stopnia jego osiągnięcia oraz skali oddziaływania EFS w konkretnym obszarze. Pani Charytonowicz zaapelowała, aby w kolejnej perspektywie we wszystkich programach oprzeć się na ujednoliconej metodologii określania wskaźników, która umożliwi monitorowanie postępów realizacji celów, określonych w nowych ramach strategicznych – do ewentualnego rozważenia pozostaje kwestia ekspertyzy, która odniosłaby się do wskaźników i umożliwiła lepsze programowanie perspektywy 2021-2027. Pani Majewska wyjaśniła, że przygotowując sprawozdanie skupiono się przede wszystkim na wskaźnikach zdefiniowanych w Policy paper. Jednocześnie wszystkie interwencje przyjmowane przez Komitet Sterujący przyczyniają się do realizacji celów określonych w Policy paper, dlatego w sprawozdaniu ujęte są również informacje dot. wskaźników w priorytetach inwestycyjnych 2c, 8vi, 9iv i 9a w poszczególnych RPO. Natomiast odnosząc się do uspoźnienia danych podkreśliła, że metodologia wskaźników była ustalana poza MZ, przy czym już niejednokrotnie MZ sygnalizowało brak możliwości agregacji danych z powodu niejednorodności we wskaźnikach. Zostało to również potwierdzone przy przeglądzie śródkresowym Policy paper. Niemniej na obecnym etapie realizacji programów, kiedy już część projektów jest zakończona, a część jest w trakcie zaawansowanej realizacji, swoista rewolucja w metodologii wyliczania wskaźników byłaby bardzo trudna do przeprowadzenia i nie wydaje się zasadna. Wnioski zostaną oczywiście wykorzystane przy programowaniu kolejnej perspektywy finansowej. Odnosząc się do proponowanej ekspertyzy Pani Majewska zadeklarowała wskazała, że realizacja takiej ekspertyzy byłaby możliwa jedynie z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej (MFIPR), które odpowiada za listę wskaźników kluczowych oraz przedstawicieli IZ RPO, które są odpowiedzialne za kwestie monitorowania wskaźników. Następnie Pani Iwona Wójcik, przedstawicielka organizacji pracodawców (Konfederacja Lewiatan) poprosiła o doprecyzowanie kwestii działań/ projektów kierunkowych. Pani Majewska wyjaśniła, że co do zasady jako działania kierunkowe przyjęto projekty,

w ramach których wsparcie było kierowane tylko dla wskazanego poziomu opieki tj. POZ / AOS / szpital. Natomiast jako działania kompleksowe wskazano projekty, gdzie wsparcie POZ / AOS / szpitala jest elementem szerszego projektu. W dalszej kolejności głos zabrał Pan Andrzej Zapaśnik, przedstawiciel organizacji pracodawców (Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej). Wyraził przekonanie, że w wielu regionach urzędy marszałkowskie skupiły się na inwestycjach wyłącznie w swoich podmiotach, głównie szpitalach. Powodowało to niezaspokojenie potrzeb wszystkich mieszkańców regionów, a tylko osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmioty, których organami założycielskimi są marszałkowie. Dlatego też w opinii Pana Zapaśnika konieczne jest uszczegółowienie analizy np. pod kątem wsparcia podmiotów publicznych/ niepublicznych, co umożliwi refleksję dla kolejnego okresu programowania. Pani Majewska zadeklarowała przemyślenie możliwości wykonania takiej analizy i przekazanie informacji zwrotnej na kolejnym posiedzeniu KS. Następnie Pani Wioletta Dąbrowska, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego zwróciła uwagę na pewną niedoskonałość przyjętej metodologii sprawozdania (w odniesieniu do relacji alokacja – działania uzgodnione w Planie działań – wskaźniki). Pani Majewska zadeklarowała przyjęcie uwagi na przyszłość. Pan Paweł Szymański, przedstawiciel Departamentu Europejskiego Funduszu Społecznego Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej podkreślił, że prace nad wspólną listą wskaźników kluczowych dla EFS+ są zaawansowane. Lista, zawierająca kilkadziesiąt wskaźników, z czego ok. 10 dotyczących obszaru zdrowia, jest już po drugiej rundzie konsultacji z IZ RPO. Zaznaczył, że są to wskaźniki podstawowe z określonymi jednostkami miary, które będą monitorowane i sprawozdawane z poziomu MFiPR. W opinii Pana Szymańskiego wspomniana analiza z uwagi na zaawansowanie prac nie powinna zatem już dotyczyć wspólnej listy wskaźników kluczowych. Ekspertyza mogłaby dotyczyć ujednolicienia wskaźników ujmowanych indywidualnie przez poszczególne IZ RPO. Jednocześnie Pan Szymański zadeklarował chęć współpracy z MZ i IZ RPO z w tym zakresie. Pani Majewska zwróciła uwagę na poruszoną przez Pana Szymańskiego kwestię zaawansowania prac i deficytu czasu. Głos Pana Szymańskiego poparła Pani Sylwia Wójcik, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego. Zdaniem Pani Wójcik opracowana wspólna lista wskaźników kluczowych dla EFS+ konsumuje uwagi KE. Pani Charytonowicz podkreśliła, że dla porównywania danych konieczne jest zachowanie spójności między wskaźnikami specyficznymi programów (przykładowo: takie same wskaźniki we wszystkich programach muszą być wyrażane w takich samych jednostkach).

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 18/2021/XXVI. Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Aktualizacja rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi - *Aktywne i zdrowe starzenie (...)*

Pani Majewska wyjaśniła, że aktualizacja rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi - *Aktywne i zdrowe starzenie się* oraz programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych w ramach innych Priorytetów Inwestycyjnych polega wyłącznie na aktualizacji załączników zawierających listę gmin wskazanych jako „białe plamy” w zakresie profilaktyki raka piersi, profilaktyki raka szyjki macicy oraz profilaktyki raka jelita grubego. Następnie

omówiła główne zmiany w odniesieniu do roku 2019.

Wobec braku uwag do przedmiotowego dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 19/2021/XXVI. Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

W dalszej kolejności Pani Majewska omówiła aktualizację wprowadzoną do 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*. Zmiana wynika ze znowelizowanego art. 95d ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i dotyczy wprowadzenia zapisu w zakresie braku wymogu OCI w przypadku projektów, których wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku nie przekracza 2 mln zł.

Wobec braku uwag do przedmiotowego dokumentu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 20/2021/XXVI. Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Dalsza część posiedzenia dotyczyła programowania perspektywy finansowej 2021-2027.

Programowanie perspektywy finansowej 2021-2027 z punktu widzenia KE

W pierwszej kolejności Pani Lucie Zackova, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej (DG REGIO) przypomniała – odnoszące się do obszaru zdrowia - Zalecenia Rady w sprawie krajowego programu reform Polski oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na lata 2019 i 2020. Następnie zaprezentowała wnioski dotyczące perspektywy 2014-2020 w odniesieniu do EFRR. Zwróciła uwagę na koncentrację nakładów finansowych w obu perspektywach (2007-2013 i 2014-2020) głównie na inwestycjach w szpitalach, które polegały na odtworzeniu i unowocześnianiu istniejącej infrastruktury szpitalnej poprzez kompleksowe remonty i zakup nowoczesnej aparatury medycznej (poprawa standardu leczenia pacjentów). Roboty budowlane i wyposażenie mogły być ukierunkowane także na podmioty POZ, niemniej stanowiło to dużo mniejszą skalę inwestycji – wsparcie punktowe i nie we wszystkich regionach. KE zauważyła brak skupienia się na konkretnych grupach docelowych - wybrano wiele obszarów i priorytetów do dofinansowania dla szeroko rozumianych grup docelowych (np. cała populacja). Zdaniem KE inwestycje posłużyły raczej do zaspokojenia deficytu niż do transformacji systemu. Wnioski dotyczące perspektywy 2014-2020 w odniesieniu do EFS przedstawiła Pani Cinzia Masina, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL). Pani Masina zauważyła, że nakłady finansowe z EFS umożliwiły pilotażowe opracowanie i wdrożenie szerokich programów profilaktycznych w wielu obszarach chorobowych, jednak nie mogą one być traktowane jako główne źródło dalszego finansowania takich programów. Działania z zakresu

podnoszenia kwalifikacji kadr medycznych wydają się być sukcesem, jednak nie jest jasne czy ze szkoleń skorzystali wszyscy zainteresowani, czy skala i dostępność szkoleń była adekwatna do potrzeb oraz jak wpłynęły one na poprawę dostępności kadr medycznych. Niewiele działań było realizowanych w obszarze poprawy warunków pracy pod względem ochrony zdrowia. Pani Cinzia Masina przywołała problem z trwałością projektów (np. DDOMy z EFS; niepewne dalsze losy jednostek, które pilotażowo wdrażają opiekę koordynowaną w ramach projektu POZ+; niewiadome losy modeli opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych). Z powodu m.in. braku jednolitego sposobu opracowania wskaźników w programach, trudno ocenić czy i w jakiej skali inwestycje z funduszy UE wpłynęły na poprawę dostępu do opieki zdrowotnej i jej jakość w skali kraju, regionalnej i lokalnej.

Następnie Pani Lucie Zackova zauważyła, że szpitale borykają się z własnymi problemami, opisanymi w Sprawozdaniach krajowych. Zdaniem przedstawicielki KE możliwe jest bardziej efektywne wykorzystanie zasobów w sektorze szpitalnym. Podkreśliła, że z tego powodu KE popiera reformę tego sektora w ramach KPO (kwota zaproponowana na ten sektor to 2,1 mld euro). EFRR powinien służyć inwestycjom dla zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej i wspierania odporności systemów opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opieki zdrowotnej, oraz promowania przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki rodzinnej i środowiskowej. Następnie Pani Zackova omówiła rozporządzenia EFRR, którego celem jest zapewnienie równego dostępu do opieki zdrowotnej i wspieranie odporności systemów opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opieki zdrowotnej, oraz promowanie przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki rodzinnej i środowiskowej. Zaprezentowała również przykłady inwestycji oczekiwanych przez KE, które będą stanowiły odpowiedź na konkretne zidentyfikowane wyzwania.

Następnie Pani Cinzia Masina podkreśliła, że z kolei EFS+ musi skupić się na grupach w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej mających największy problem z dostępem do opieki zdrowotnej/grupach defaworyzowanych. Zdefiniowanie tych grup i diagnoza ich potrzeb leży w gestii IZ – mogą to być np. osoby mieszkające na obszarach wiejskich, w których nie ma odpowiedniego dostępu do podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, osoby o bardzo niskich dochodach, osoby bezdomne, osoby z niepełnosprawnościami, osoby narażone na wykluczenie społeczne i dyskryminację. W dalszej kolejności Pani Masina przypomniła cele szczegółowe EFS+ bezpośrednio dotyczące zdrowia, określone w Rozporządzeniu EFS+ (cel szczegółowy (d) „promowanie (...) aktywnego i zdrowego starzenia się oraz zdrowego i dobrze przystosowanego środowiska pracy, w którym przeciwdziała się czynnikom ryzyka dla zdrowia” oraz cel szczegółowy (k) „zwiększanie równego i szybkiego dostępu do wysokiej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług promujących dostęp do (...) opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; (...) poprawa dostępności, skuteczności i odporności systemów opieki zdrowotnej i usług opieki długoterminowej”). Przedstawiła również przykładową listę działań, które mogą być wspierane w ramach celu szczegółowego (d). Następnie Pani Masina podkreśliła stanowisko KE w zakresie braku możliwości skierowania środków EFS+ dot. dostępu do zdrowia do innych grup niż grupy szczególnie wrażliwe/ w szczególnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Zatem w opinii KE wsparcie w ramach celu szczegółowego (k) powinno zostać ograniczone wyłącznie do grup w niekorzystnej sytuacji, czyli osób znajdujących się w trudnej sytuacji, w tym osób doświadczających lub zagrożonych

ubóstwem wykluczeniem społecznym lub dyskryminacją w wielu jej wymiarach. Zauważyła, że powyższy zamiar skoncentrowania EFS+ na grupach szczególnie wrażliwych, wyrażono również w dwóch motywach (10 i 21) oraz je przytoczyła. Podała również przykłady działań w ramach celu szczegółowego (k), w tym ukierunkowanych na grupy w niekorzystnej sytuacji; szczególnie wrażliwe i wykluczone społecznie.

W dalszej części Pani Katarzyna Głowacka-Rochebonne przedstawiła dwie główne uwagi, które KE określiła na podstawie draftów programów, z którymi miała okazję się zapoznać. Pierwsza uwaga dotyczyła różnego rozumienia potrzeb oraz dostępu. Podkreśliła, że zdaniem KE chodzi o rzeczywiste potrzeby oraz świadomą politykę publiczną, dążącą do uzyskania konkretnych efektów na poziomie województwa, a nie tylko o politykę wydatkowania, opartą na beneficjentach zgłaszających swoje aspiracje do działań projektowych. Zatem w opinii KE nie jest identyfikacją potrzeb zapewnienie równego dostępu do szybkiej pomocy medycznej w zdarzeniach nagłych na terenie całego kraju poprzez inwestycje w kluczowe elementy infrastruktury ratownictwa medycznego, gdzie zidentyfikowano potrzeby inwestycyjne. W przekonaniu KE w przypadku pojęcia „dostęp” chodzi o rozwiązanie problemu nierównego dostępu do usług zdrowotnych, np. pomiędzy miastem a wsią oraz wśród różnych grup społecznych, a nie o dostęp do nowoczesnej infrastruktury. Pani Głowacka-Rochebonne zwróciła uwagę, że co do zasady w ramach programów regionalnych i krajowych jest planowane wsparcie tych samych lub bardzo podobnych interwencji, które są wspierane w obecnej perspektywie, bez wzięcia pod uwagę nowych priorytetów EFRR i EFS+ i instrumentów typu KPO czy REACT-EU. Przedstawicielka KE wyraziła zaniepokojenie brakiem wizji i strategii rozwoju POZ, pomimo wskazywania jej przez KE od początku dialogu nieformalnego, jako obszaru o priorytetowym znaczeniu. Zdaniem KE proponowane interwencje nie są nakierowane na rozwiązywanie problemów źródłowych, a w Programach brak jest jasnej logiki interwencji (niespójne opisy, niepozwalające zrozumieć istoty inwestycji i problemu, który ma ona zaadresować). Pani Głowacka-Rochebonne zwróciła uwagę na stosowanie w niektórych regionach kryterium właścicielskiego, zamiast oparcia się na rzeczywistych potrzebach i priorytetach regionalnych. Kolejne spostrzeżenie dotyczyło braku – w trakcie tworzenia dokumentów programowych - ram strategicznych, aktualnych map potrzeb zdrowotnych i Planów Transformacji. Następnie zaprezentowała schemat logiki interwencji i omówiła jego zastosowanie na przykładzie wsparcia POZ. Przedstawicielka KE wyraziła nadzieję, że okaże się on pomocny przy programowaniu konkretnych interwencji. Zaznaczyła, że KE oceniając programy będzie się opierała na przedstawionym schemacie.

Pani Głowacka-Rochebonne podsumowując prezentację, zachęciła do skoncentrowania się na mniejszej liczbie obszarów, ale z widocznym konkretnym efektem końcowym oraz wymieniła obszary najistotniejsze z punktu widzenia KE (wdrożenie nowoczesnego systemu POZ na obszarach wiejskich (np. profilaktyka, opieka koordynowana), kompleksowa cyfryzacja POZ, dostosowanie placówek medycznych POZ do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, Centrum Zdrowia Psychicznego w każdej gminie, objęcie działaniem centrów zdrowia psychicznego całej populacji dzieci i młodzieży, wdrożenie reformy i rozwój onkologii dziecięcej, wdrożenie zdeinstytucjonalizowanej opieki długoterminowej dla osób starszych, DDOM w każdej gminie, przeniesienie części diagnostyki ze szpitala na poziom AOS, rozwój rehabilitacji prowadzonej w domu i w warunkach ambulatoryjnych, zachęcanie starszych pracowników do

pozostawania w zatrudnieniu poprzez dostosowanie warunków pracy do ich stanu zdrowia i potrzeb w zakresie dostępności). Pani Charytonowicz podkreśliła, że biorąc po uwagę niewielką liczbę działań w obszarze poprawy warunków pracy, które są priorytetem dla KE, zachęciła do realizacji tego typu działań (np. mających na celu zachęcanie starszych pracowników do pozostawania w zatrudnieniu poprzez dostosowanie warunków pracy do stanu zdrowia i potrzeb w zakresie dostępności). Pani Charytonowicz przypomniała, że przedstawiona przez reprezentantkę DG REGIO logika interwencji odnosi się również do FERS. Następnie przedstawicielki KE oraz Pani Majewska zachęciły do dyskusji.

Jako pierwszy głos zabrał Pan Paweł Koczkodaj, przedstawiciel Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowego Instytutu Badawczego, który odniósł się do stwierdzenia KE, że nakłady finansowe z EFS umożliwiły pilotażowe opracowanie i wdrożenie szerokich programów profilaktycznych w wielu obszarach chorobowych, jednak nie mogą one być traktowane jako główne źródło dalszego finansowania programów dot. prewencji pierwotnej. Pan Koczkodaj w kontekście informacji o ukierunkowaniu wsparcia do grupy defaworyzowanych wyraził niepokój o źródło finansowania głównych działań z zakresu prewencji pierwotnej i promocji zdrowia. Podkreślił, że z epidemiologicznego punktu widzenia grupy defaworyzowane stanowią pewien margines. Osiągnięcie dużego efektu (efektu skali) w działaniach prewencyjnych np. chorób nowotworowych jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy działania obejmują całą populację. Pani Cinzia Masina zauważyła, że prewencja chorób nowotworowych może się odnosić do pewnego ryzyka w środowisku pracy i nie wyklucza ukierunkowania na grupy defaworyzowane. Natomiast w przypadku raka jelita grubego czy raka piersi, które nie są bezpośrednio związane ze środowiskiem pracy, należy ograniczyć interwencję wyłącznie do grup defaworyzowanych. W opinii Pana Koczkodaja pewne interwencje można połączyć ze środowiskiem pracy. Niemniej generalnie w przypadku działań prewencyjnych i promujących zdrowie trudno jest zdefiniować, która grupa jest defaworyzowana, a z drugiej strony wyłączenie konkretnej grupy z możliwości skorzystania z działań prewencyjnych być może spowoduje, że stanie się ona właśnie kolejną grupą defaworyzowaną. Pani Cinzia Masina podkreśliła, że nie chodzi o wyłączenie z prewencji, którą można sfinansować w ramach innych środków niż EFS. Przykładowo niezwykle istotna prewencja raka jelita grubego czy raka piersi powinna być wspierana ze środków publicznych. Natomiast EFS musi się skupić na grupach defaworyzowanych i środowisku pracy. Pan Peter Paul Borg, przedstawiciel Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności (DG SANTE) poparł głos przedmówcy. Podkreślił, że fundusze unijne nie mogą być jedynym źródłem finansowania działań prewencyjnych. Być może zaproponowany sposób postępowania skupienia się na wybranych obszarach jest nieco dyskryminacyjny, jednak KE ma nadzieję, że wyniki będą bardziej skoncentrowane/ sfokusowane. Podkreślił, że jest to kwestia sytuacji prawnej - pewnych kompetencji KE. Pan Koczkodaj przywołał wypowiedź przedstawicielki KE, zgodnie z którą zdefiniowanie grup defaworyzowanych będzie leżało po stronie IZ i w tym kontekście zastanawiał się, jak ten proces powinien wyglądać. Zdaniem Pani Masina dyskusja mogłaby trwać bardzo długo i zaproponowała przeniesienie dyskusji na poziom krajowy. Pan Koczkodaj podkreślił, że rozumie, iż działania profilaktyczne i prewencyjne powinny być finansowane głównie ze środków krajowych, jednak należy też zauważyć, że Program EU4Health jako jeden ze swoich głównych celów zakłada promocję zdrowia. Pani Charytonowicz zauważyła, że mogą występować różne źródła finansowania, przy czym

w obecnej perspektywie finansowej w ramach EFS nie było konieczności ograniczania się do wsparcia grup w niekorzystnej sytuacji, zatem możliwe było opracowanie i wdrożenie pilotażowych programów profilaktycznych dla różnych grup chorobowych. Zatem EFS umożliwił stworzenie i pilotażowe przetestowanie programów. Po ewaluacji programów można kontynuować ich wdrażanie ze środków krajowych czy też innych, które mają w swoich priorytetach tego typu programy, jak np. wspomniany Program EU4Health. Natomiast rola EFS w obecnie programowanej perspektywie w tym obszarze jest ograniczona, gdyż KE widzi konieczność skupienia się na wyrównywaniu szans grup, które mają najwięcej problemów z dostępem do tego typu usług. Co więcej wspomniane pilotaże miały przyczynić się do poprawy systemu, a nie realizować zadania związane z poprawą dostępu do profilaktyki przez kolejne lata.

Głos w dyskusji zabrała Pani Izabela Damboń-Kandziora, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego, która zgodziła się, że na obszarach wiejskich występuje problem dostępu do POZ. Jednakże w kontekście inwestycji należy mieć na względzie, że niewiele jest możliwych opcji do realizacji, a dodatkowo ciężar inwestycji jest przesunięty w kierunku szpitali ze względu na znaczący koszt inwestycji w szpitalach. Zwróciła uwagę, że w przypadku problemu dostępu do POZ kluczowym jest problem braku lekarzy, a nie braki infrastrukturalne czy brak wyposażenia. Wydaje się, że e-usługi mogą ten problem częściowo rozwiązać, jednakże - biorąc pod uwagę teleporady świadczone w okresie pandemicznym - w znikomym zakresie. W związku ze ściśle określoną linią demarkacyjną, która nie pozwala na wspieranie kształcenia lekarzy na poziomie regionalnym, IZ RPO wykorzystują środki na pomoc doraźną. Inwestycja w szpitalu połączona z pełną koordynacją na poziomie regionu rozwiązuje pewien problem. Przykładowo transport pacjentów do szpitala zapewni dostęp mieszkańcom do usług, natomiast oczywiście problemem, na który regiony nie mają wpływu, pozostaje liczba lekarzy. Pani Damboń-Kandziora podkreśliła istotną rolę centrów zdrowia psychicznego oraz wyraziła poparcie dla tego typu działań. Jednocześnie zwróciła uwagę, że w woj. opolskim jest tylko 6 psychiatrów dziecięcych, wobec czego problematyczne jest zapewnienie instytucjonalnej opieki, a co dopiero zdecentralizowanej.

Głos w dyskusji zabrał Andrzej Zapaśnik, który podkreślił poruszony w prezentacji KE problem nieodwróconej piramidy świadczeń. Zdaniem przedstawiciela organizacji pracodawców - finansowane również ze środków unijnych - inwestycje w infrastrukturę szpitalną, które jak najbardziej były uzasadnione, przyczyniły się do wzmocnienia takiej struktury piramidy. Pan Zapaśnik zauważył, że KE – podobnie jak wielu ekspertów – widzi konieczność całkowitej zmiany sposobu myślenia o systemie ochrony zdrowia. Podkreślił konieczność podjęcia działań zmierzających do niwelowania nierówności w dostępie do świadczeń. Następnie wyraził zadowolenie z nacisku KE na konieczność odejścia od finansowania wyłącznie inwestycji szpitalnych, w szczególności stosowania kryterium właścicielskiego. Na przykładzie własnej przychodni POZ zwrócił uwagę na istniejące potrzeby wsparcia tego obszaru. Zaapelował do marszałków i Ministerstwa Zdrowia o zauważanie potrzeb szeroko pojętej opieki ambulatoryjnej, których zaspokojenie przełoży się na znaczący efekt skali. Podkreślił problem braku kadr medycznych – lekarzy, pielęgniarek (w tym szkolnych), położnych. W odniesieniu do wdrażanych projektów Pan Zapaśnik przywołał problematyczne kwestie dot. DDOM i POZ+. Zwrócił uwagę na przeznaczenie środków unijnych

na zwiększenie roli POZ - nie tylko poprzez realizację programów, ale również poprzez rekrutację do przesiewowych badań onkologicznych. Istotne jest w tym efektywne przeniesienie kompetencji na najniższy możliwy poziom, czyli ze szpitala na AOS, z AOS na POZ, np. w odniesieniu do chorych przewlekłe. Następnie Pan Zapaśnik odniósł się do opieki długoterminowej. Zdaniem przedstawiciela organizacji pracodawców podnoszona od wielu lat deinstytucjonalizacja nie zaistniała. Kończąc wypowiedź zwrócił uwagę na konieczność wsparcia procesu informatyzacji. Następnie Pani Iwona Wójcik podziękowała przedstawicielom KE za prezentację, która w 100% odzwierciedla stanowisko Konfederacji Lewiatan dotyczące wsparcia POZ w nowej perspektywie. Podkreśliła, że POZ ma potrzeby infrastrukturalne i sprzętowe, co zostało potwierdzone w badaniu przeprowadzonym przez Porozumienie Zielonogórskie. Wspomniała o ustawie o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, określającej minimalne do wdrożenia wymagania oraz projekcie pilotażowym realizowanym w tym zakresie przez Ministerstwo Zdrowia. W opinii Pani Wójcik łatwiejsze dla urzędów marszałkowskich jest ogłoszenie konkursu, w którym szpital złoży wniosek na dużą kwotę. Natomiast wsparcie POZ odbywałoby się na większą skalę (duża liczba POZ) przy niższym koszcie jednostkowym – widoczny byłby efekt skali. Zdaniem Pani Wójcik najlepszym rozwiązaniem są projekty grantowe, które – jak pokazuje Program POZ+ – są łatwiejsze do zrealizowania, co jest niezwykle istotne w kontekście mało rozbudowanej administracji POZ. Dodatkowo wyjaśniła, że w tego typu projektach nie występuje pomoc publiczna. Zauważyła, że mapy potrzeb zdrowotnych dla POZ mają bardzo okrojony zakres. Kończąc wypowiedź Pani Wójcik potwierdziła konieczność wsparcia POZ w ramach kolejnej perspektywy finansowej.

Następnie głos w dyskusji zabrała Pani Dobrawa Biadun, reprezentująca Krajową Izbę Fizjoterapeutów (KIF). Zaapelowała, aby w ramach szeroko rozumianej podstawowej opieki zdrowotnej rozumieć również opiekę fizjoterapeutyczną. Analizy KIF wskazują, że dostęp do usług fizjoterapeutycznych szczególnie w ośrodkach mniejszych jest właściwie niemożliwy. Pozostaje w tym przypadku opieka prywatna, na którą jednak nie wszystkich stać. Drugą poruszoną przez Panią Biadun kwestią były programy profilaktyczne w zakresie fizjoterapii związanej głównie z sytuacją postcovidową.

Następnie Pan Robert Mołdach, ekspert, odniósł się do kwestii nierówności w zdrowiu, które są przedmiotem badań od wielu lat, przy czym wcześniej nierówności dot. głównie różnic w poszczególnych państwach. Zauważył, że środki w ramach nowej perspektywy finansowej mają służyć zmniejszaniu różnic w innym przekroju – głównie pomiędzy różnymi grupami społecznymi, np. osobami mieszkającymi na wsi, będącymi w gorszej sytuacji edukacyjnej czy nawet w poszczególnych częściach miast. Zwrócił uwagę, że budowanie interwencji w takich warunkach jest trudnym, ale właściwie ukierunkowanym wyzwaniem.

Pani Marzena Bielecka, przedstawicielka organizacji pracodawców podkreśliła, że głos KE jest bardzo ważny dla środowiska, które reprezentuje i w pełni się zgadza z przedstawionymi argumentami. Analiza KE dostrzega rzeczywiste problemy i odpowiada na potrzebę odwrócenia piramidy świadczeń. Problem poruszany jest od wielu lat, przy czym zdaniem Pani Bieleckiej przy wykorzystaniu środków nowej perspektywy jest realna szansa na zmianę. Odniosła się do wspomnianego przez Panią Damboń-Kandziorę problemu z kadrą lekarską, zauważając, że środki w ramach RPO można ukierunkować na kadrę okołomedyczną (np. asystentów, opiekunów medycznych), która wesprze i odciąży lekarzy, w tym

lekarzy POZ. Dodała, że w przeprowadzonych przez środowisko badaniach, placówki POZ i AOS wskazują na nieosiągalność funduszy ze względu na złożoność problematyki i konieczność sporządzenia skomplikowanej dokumentacji oraz zaapelowała o przygotowywanie „prostych” konkursów. Dodała, że wiele POZ bierze udział w programach profilaktycznych – ważne jest zatem stworzenie odpowiednich warunków, które umożliwią wykorzystanie potencjału tych placówek.

Następnie Pan Piotr Czauderna, ekspert, zgodził się z ogólną ideą, że fundusze z perspektywy unijnej powinny służyć transformacji polskiego systemu ochrony zdrowia, a nie wyłącznie realizacji działań inwestycyjnych. Poprosił o wyjaśnienie, dlaczego założono, że cyfryzacja powinna zostać ograniczona wyłącznie do POZ, skoro zadaniem jest budowa platformy informatycznej, która umożliwi wymianę informacji między różnymi świadczeniodawcami, co z kolei prowadzi do zwiększenia efektywności i jakości świadczeń oraz uniknięcia ich duplikacji. Do pytania odniosła się Pani Głowacka-Rochebonne, która wyjaśniła, że KE chciała zaakcentować potrzebę inwestycji w ten obszar, który zdaniem KE jest mocno zaniedbany i niedoinwestowany, co szczególne pokazał czas pandemii. Podkreśliła, że cyfryzacja musi być kompleksowa i obejmować również, a nie wyłącznie, POZ. Natomiast powinien być stworzony osobny komponent, żeby możliwie wyraźnie zaakcentować wspomniane potrzeby.

Podsumowując dyskusję Pani Majewska stwierdziła, że w prezentacji i podczas dyskusji zostało zaprezentowane podobne patrzanie na wiele obszarów. W odniesieniu do działań profilaktycznych poprosiła KE o praktyczne podejście do tematu oraz zwróciła uwagę, że w grupie osób defaworyzowanych mieszczą się również osoby przewlekłe chore. Warto zatem podjąć działania, aby osoba nie stała się przewlekłe chora albo – jeżeli jest już chora – zidentyfikować to na najwcześniejszym etapie i zapewnić możliwie najlepszą opiekę. Pani Majewska wyraziła nadzieję na porozumienie z KE w patrzaniu na te kwestie. W odniesieniu do inwestycji szpitalnych podkreśliła, że konieczne będzie mocne ich powiązanie z reformą szpitalnictwa, która jest programowana w ramach KPO. Pani Majewska nie zgodziła się z tezą, że inwestycje były punktowe i zaspokajały wyłącznie deficyty jednostek, a nie przyczyniały się do poprawy jakości i dostępności świadczeń. Zaznaczyła, że wszystkie podejmowane działania mają na celu podniesienie jakości opieki nad pacjentem. W odniesieniu do kadr podkreśliła, że jest to obszar priorytetowy zarówno kolejnego okresu programowania, jak również KPO, a także w wymiarze środków krajowych. Jako przykłady działań planowanych do wsparcia wymieniła również m.in. cyfryzację oraz powstanie standardów dostępności – nie tylko w POZ i szpitalach, ale również w ramach AOS.

Pani Lucie Zackova podkreśliła, że KE widzi potrzebę reformy szpitalnictwa w kontekście instrumentu KPO. Natomiast w ramach polityki spójności KE ma inne priorytety. Przedstawicielka KE podziękowała wszystkim zainteresowanym stronom za wyrażenie głosu. Dyskusja potwierdza, że przeprowadzona przez KE analiza potrzeb jest uzasadniona. Pan Peter Paul Borg dodał że niezależnie od środków przeznaczonych na system opieki zdrowotnej, niestety zawsze jakieś potrzeby pozostaną niezaspokojone. W przypadku Polski – odwrotnie niż w wielu innych państwach – inwestycje skierowane są przede wszystkim do szpitali. Inwestycje w szpitale są oczywiście bardzo ważne i niezbędne, ale równie istotna jest profilaktyka i POZ. Należy zatem znaleźć równowagę pomiędzy inwestowaniem w szpitale i zdrowie publiczne. W przypadku profilaktyki konieczne jest różnicowanie grup i skupienie się na osobach

defaworyzowanych. Pani Majewska wyjaśniła, że w zakresie poruszonej kwestii grup defaworyzowanych MZ pozostaje w dyskusji z KE.

Po zakończeniu dyskusji przystąpiono do omawiania kolejnego punktu agendy.

Informacja MZ nt. stanu prac dot. programowania perspektywy finansowej 2021-2027 (w tym mapy potrzeb zdrowotnych i Planu Transformacji - jako część „enabling condition”)

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

Odnosząc się do pierwszego kryterium poinformowała, iż akurat w tym dniu Sejm przyjął nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która mówi o nowej formule map potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb zdrowotnych w nowej formule jest de facto gotowa i zawiera analizy na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego, które zostało udostępnione w czerwcu 2020 r. (obecnie trwają prace nad aktualizacją danych) oraz wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań. Podkreśliła, że w przygotowanie dokumentów zostały zaangażowane regiony oraz inni interesariusze (np. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny). Nowa mapa pokazuje z lotu ptaka cały system ochrony zdrowia, w tym kadry, opiekę długoterminową, POZ i AOS. Z mapą powiązane są dwa procesy: nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz opracowanie planów transformacji (krajowego i wojewódzkich). Mapa potrzeb zdrowotnych jest podstawą, z której wyciągnięto rekomendacje i cele, znajdujące się z jednej strony w *Zdrowej przyszłości*, z drugiej strony uszczegóławiane są kierunki działań w planach transformacji. Krajowy plan transformacji jest przygotowywany dla całego kraju i uwzględnia rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Wojewódzki plan transformacji jest przygotowywany dla obszaru województwa i uwzględnia krajowy plan i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Okres obowiązywania map - po dyskusjach w Sejmie został zmieniony z 7 na 5 lat – i obowiązywać będzie od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2027 r.

Główną ideą planów transformacji jest wprowadzenie systemu planowania strategicznego ochrony zdrowia, opartego o potrzeby zdrowotne. Są to dokumenty o charakterze wdrożeniowym, które mają przewidywać konkretne działania. Najważniejszymi celami planów transformacji jest planowanie inwestycji z wyprzedzeniem, wzmocnienie zasobów i procesów ochrony zdrowia, uwzględniających potrzeby zdrowotne obywateli oraz poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia i inwestycje. Następnie Pani Jagodzińska-Kalinowska przedstawiła zakres, jaki będą obejmować plany transformacji (krajowy i wojewódzkie). Plany transformacji będą poddawane ocenie śródkresowej, a na zakończenie zostanie przygotowane sprawozdanie z realizacji zadań i wskaźników. Ocena śródkresowa

może stanowić podstawę do opracowania aktualizacji planu w przypadku osiągnięcia założonych wartości wskaźników czy identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej. W dalszej kolejności Pani Jagodzińska-Kalinowska przedstawiła stan prac dot. planów transformacji. Odnosząc się do planu krajowego poinformowała, że dokument został przygotowany i zakładając, że ustawa zostanie podpisana w lipcu br. finalna wersja dokumentu zostanie opublikowana do 31 sierpnia 2021 r. W odniesieniu do wojewódzkich planów zauważyła, że zostały przeprowadzone warsztaty z województwami dotyczące przygotowania dokumentu, a regiony już nad nimi pracują. Po 15 września 2021 r., czyli po terminie przekazania Ministrowi Zdrowia przez wojewodów projektu do zatwierdzenia rozpocznie się dyskusja z regionami. Wojewodowie do dnia 15 grudnia 2021 r. muszą ogłosić swoje Plany Transformacji.

Następnie w odniesieniu do drugiego kryterium dotyczącego krajowych lub regionalnych ram strategicznych polityki zdrowotnej, Pani Dyrektor przedstawiła misję oraz wizję dokumentu o charakterze strategicznym w randze polityki publicznej - *Zdrowa przyszłość*. Następnie omówiła obszary zmian w systemie ochrony zdrowia na podstawie koncepcji zrównoważonej karty wyników (pacjent, procesy, rozwój i finanse) oraz cele i kierunki interwencji w każdym obszarze. Omówiła działania strategiczne w obszarze pacjent oraz podała przykłady zaplanowanych działań.

W dalszej kolejności Pani Jagodzińska-Kalinowska poinformowała, że dokument został przesłany do Komisji Europejskiej, a w bieżącym tygodniu zostanie przekazany do uzgodnień międzyresortowych i konsultacji społecznych. Dokument będzie przyjęty uchwałą Rady Ministrów, co jest planowane na IV kw. 2021 r.

W odniesieniu do trzeciego kryterium dotyczącego krajowych lub regionalnych ram strategicznych polityki zdrowotnej, które obejmują środki promowania usług środowiskowych, Pani Dyrektor przypominała, że ramy strategiczne w zakresie deinstytucjonalizacji w zakresie zdrowia są załącznikiem do *Zdrowej przyszłości* (pozostała część przygotowywana jest przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, w czym MZ także uczestniczy). Następnie przedstawiła kierunki rozwoju wsparcia zdrowotnego w ramach procesu deinstytucjonalizacji osób starszych, procesu deinstytucjonalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi (dorośli), procesu deinstytucjonalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi (dzieci i młodzież) oraz zaprezentowała przykłady zaplanowanych działań.

W toku dyskusji Pani Sylwia Wójcik zauważyła, że samorządy szczebla wojewódzkiego powinny mieć znaczący wpływ na kształt Planu Transformacji oraz poprosiła o informację, czy wojewodowie to zapewniają. Pani Jagodzińska-Kalinowska poinformowała, że MZ przygotowało wytyczne dla urzędów wojewódzkich, zgodnie z którymi do budowania planu powinni zaangażować jak największy krąg interesariuszy. Dodała, że zgodnie z procedowaną ustawą w skład wojewódzkiej rady wchodzi przedstawiciel marszałka województwa.

Następnie Pani Głowacka-Rochebonne poprosiła o informację, czy odbyły się zapowiadane przez MZ w 2019 r. spotkania / warsztaty z regionami dot. nowych map potrzeb zdrowotnych. Wyraziła zrozumienie, że za całość procesu odpowiada rząd oraz wojewodowie, niemniej ze względu na konieczność zapewnienia spójności inwestycji finansowych ze środków unijnych z planami transformacji niezbędne jest

włączenie regionów w proces ich tworzenia. Dodatkowo wyraziła nadzieję, że zaprezentowany harmonogram zostanie realizowany, bo KE nie wyobraża sobie inwestowania w podmioty lecznicze niezgodnie z planami transformacji. Pani Jagodzińska-Kalinowska wyjaśniła, że spotkania wyjazdowe w regionach nie odbywają się obecnie ze względu na sytuację pandemiczną. Dyskusje odbywają się na poziomie MZ i wojewodów. Jednocześnie urzędy wojewódzkie deklarują współpracę z urzędami marszałkowskim, jak również oddziałami wojewódzkimi NFZ. Do MZ nie dotarły głosy mówiące o problemach we współpracy czy jej braku. Głos zabrała Pani Kamila Siwak, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, która zwróciła uwagę na brak zaproszenia do współpracy czy udziału w warsztatach. Biorąc pod uwagę zobligowanie do programowania środków w ramach RPO czy REACT w zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych i planami transformacji konieczne jest włączenie do prac przedstawicieli urzędów marszałkowskich.

Wobec braku dalszych uwag zakończono dyskusję.

Sprawy różne

Pani Małgorzata Majewska zapowiedziała, że w lipcu br. planowane jest zorganizowanie spotkania dotyczącego REACT-EU, podczas którego omówiona zostanie proponowana zmiana rekomendacji 9a. Podziękowała za liczną obecność oraz aktywne uczestnictwo i zakończyła posiedzenie.

4. Uchwały poddane pod głosowanie oraz wyniki głosowania:

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

Wyniki głosowań stanowią załącznik nr 3 do protokołu.

5.	Protokół sporządził: Justyna Wajrach	główny specjalista w Wydziale Koordynacji Wsparcia UE Departament Oceny Inwestycji MZ
6.	Zatwierdził: 27 lipca 2021 r.	Katarzyna Przybylska Zastępca Dyrektora /dokument podpisany elektronicznie/ Przewodniczący Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Załącznik 1: Lista obecności

Załącznik 2: Porządek obrad

Załącznik 3: Wyniki głosowań