

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

1.	Data i miejsce posiedzenia:
XXI posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce 25 czerwca 2019 r. w Hotelu Mercure Warszawa Centrum przy ul. Złotej 48/54 w Warszawie.	
2.	Porządek obrad:
<p>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</p> <p>W XXI posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyło łącznie 69 osób (34 członków i zastępców członków lub osób upoważnionych do głosowania, 4 stałych obserwatorów oraz 31 innych zaproszonych osoby), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 31 osób z prawem do głosowania (członkowie, zastępcy członków lub osoby upoważnione). 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, która - po przywitaniu wszystkich uczestników - krótko przypomniała agendę spotkania. Następnie przystąpiono do głosowania w sprawie jej przyjęcia. Porządek obrad został przyjęty jednogłośnie (22 głosów – za przyjęciem, 0 głosów – przeciw, 0 głosów – wstrzymujących się).</p> <p>Porządek obrad stanowi załącznik nr 2 do protokołu.</p>	
3.	Przebieg posiedzenia:
<p>Aktualizacja stawek jednostkowych na usługi zdrowotne w ramach projektów ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego</p> <p>W pierwszej kolejności Pani Małgorzata Majewska, Naczelnik Wydziału Koordynacji i Programowania Wsparcia UE w Departamencie Oceny Inwestycji MZ - Zastępca Przewodniczącego Komitetu Sterującego zaprezentowała - na prośbę Pani Dyrektora Przybylskiej - główne założenia Programu badań przesiewowych raka jelita grubego w latach 2019 – 2021, zwracając szczególną uwagę na różnice w stosunku do poprzedniej edycji Programu, tj. Programu badań przesiewowych raka jelita grubego w latach 2016 – 2018. Ponadto poinformowała o aktualnym etapie rozstrzygnięcia konkursów na realizatorów ww. Programów (w systemie oportunistycznym oraz w systemie mieszanym). Następnie poprosiła Panią Barbarę Woszczyk-Kępińską, Naczelnika Wydziału Zarządzania Finansowego</p>	

w Departamencie Europejskiego Funduszu Społecznego Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju (MliR) o zaprezentowane metodologii wyliczania stawek jednostkowych dotyczących badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopia przesiewowa) oraz sedacji, stosowanych w ramach projektów Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej 2014-2020, wykonywanych zgodnie z założeniami nowego Programu. W pierwszej kolejności Pani Woszczyk-Kępińska szczegółowo przedstawiła zakres usług zdrowotnych, do których zastosowanie mają przedmiotowe stawki jednostkowe. Następnie omówiła źródła danych użytych do kalkulacji stawek jednostkowych, wyjaśniając, iż zapytanie ofertowe – na prośbę MliR - zostało wysłane przez MZ do podmiotów z terenu całej Polski, posiadających w swoich strukturach pracownię endoskopii, dla których został podany w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (www.rpwdl.csioz.gov.pl) adres mailowy, tj. do 245 podmiotów. W dalszej kolejności szczegółowo omówiła sposób kalkulacji stawek jednostkowych na podstawie powyższych danych. W dalszej kolejności poinformowała, że dla przyjętej wysokości stawek jednostkowych kluczowe znaczenie miał fakt określenia przez Ministerstwo Zdrowia maksymalnych stawek badania kolonoskopowego i sedacji w Programie krajowym, na poziomie odpowiednio 440 zł i 180 zł. Podkreśliła, że z uwagi na to, iż standard usług zdrowotnych realizowanych w ramach projektów współfinansowanych ze środków EFS oraz w ramach Programu jest tożsamy, nie istnieją podstawy do różnicowania stawek jednostkowych stosowanych w projektach realizowanych w ramach RPO i w Programie oraz zwróciła uwagę na konieczność przestrzegania zasady należytego zarządzania finansami. Następnie wyjaśniła, że w związku z powyższym Instytucja Koordynująca EFS podjęła decyzję o przyjęciu maksymalnych stawek określonych dla Programu w latach 2019-2021 dla badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopia przesiewowa) oraz sedacji, odpowiednio 440 zł i 180 zł. Dodatkowo wyjaśniła, że stawki jednostkowe obejmują wszystkie koszty badania kolonoskopowego i sedacji, natomiast nie obejmują zakupu środków trwałych oraz wydatków w ramach cross-financingu, jak również kosztów pośrednich w rozumieniu *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*. W dalszej kolejności Pani Woszczyk-Kępińska zaprezentowała dwa wskaźniki rozliczające stawki jednostkowe - liczba uczestników projektu objętych badaniem przesiewowym raka jelita grubego (kolonoskopia przesiewowa) oraz liczba uczestników projektu poddanych sedacji oraz wyjaśniła, że dokumentami potwierdzającymi wykonanie stawek jednostkowych jest oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia (beneficjent nie ma obowiązku gromadzenia ani opisywania dokumentów księgowych w ramach projektu na potwierdzenie poniesienia wydatków, które zostały wykazane jako wydatki objęte stawką jednostkową). Kończąc prezentację Pani Woszczyk-Kępińska wyjaśniła, iż z uwagi na to, że koniec obowiązywania Programu praktycznie zbiega się z okresem programowania, ewentualna zmiana stawek jednostkowych będzie rozważana wyłącznie w przypadku zmiany wysokości cen jednostkowych usług zdrowotnych określonych w Programie.

Następnie głos zabrała Pani Majewska, która poinformowała, że do projektu przedmiotowej uchwały wpłynęły uwagi z dwóch instytucji (Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego i Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego) oraz prośba ze strony Ministerstwa Inwestycji

i Rozwoju o autokorektę treści uchwały. Przypomniała, że materiał został przesłany drogą mailową w dniu poprzedzającym posiedzenie, jak również został zamieszczony w Bazie Wiedzy. Wyjaśniła, iż autokorekta zgłoszona przez MliR dotyczy zmiany brzmienia § 2 ust. 1 w następujący sposób: *Stawki jednostkowe obejmują wszystkie koszty badania kolonoskopowego i sedacji ~~personelu przeprowadzającego badanie kolonoskopowe i sedację oraz koszty materiałów medycznych zużytych podczas badania kolonoskopowego i sedacji~~*. Następnie Pani Majewska odniosła się do poszczególnych uwag, szczegółowo prezentując wcześniej przesłane zestawienie. W kontekście uwagi Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego dotyczącej kwestii legislacyjnych w zakresie § 6 pkt 1, potwierdziła, że zapis jest zgodny z zasadami technik prawodawczych, jednocześnie wyjaśniając, że podobne techniki prawodawcze były stosowane np. w przypadku zmian rekomendacji KS (w tym przypadku również uchylane są uchwały dotyczące wcześniejszych rekomendacji, co nie oznacza, że kryteria przyjęte przez KM RPO na podstawie wcześniejszych uchwał przestały obowiązywać). Następnie w odniesieniu do sugestii wykreślenia w § 1 uchwały fragmentu „w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych w systemie oportunistycznym na lata 2019 – 2021” poinformowała, że zgodnie ze stanowiskiem IK UP EFS uwaga została odrzucona. Obecna stawka jednostkowa została wyliczona pod Program Badań przesiewowych na lata 2019-2021 i jest inna - zarówno kwotowo, jak i pod względem zakresu - niż Program badań przesiewowych na lata 2016-2018. W opinii IK UP EFS odniesienie do właściwego Programu badań jest kluczowe. Następnie Pani Majewska przedstawiła stanowisko IK UP EFS do uwagi Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego dotyczącej wysokości stawek, która może powodować problemy z naborem wnioskodawców, zgodnie z którym brak jest zasadności różnicowania stawek na usługi wyłącznie ze względu na źródło ich finansowania.

Głos zabrała Pani Małgorzata Szczudłowska, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego, która podtrzymała wcześniej zgłoszoną uwagę. Podkreśliła, że obniżenie stawek do proponowanego poziomu spowoduje, że szanse na znalezienie wykonawców będą bardzo małe. Potwierdziła, że dobrym przykładem mogą być wcześniejsze konkursy w województwie świętokrzyskim ogłaszane w 2017 r., które zostały rozstrzygnięty dopiero w momencie, kiedy stawki zostały podniesione do poziomu 580 zł za kolonoskopię i 230 zł za znieczulenie. Zaznaczyła, iż powyższe znajduje również potwierdzenie w fakcie, że obecne rozeznanie rynkowe wskazało na jeszcze wyższe stawki niż te, które były przyjęte w poprzedniej uchwale. Głos w dyskusji zabrała również Pani Aleksandra Kuśmierczak, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego, która przychyliła się do stanowiska przedmówczyni. Poinformowała, że z przeprowadzonej w regionie analizy wynika, iż na obszarze białych plam, na który w województwie łódzkim składa się siedem regionów, nie ma podmiotów, które spełniałyby wszystkie warunki określone w Programie i mogłyby realizować program dotyczący wczesnego wykrywania raka jelita grubego. W opinii Pani Kuśmierczak zaniżanie stawek do proponowanej kwoty jeszcze bardziej utrudni realizację projektów i zniechęci wnioskodawców do aplikowania o środki. Zaapelowała o zwiększenie stawek lub chociażby pozostawienie ich na dotychczasowym - ujętym w poprzedniej uchwale - poziomie, tym bardziej, że z rozeznania MZ wynika, iż realne stawki są zdecydowanie wyższe od stawek określonych w programie krajowym. Dodatkowo zdaniem Pani Kuśmierczak istotne jest również to, że program krajowy jest kierowany do wszystkich mieszkańców,

natomiast projekty w ramach EFS tylko i wyłącznie do mieszkańców zamieszkujących obszar białych plam. Pani Barbara Woszczyk-Kępińska odnosząc się do uwag wyjaśniła, iż odrębna metodologia została przygotowana z uwagi na fakt, iż zmieniły się warunki w Programie. Poprosiła, aby mieć na względzie, że przy poprzedniej edycji Programu (2016-2018) nie było określonej maksymalnej kwoty świadczeń, w związku z czym przy wyliczaniu stawek dla usług finansowanych ze środków EFS nie było punktu odniesienia do stawek w Programie krajowym. W związku z powyższym wzięto pod uwagę wyłącznie oferty rynkowe. Obecnie, z uwagi na to, że w Programie krajowym określono maksymalną kwotę na poziomie 440 zł i 180 zł, opracowywanie metodologii następuje w zupełnie innych warunkach – punktem odniesienia jest maksymalna kwota, która może być finansowa ze środków krajowych. Zdaniem Pani Woszczyk-Kępińskiej należy mieć na uwadze ryzyko audytowe w tym zakresie. Podkreśliła, że mając świadomość powyższych rozbieżności, skonsultowano tę kwestię na roboczo z innymi krajami. W opinii Pani Woszczyk-Kępińskiej sytuacja, w której za identyczny zakres usług płacono ze środków EFS jest wyższa niż kwota płacona ze środków krajowych nie znajduje merytorycznego uzasadnienia. Głos w dyskusji zabrała Pani Agnieszka Beniuk-Patoła, Zastępca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia (dawnej Departamentu Polityki Zdrowotnej, który odpowiadał za poprzednią edycję Programu). Pani Dyrektor Beniuk-Patoła zauważyła, że w obecnej edycji Programu rozdzielono kwoty na badanie przesiewowe raka jelita grubego i sedację, co wynika również z wcześniejszych ustaleń dotyczących Programu finansowanego ze środków EFS. Podkreśliła, iż nieprawdą jest, że dopiero w aktualnej edycji Programu krajowego pojawiały się maksymalne kwoty. W poprzedniej edycji - na lata 2016-2018 - również była określona maksymalna kwota, która wynosiła 450 zł (bez rozdzielania na koszty badania i koszty sedacji). Zgodnie z ówczesnie obowiązującymi zasadami 450 zł stanowił uśredniony koszt badania, tzw. ryczałtowy, który już uwzględniał przeprowadzenie 20% badań w znieczuleniu. Zatem określenie maksymalnych kwot nie jest nowością – jednak obecnie są one wyższe niż w edycji 2016-2018, kiedy to również były ustalane koszty dla badań wykonywanych w ramach EFS. Pani Dyrektor Beniuk-Patoła zwróciła także uwagę, iż w programie krajowym występują dwa rodzaje konkursów i dwa rodzaje badań. Podane wcześniej przez przedmówczynię koszty dotyczą badań realizowanych w systemie oportunistycznym, wykonywanych w Programie krajowym na skalę masową (na poziomie 120-130 tys. rocznie). Natomiast drugim systemem jest system mieszany (zapraszano-oportunistyczny), w którym dopuszczono podmioty, które wykonywały wcześniej – i chcą to kontynuować - badania w systemie zapraszanym, przy czym realizator Programu nie może przekroczyć limitu badań wykonywanych bez zaproszenia, ustalonego na poziomie 25% przyznanego limitu badań. W ramach tego systemu wskazane są wyższe kwoty - 510 zł za badanie kolonoskopowe (ze znieczuleniem miejscowym, bez sedacji) i 180 zł za sedację - maksymalnie 690 złotych za badanie kolonoskopowe w sedacji. Powyższe zróżnicowane koszty badania wynika z faktu, iż system mieszany wymaga po stronie realizatora wyższych nakładów i inwestycji w pozyskanie pacjenta.

Następnie Pan Mikołaj Żelanka-Żeleński, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego w uzupełnieniu wątku dotyczącego białych plam i różnicowania w porównaniu z działaniami realizowanymi w programie krajowym, zauważył, że województwo łódzkie przeprowadziło badanie ankietowe wśród podmiotów leczniczych z obszaru białych plam i powiatów sąsiednich, posiadających

pracownię endoskopową odnośnie spełniania wymogów Programu krajowego oraz zainteresowania konkursem. Wyniki pokazały, że pięć na dziewięć podmiotów, które odesłały odpowiedzi nie spełniało wymogów kadrowych. Pan Mikołaj Żelanka-Żeleński wyraził nadzieję, że skoro dopuszczono dokupienie kolonoskopu w projekcie przed pierwszymi badaniami, to potencjalnie możliwe byłoby uzupełnienie brakującej kadry w ramach projektu, na co pozwoliłaby odpowiednia stawka. Pani Barbara Woszczyk-Kępińska wyjaśniła, że nie jest możliwe ujmowanie w stawce kosztów, które nie były brane pod uwagę przy jej opracowywaniu metodologicznym. Metodologia stawek jednostkowych jest przeprowadzona zgodnie z wytycznymi opracowywanymi przez Komisję Europejską i tego typu wydatek zostanie zakwestionowany. Jednocześnie zwróciła uwagę, że do stawki nie jest włączony cross-financing, środki trwale czy koszty pośrednie. Stawką jednostkową rozliczane są same badania - wszystkie koszty z nimi związane. Odnosząc się do wypowiedzi Pani Dyrektor Beniuk-Patoły, Pani Woszczyk-Kępińska podkreśliła, że w ramach EFS finansowany jest właśnie system oportunistyczny, więc nie ma w tym zakresie rozdziwku. W kontekście maksymalnych kwot zauważyła, że dla aktualnej edycji Programu badań przesiewowych Ministerstwo Zdrowia opublikowało maksymalne kwoty - zarówno w zapytaniu, jak i we wzorze oferty. Pani Dyrektor Beniuk-Patoła wyjaśniła, że w poprzedniej edycji maksymalna kwota - płacona za jednostkowe badanie w wysokości 450 złotych bez rozdzielania na koszt badania i koszt sedacji - również była podana w ogłoszeniach. Dopiero w bieżącym roku zmieniono metodologię rozliczania kosztów badań przesiewowych w podziale na kolonoskopię i sedację. Umożliwiono jednocześnie zwiększenie liczby badań przeprowadzanych w sedacji, która może być oddzielnie rozliczona przez realizatora z 20% do 50%. Zatem obecnie możliwe jest rozliczenie kosztów sedacji w maksymalnej wysokości 180 zł, obok kosztów badania (maksymalnie 440 zł), które wcześniej były łącznym kosztem na poziomie maksymalnie 450 zł. Głos w dyskusji zabrał Pan Paweł Zdun, Naczelnik Wydziału Edukacji i Zdrowia w Departamencie Europejskiego Funduszu Społecznego MliR, który przypomniał, że zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*, w projekcie - poza stawkami jednostkowymi – możliwe jest pokrywanie dodatkowych kosztów związanych z zachęcaniem osób do udziału w projektach, z zapewnianiem dojazdu, z zapewnianiem opieki nad osobami zależnymi, którymi dane osoby się w danym momencie zajmują. Zauważył, iż katalog nie jest stricte zamknięty, więc istnieją możliwości uatrakcyjnienia projektów, zgodnie z zakresem Wytycznych. Poparł stanowisko Pani Woszczyk-Kępińskiej dotyczące konieczności dostosowania stawek jednostkowych do zmienionego zakresu badań w Programie krajowym. Głos zabrała Pani Majewska, która nieco inaczej zrozumiała wypowiedź Pana Mikołaja Żelanka-Żeleńskiego odnośnie personelu. W koszcie badania jest ujęty koszt personelu, zatem wyższa stawka dawała możliwość zachęcenia endoskopistów czy pielęgniarek do większego zaangażowania. Proponowane rozwiązanie może spowodować problemy z pozyskaniem personelu medycznego do wykonywania badań. Należy pamiętać, że wiele szpitali boryka się z problemem braków kadrowych, a zaproponowanie wyższej stawki dawało możliwość uzupełnienia tych braków w mniejszych jednostkach. Następnie Pani Dyrektor Beniuk-Patoła – odnosząc się do wcześniejszej wypowiedzi Pani Woszczyk-Kępińskiej – wyjaśniła, iż rozumie, że w ramach EFS zastosowano system oportunistyczny, natomiast wspomnienie o programie mieszanym miało na celu

pokazanie możliwości zastosowania wyższych stawek do systemu, który wymaga wyższych nakładów. Dodatkowo w przypadku EFS celem jest pokrycie białych plam, co stanowi ostatni etap realizacji badań kolonoskopowych. Zgodnie z wcześniej wspólnie ustalonymi zasadami, podmiot, który realizuje program ze środków krajowych i ze środków EFS, musi w pierwszej kolejności wykonać pełną pulę badań w programie krajowym w ramach danego roku. Wobec tego, że nakłady sił i środków, koniecznych do zrealizowania badań w ramach EFS i pokrycia białych plam, wydają się zdecydowanie wyższe. Pani Dyrektor zaproponowała rozważenie zastosowania stawek z Programu krajowego, realizowanego w systemie mieszanym. Pani Barbara Woszczyk-Kępińska wyraziła opinię, iż biorąc pod uwagę uwarunkowania programowe w obu systemach oraz ryzyko audytowe nie jest to możliwe. Pan Mikołaj Żelanka-Żeleński zauważył, iż ważną kwestią jest brak dostępności do badań kolonoskopowych. Wielokrotnie było podkreślane, że celem realizacji projektów unijnych ma być powstawanie nowych ośrodków, które będą realizować badania kolonoskopowe w ramach programu badań przesiewowych. W województwie łódzkim kumulacja ośrodków wykonujący przedmiotowe badania występuje przede wszystkim w aglomeracji łódzkiej oraz - w mniejszej skali - w dużych miastach. Podkreślił, że zgodnie ze Strategią Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020 działania powinny być ukierunkowane na zmniejszanie nierówności społecznych. Przypominał, że również w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju zawarto cel dotyczący poprawy dostępu do usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne. Biorąc pod uwagę toczącą się dyskusję wydaje się, że w przypadku województwa łódzkiego dysproporcje będą się nadal utrzymywać lub nawet pogłębiać. W odpowiedzi na prośbę Pani Dyrektor Przybylskiej, głos zabrała Pani Joanna Charytonowicz, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL). Pani Charytonowicz poinformowała, że KE aktualnie nie dysponuje gotowym rozwiązaniem w diskutowanym temacie, zobowiązując się do skonsultowania poruszanych kwestii ze służbami audytowym KE. Pani Dyrektor Przybylska podsumowała, że ogłoszenie konkursów dotyczących profilaktyki raka jelita grubego jest planowane w roku 2019 przez województwo łódzkie i województwo śląskie. Dodatkowo Pani Małgorzata Szczudłowska zasignalizowała, że województwo świętokrzyskie na chwilę obecną nie planuje tego typu działania, jednocześnie nie wykluczając, że decyzja o ogłoszeniu dodatkowego konkursu w tym zakresie zostanie jednak podjęta. Przed przystąpieniem do głosowania głos zabrał Pan Zdun, zwracając uwagę na fakt, iż Wytyczne przewidują realizację projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego na zasadzie stawek jednostkowych, przyjętych przez Komitet Sterujący. Zatem możliwość ogłoszenia planowanych konkursów będzie uzależniona od podjęcia uchwały. Zauważył, że podjęcie uchwały ze stawkami w tożsamych wysokościach, które są stosowane w krajowym programie finansowanym ze środków Ministerstwa Zdrowia będzie na pewno przeciwdziałało ryzyku audytowemu. Podkreślił, że w tej chwili nie jest możliwe określenie, w jakim terminie MliR będzie w stanie skonsultować przedmiotowe kwestie ze służbami audytowymi KE i potwierdzić, czy można zrobić wyjątek zastosowania innej stawki jednostkowej, bazując na rozeznaniu rynku. Wobec powyższego zaproponował poddanie pod głosowanie uchwały w zaproponowanym kształcie, podkreślając, że nieprzyjęcie uchwały nie daje podstawy prawnej do ogłoszenia kolejnych konkursów. Poprzednia metodologia bazowała na warunkach programu, który

obowiązywał do 2018 roku, a w związku z istotną zmianą w wykonywaniu badań, metodologia wyliczenia stawki jednostkowej musi być zaktualizowana w oparciu o aktualny zakres badań. Zaznaczył, że przypadku korzystania z kosztów uproszczonych w projektach, wyliczenie stawek jednostkowych musi być opatrzone odpowiednio zweryfikowaną metodologią, potwierdzającą daną stawkę. W dalszej kolejności Pani Majewska - w odpowiedzi na wątpliwości Pani Szczudłowskiej dotyczące statusu poprzedniej uchwały (5/2018/XVI) i braku odniesienia w jej treści do konkretnych lat obowiązywania Programu, podkreśliła, że konieczne jest stosowanie konkretnej kwoty ściśle powiązanej z danym zakresem. Głos w dyskusji zabrał Pan Jarosław Izdebski, przedstawiciel Wydziału Koordynacji i Programowania Wsparcia UE w Departamencie Oceny Inwestycji MZ, zwracając uwagę, w ramach Komitetów Monitorujących RPO stosowane jest kryterium horyzontalne/ dostępne, które odnosi się do aktualnych wymogów prawa w tym zakresie. W związku z tym, że Program krajowy obowiązuje w wersji na lata 2019-2021, eksperci oceniający projekty muszą się odnosić do zapisów tegoż programu, a nie jego wcześniejszej edycji. Wobec powyższego Pani Szczudłowska poprosiła o ponowne rozważenie wcześniejszej propozycji Pani Dyrektor Beniuk-Patoły dotyczącej zastosowania stawek z systemu mieszanego. W związku z brakiem akceptacji ze strony przedstawicieli MliR, Pani Dyrektor Przybylska zaproponowała głosowanie uchwały w przedstawionym kształcie.

Wobec powyższego przystąpiono do głosowania Uchwały Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie określenia stawek jednostkowych na usługi zdrowotne, obowiązujących w ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego, współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Uchwała nie została podjęta większością głosów.

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

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

Jako pierwszy Pani Majewska przedstawiła Plan działań na rok 2019 dla województwa śląskiego, w którym ujęto następujące działania:

- w ramach PI 2c konkurs nr RPO WSL.2.K.1 - Wsparcie rozwoju cyfrowych usług publicznych, 3 typ projektu: Tworzenie systemów i aplikacji przyczyniających się do zwiększenia dostępu do cyfrowych usług publicznych z obszaru e-zdrowia,
- w ramach PI 9iv konkurs nr RPO WSL.9.K.20 - Deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych,
- w ramach PI 8vi konkurs nr RPO WSL.8.K.15 - Wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego,
- w ramach PI 8vi konkurs nr RPO WSL.8.K.16 - Wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego na obszarze ZIT,
- w ramach PI 2c projekty pozakonkursowe:

- 1) RPOWSL.2.P.5 - eCareMed - Upowszechnienie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz wdrożenie nowoczesnych e - Usług medycznych w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej,
- 2) RPOWSL.2.P.6 - eCareMed - eZdrowie w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu,
- 3) RPOWSL.2.P.7 eCareMed - rozwój cyfrowych usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr. 4 w Bytomiu,
- 4) RPOWSL.2.P.8 - eCareMed - Wdrożenie e-usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. NMP w Częstochowie,
- 5) RPOWSL.2.P.9 - eCareMed - rozwój cyfrowych usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju,
- 6) RPOWSL.2.P.10 - eCareMed – Wdrożenie kompleksowego systemu e-usług oraz elektronicznej dokumentacji medycznej w Katowickim Centrum Onkologii,
- 7) RPOWSL.2.P.11 - eCareMed - elektroniczna dokumentacja medyczna oraz e-usługi w celu wsparcia procesów akredytacyjnych w SP ZOZ WSS nr 3 w Rybniku,
- 8) RPOWSL.2.P.12 - eCareMed - elektroniczna dokumentacja medyczna oraz e-usługi w drodze do akredytacji Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie,
- 9) RPOWSL.2.P.13 - eCareMed - rozwój cyfrowych usług medycznych w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich,
- 10) RPOWSL.2.P.14 - eCareMed - rozwój cyfrowych usług medycznych w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich,
- 11) RPOWSL.2.P.15 - eCareMed - rozwój cyfrowych usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

Pani Majewska poinformowała o autokorekcie zgłoszonej przez województwo śląskie, która polegała na doprecyzowaniu pierwszego kryterium w ramach PI 2c (dla konkursu RPOWSL.2.K.1 oraz 11 projektów pozakonkursowych). Poprawna wersja zamieszczona na Bazie Wiedzy dnia 14 czerwca br. zawiera uzupełnienie kryterium o zapis: *Projekt nie może powielać celów i funkcjonalności platform i systemów realizowanych na poziomie krajowym o ogólnokrajowej skali*. Następnie Pani Majewska wyjaśniła, że projekty pozakonkursowe, zaplanowane do realizacji w ramach PI 2c stanowią przekształcenie już wcześniej przyjętego przez KS - projektu pozakonkursowego pn. *Śląska Cyfrowa Platforma Medyczna "eCareMed" - Elektroniczna Dokumentacja Medyczna*. Zauważyła, że w toku opiniowania Planu działań uwagi do przedmiotowych projektów pozakonkursowych zostały zgłoszone przez Departament e-Zdrowia MZ oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). W celu wyjaśnienia wszelkich wątpliwości co do zakresu projektów/ ewentualnej możliwości pokrywania się z funkcjonalnościami P1 poprosiła przedstawiciela Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego o wygłoszenie prezentacji na temat architektury przedmiotowych projektów. Pani Stefania Koczar-Sikora - Zastępca Dyrektora Wydziału Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego przypominała, że projekt pn. *Śląska Cyfrowa Platforma Medyczna "eCareMed" - Elektroniczna Dokumentacja Medyczna* został pozytywnie zaopiniowany i przyjęty przez KS w marcu ubiegłego roku. Następnie na prośbę Pani Dyrektor Koczar-Sikory koordynator merytoryczny projektu - Pan Ireneusz Kowalski - zaprezentował

aktualny status projektu i proponowaną zmianę modelu jego wdrażania. W trakcie wystąpienia przedstawił m.in. dotychczasowe podejście do budowy systemów regionalnych, ogólny opis rozwiązania, architekturę systemu eCareMed, założenia oraz listę podmiotów realizujących projekt. Pani Dyrektor Koczar-Sikora podsumowała, że zamiast projektu partnerskiego, składającego się z dziewięciu podmiotów zaproponowano wiązkę jedenastu projektów, które w istocie - z operacyjnego punktu widzenia - realizują te same funkcje. W opinii Pani Dyrektora proponowane rozwiązanie jest najbardziej optymalne, nakłada pewne obowiązki koordynacyjne, niemniej jednak kwestie te zostały w projekcie zabezpieczone. Następnie głos zabrał Pan Dariusz Starzycki, Wicemarszałek Województwa Śląskiego, który zauważył, że po przeanalizowaniu wszystkich aspektów pierwotnego projektu i zidentyfikowaniu zagrożeń i ryzyk (np. dublowania się pewnych funkcjonalności, wysokich kosztów podłączenia i utrzymania systemu) uznano, że projekt w poprzedniej wersji nie może być zrealizowany, a nowo zaproponowane rozwiązanie - biorąc pod uwagę obecny stan - jest najbardziej optymalne. Pan Marszałek podkreślił, że uczestniczy w wielu gremiach, gdzie tego typu dyskusje są przeprowadzane, a jako przykład wskazał niedawny Konwent Marszałków Województw RP, na którym podjęto stanowisko w sprawie rozwoju regionalnych platform e-zdrowia, wskazując różne wątpliwości związane z ich wdrażaniem w poszczególnych województwach. W opinii Pana Marszałka proponowane rozwiązanie eliminuje tego typu zagrożenia oraz powoduje, że projekt zostanie wdrożony i wszystkie funkcjonalności będą działały. Kończąc wypowiedź Pan Marszałek podkreślił, że istotne jest również to, iż obecny projekt - przy de facto tych samych środkach - został rozszerzony o dwa duże szpitale o zasięgu ponadregionalnym (było dziewięć, a będzie jedenaście szpitali - dodano Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich oraz Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich). Następnie Pani Anna Potrzebowska, Naczelnik Wydziału e-Uслуг w Departamencie e-Zdrowia MZ podziękowała przedstawicielom województwa śląskiego za wyjaśnienia oraz wyraziła zadowolenie z rezygnacji z wizji platformy regionalnej na rzecz modelu rozproszonego.

W dalszej kolejności głos zabrał Pan Dariusz Juszczyński, Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II w Departamencie Oceny Inwestycji MZ. Pan Juszczyński prosił, aby przy programowaniu konkursu dotyczącego Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM) mieć na uwadze procedowane zmiany legislacyjne dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych w tym zakresie. W tym kontekście istotne jest zwrócenie szczególnej uwagi, aby nie zastępować środków krajowych środkami unijnymi.

Następnie Pani Majewska – mając na uwadze niepodjęcie uchwały w sprawie określenia stawek jednostkowych na usługi zdrowotne, obowiązujących w ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego, współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego – poprosiła przedstawiciela województwa śląskiego o potwierdzenie, że w kryteriach dla dwóch przyjmowanych konkursów dotyczących wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego nie ma odniesienia do stawek jednostkowych. Pani Dyrektor Koczar-Sikora potwierdziła powyższe oraz poinformowała, że dodatkowo rozpatrywany jest wariant przesunięcia w harmonogramie przedmiotowych konkurów.

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 27/2019/XX Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Następnie Pani Majewska omówiła Plan działań na rok 2019 dla województwa mazowieckiego, zawierający w ramach PI 9iv dwa konkursy:

- RPOWMZ.9.K.16 - Dzielne Domy Opieki Medycznej (DDOM),
- RPOWMZ.9.K.17 - RPZ w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego.

Następnie Pani Majewska zauważyła, że w przypadku pierwszego konkursu ma zastosowanie uwaga Pana Juszczyńskiego w zakresie DDOM wygłoszona w stosunku do PD województwa śląskiego.

W związku z brakiem dalszych uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 28/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

W dalszej kolejności Pani Majewska omówiła Plan działań na rok 2019 dla województwa opolskiego, który zawiera w ramach PI 8vi jeden konkurs nr RPO WO.7.K.8 - Wydłużanie aktywności zawodowej – rehabilitacja medyczna (RPZ).

Następnie Pani Majewska poinformowała o autokorekcie Planu działań zgłoszonej przez IZ oraz poprosiła przedstawiciela województwa opolskiego o jej omówienie. Pan Jacek Partyka, Zastępca Dyrektora Departamentu Koordynacji Programów Operacyjnych w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Opolskiego wyjaśnił, iż autokorekta polega na zmianie zapisów w typach projektu dla działania 7.4 Wydłużanie aktywności zawodowej – rehabilitacja medyczna i ma na celu ich dostosowanie do zapisów RPZ w zakresie rehabilitacji medycznej.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 29/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

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

Jako ostatni został omówiony Plan działań na rok 2019 dla województwa warmińsko-mazurskiego, który zawiera trzy działania:

- w ramach PI 2c konkurs nr RPO WiM.3.K.4 - E-Zdrowie,
- w ramach PI 9a konkurs nr RPO WiM.9.K.5 - Infrastruktura ochrony zdrowia w miejskim obszarze funkcjonalnym Elbląga,
- w ramach PI 8vi konkurs nr RPO WiM.10.K.6 - Realizacja programów zdrowotnych dotyczących chorób i zaburzeń psychicznych, w tym działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 30/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Aktualizacja uchwały w sprawie powołania Grupy roboczej do spraw Europejskiego Funduszu Społecznego przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia oraz aktualizacja uchwały w sprawie powołania Grupy roboczej do spraw e-zdrowia przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Pani Małgorzata Majewska przypomniała zaprezentowane na poprzednim (XX) posiedzeniu zmiany organizacyjne w Ministerstwie Zdrowia, które nastąpiły w związku z wejściem w życie nowego statutu MZ oraz poinformowała, że przepracowana została - dostosowana do przedmiotowych zmian organizacyjnych - zmiana decyzji powołującej KS. Wyjaśniła, iż konieczne jest zatem dostosowanie uchwał powołujących grupy robocze do aktualnej – ujętej w ww. decyzji - struktury MZ oraz szczegółowo zaprezentowała proponowane zmiany. Ponadto Pani Małgorzata Majewska wyjaśniła, iż - w porównaniu z poprzednio prezentowanym stanem - zadania dotyczące Komitetu Sterującego zostały przeniesione z Departamentu Analiz i Strategii do Departamentu Oceny Inwestycji.

W związku z brakiem uwag do przedmiotowych punktów agendy przystąpiono do głosowania: Uchwały Nr 31/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie powołania Grupy roboczej do spraw Europejskiego Funduszu Społecznego przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, a następnie Uchwały Nr 32/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie

powołania Grupy roboczej do spraw e-zdrowia przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Obie uchwały zostały podjęte jednogłośnie.

Sprawozdanie z realizacji zadań Grupy roboczej ds. e-zdrowia przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Pani Małgorzata Majewska przypomniała, że Sprawozdanie będące przedmiotem obrad dotyczy okresu od października 2018 r. do kwietnia 2019 r. i zostało udostępnione członkom KS przed posiedzeniem (13.06.2019 r. zostało zamieszczone w Bazie Wiedzy wraz z innymi dokumentami będącymi przedmiotem obrad bieżącego posiedzenia). Sprawozdanie dotyczy przede wszystkim spotkania, mającego miejsce 18 grudnia 2018 r., na którym m.in. omówiono kwestię koordynacji obszaru e-zdrowia, postępy w realizacji projektu P1 - rollout'u e-recepty oraz przedstawiono plany na przyszłość. Ponieważ nikt z uczestników spotkania nie zgłosił uwag lub pytań do ww. dokumentu Pani Majewska przeszła do kolejnego punktu agendy.

Sprawozdanie z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2018 r.

Pani Małgorzata Majewska wygłosiła prezentację dotyczącą *Sprawozdania z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2018 r.*, omawiając jego kluczowe elementy. Wyjaśniła, że sprawozdanie zawiera dużą liczbę załączników w formacie Excel, co wynika z rezygnacji ich ujęcia w treści dokumentu, jak to miało miejsce przy poprzednich sprawozdaniach. Pani Majewska przypomniała, że do dokumentu - zgodnie z przesłaną i zamieszczoną w Bazie Wiedzy w dniu poprzedzającym posiedzenie informacją - wpłynęły uwagi z dwóch instytucji - Komisji Europejskiej oraz Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Następnie szczegółowo omówiła uwagi, jednocześnie prezentując stanowisko MZ. W dalszej kolejności przedstawiła proponowane przez MZ autokorekty dotyczące (1) doprecyzowania liczby przyjętych operacji i kwot w związku z dodaniem szczegółowych danych dot. przyjętych przez KS operacji w podziale na cele PP i Narzędzia oraz (2) danych w zakresie POWER dotyczących (a) alokacji dla działania *Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych* oraz (b) danych dot. trzech konkursów ujętych w załączniku.

Pani Katarzyna Głowacka-Rochebonne, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej (DG REGIO) podziękowała za odniesienie się przez Ministerstwo Zdrowia uwag Komisji Europejskiej. Zauważyła, że od ubiegłego roku KE zgłaszała postulat przygotowania sprawozdania właśnie po narzędziach, a nie po programach, który został częściowo uwzględniony. W opinii Pani Głowackiej-Rochebonne prośba została jednak nieco uproszczona, gdyż jednym z elementów raportowania po narzędziach jest podanie alokacji, co stanowi ilościową informację. Niemniej jednak brakuje pełnego obrazu wdrażania narzędzi - komentarza jakościowego o narzędziach. Dla KE ww. aspekt jest niezwykle istotny z uwagi na właściwe monitorowanie Policy paper, które jest elementem warunkowości ex-ante. Monitoring musi umożliwiać poznanie pełnego obrazu, jak fundusze europejskie przyczyniają się do realizacji celów operacyjnych Policy paper. Zauważyła, iż w Polsce system wspierania obszaru zdrowia z funduszy europejskich ma skomplikowaną strukturą (różne fundusze,

poziom krajowy i regionalny, różne wskaźniki), niemniej dla KE zawsze pomocny był jeden z załączników Policy paper – matryca dotycząca wskaźników realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacji. W opinii przedstawicielki KE informacje wynikające z danych ujętych w ww. tabeli (np. narzędzia przypisane do poszczególnych celów, wskaźniki przypisane do komponentów - centralnego i regionalnego) stanowią pełny obraz przyczyniania się do realizacji celów. Oczywiście kontraktacja – obok tego – również stanowi cenną informację. Pani Głowacka-Rochebonne wyraziła zrozumienie, że nie do wszystkich narzędzi można w prosty sposób dopasować wskaźniki. Powyższe potwierdziła ewaluacja mid-term postępów w realizacji celów operacyjnych Policy paper i odpowiadających im kierunków interwencji, która także wykazała słabość systemu monitorowania, zwłaszcza na poziomie regionalnym. Okazało się, że każdy region ustalił własne wskaźniki, które są różnie definiowane, nieagregowalne, czasami nawet niezbialne. W tabeli zapisano, że wskaźniki w poszczególnych województwach są wymienione w RPO, zatem trudno z tym pogodzić się, że nie zostały one podsumowane i wykazane w celu pełnego zobrazowania wdrażania poszczególnych celów operacyjnych. Jako przykład podała narzędzie 6 i 13. Zauważyła, że jesteśmy u progu negocjowania nowej perspektywy, w której zdrowie jest priorytetem, a KE nie może znaleźć przykładowo informacji, ile utworzono SOR-ów, czy to jest obszar, który dalej wymaga wsparcia. Następnie wyraziła wątpliwość dla wskaźnika rezultatu „średnia liczba osób, która przypada na SOR”, którą przedstawiciele MZ zobowiązali się wyjaśnić. Kolejna kwestia poruszona przez Panią Głowacką-Rochebonne dotyczyła braku informacji w zakresie narzędzi z Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa (PO PC) oraz niepełnej informacji w zakresie narzędzia wdrażanego w ramach RPO i PO PC. Kończąc wypowiedź dodała, że KE zaproponowała zaktualizowanie lub usunięcie fragmentu dotyczącego wypełnienia warunkowości ex-ante dla obszaru zdrowia, gdyż spełnienie przez Polskę warunkowości w tym zakresie zostało zaraportowane już w poprzednim sprawozdaniu. Głos zabrała również Pani Joanna Charytonowicz, która poparła stanowisko przedmówcy w zakresie wypełnienia zobowiązania zawartego w treści Policy paper dotyczącego prezentowania raportu z realizacji celów zapisanych w ww. dokumencie oraz zaznaczyła, że do tej pory nie było tego typu raportów. Jednocześnie zasugerowała, aby wziąć pod uwagę zmianę nazwy sprawozdania w taki sposób, aby nazwa wskazywała, że jest to również sprawozdanie z realizacji celów Policy paper. Z punktu widzenia przyszłorocznego raportu poprosiła o odwrócenie logiki podejścia programowego i skupienie większej uwagi na części sprawozdania dotyczącej stanu realizacji poszczególnych narzędzi i celów.

Następnie Pani Majewska odniosła się do uwag przedstawionych przez przedstawicielki KE. W odniesieniu do stanowiska przedstawicielki DG REGIO zauważyła, że uwagi odnoszące się do narzędzi - również w kontekście wskaźników i osiągnięcia celów - zostały częściowo uwzględnione. Poprosiła, aby mieć na względzie, że bazowano na przyjętych programach, negocjowanych równocześnie z Policy paper. Zauważyła, że MZ nie miało wpływu na wskaźniki ujęte w danym programie, a obecnie próbowano zebrać dane z systemu. Być może ze względu na system sprawozdawczy obowiązujący przy projektach unijnych, łatwiejsze jest powiązanie danych z priorytetami inwestycyjnymi, jednak należy mieć na względzie, że jedno wynika z drugiego. Dodała, że informacja o liczbie wspartych SOR-ów jest ujęta w sprawozdaniu, natomiast informacja o liczbie wspartych podmiotów jest podana w podziale na programy, przy czym

możliwe jest zsumowanie danych. Reasumując – powyższe stanowi nieco inne przedstawianie danych. Odnosząc się do prezentowania danych ilościowych czy wskaźnikowych wyjaśniła, że często konkursy - decyzją Instytucji Zarządzającej czy Instytucji Pośredniczącej - są szeroko realizowane i nie jest możliwe przypisanie danego projektu wprost do jednego narzędzia (przykładowo projekty, które wspierają oddział kardiologiczny i oddział ginekologiczno-położniczy). W opinii Pani Majewskiej nie jest pożądane, aby przez różne uwarunkowania statystyczne czy sprawozdawcze, tego typu projektu nie dopuszczać do realizacji. Odnosząc się do jakościowej oceny narzędzi podkreśliła, że MZ starało się uwzględnić również ten aspekt, mając jednak świadomość, że aspekt ten jest łatwiej opisać w programach krajowych - szczególnie w ramach POWER. Przechodząc do uwagi do rozdziału dotyczącego warunkowości ex-ante wyraziła ewentualną gotowość do jego usunięcia. Jednocześnie podkreśliła, że biorąc pod uwagę fakt, że nie wszystkim sektorom udało się spełnić warunkowości ex-ante, w bieżącym sprawozdaniu ujęto informację o jej spełnieniu - pomimo, iż miało to miejsce w 2017 roku. Odnosząc się do kwestii PO PC Pani Majewska wyjaśniła, że nie udało się pozyskać z Ministerstwa Cyfryzacji danych w tym zakresie, dlatego też skupiono się na projekcie P1. Dodatkowo zaznaczyła, że dla MZ kluczowe było podsumowanie narzędzi nr 26 i 27, realizowanych w ramach programów regionalnych. Pani Głowacka-Rochebonne poprosiła o wyjaśnienie, czy istnieje monitorowanie narzędzi nr 28, 29, 30 i czy ta kwestia jest ujęta w sprawozdaniu oraz odniesienie się do wcześniej przedstawianych na forum grupy roboczej ds. e-zdrowia prezentacji nt. koordynacji w obszarze e-zdrowia. Pani Dyrektor Przybylska wyjaśniła, że działania Komitetu Sterującego nie krzyżują się z działaniami Komitetu Monitorującego PO PC, a Komitet Sterujący nie ma bezpośredniego wglądu w projekty realizowane w ramach PO PC. Pani Majewska dodała, że należy rozróżnić kwestię koordynacji od realizowanych przez MZ i CSIOZ projektów w zakresie e-zdrowia, na temat których informacje były prezentowane w ubiegłym roku na forum grupy roboczej ds. e-zdrowia. Należy mieć na względzie, że są one tylko jednym z elementów PO PC. Podkreśliła, że w ramach Priorytetów Inwestycyjnych, jakimi jest PI 9iv i PI 2c nie wszyscy decydują się na ogłaszanie konkursów dedykowanych wyłącznie usługom zdrowotnym czy e-zdrowiu. Zatem w ramach ogólnych konkursów mogą występować zróżnicowane projekty z poszczególnych sektorów, a obraz uzyskany na podstawie pozyskanych wskaźników będzie niejednokrotnie niepełny. Następnie Pani Charytonowicz poprosiła o zweryfikowanie poprawności przedstawienia w sprawozdaniu wskaźnika dotyczącego średniej liczby osób przypadającej na SOR, do czego zobowiązali się przedstawiciele MZ. W dalszej kolejności Pani Joanna Charytonowicz poprosiła przedstawicieli województw o krótką informację w zakresie planowanych do przeprowadzenia w regionach ewaluacji. Pani Małgorzata Wiśniewska, Dyrektor Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego poinformowała, że wszystkie województwa muszą przedstawić wkład do Planu ewaluacji nt. informacji dotyczących ewaluacji. Zauważyła, iż biorąc pod uwagę stopień realizacji RPZ pewnie niewiele województw zdecydowało się na taką ewaluację. Województwo kujawsko-pomorskie zaplanowano ewaluację usług zdrowotnych w ramach ewaluacji usług społecznych, niemniej jednak badanie zostało przesunięte do odrębnej ewaluacji, gdyż w chwili obecnej nie ma jeszcze efektów, które mogłyby zostać poddane ewaluacji. Pani Stefania Koczarska poinformowała, że w przypadku województwa śląskiego planowana ewaluacja związana z efektywnością wsparcia projektów EFS w obszarze profilaktyki i diagnostyki zdrowotnej w formule

ex post. Zauważyła, że z uwagi na fazę realizacji RPZ, ewaluacja ww. obszaru na obecnym etapie nie przyniosłaby oczekiwanych informacji, które w znaczący sposób mogłby wzmocnić sprawozdanie. Głos zabrał również Pan Michał Sułkowski, przedstawiciel Wydziału Koordynacji i Programowania Wsparcia UE w Departamencie Oceny Inwestycji MZ, nadzorujący kwestie związane z ewaluacją. Wyjaśnił, iż przedmiotowy fragment sprawozdania został przygotowany m.in. w oparciu o dane zebrane z Planów ewaluacji RPO. Zauważył, że różnego typu ewaluacje, wynikające z Wytycznych w zakresie ewaluacji polityki spójności 2014-2020 planowane są głównie w drugim okresie programowania. Zgodnie z przewidywaniami najwięcej ewaluacji w kwestii wdrażania RPZ zaplanowano na 2020 rok. Jednocześnie Pan Sułkowski zadeklarował ewentualną gotowość udostępnienia zebranych z województw danych.

Kończąc dyskusję Pani Przybylska - z uwagi na to, iż główne uwagi płyną ze strony Komisji Europejskiej - zaproponowała głosowanie nad uchwałą przyjmującą sprawozdanie. Jednocześnie zadeklarowała chęć wypracowania wspólnej wizji przyszłej sprawozdawczości, uwzględniającej punkt widzenia KE i możliwości MZ.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 33/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Sprawozdania z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2018 r.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Sprawy różne

Pani Dyrektor Przybylska przedstawiła krótką informację o stanie przygotowań do kolejnej perspektywy finansowej, sygnalizując, że w niedługim czasie rozpoczną się jednodniowe spotkania tematyczne dla wypracowanych priorytetów, do udziału w których serdecznie zaprosiła.

Następnie Pani Dyrektor Przybylska poinformowała, że kolejne posiedzenie KS planowane jest na wrzesień 2019 r., zaznaczając jednocześnie, że w przypadku konieczności Plany działań będą procedowane w trybie obiegowym. Na zakończenie spotkania Pani Majewska zachęciła do wypełnienia ankiety dotyczącej propozycji temat warsztatów, które mogłyby zostać zorganizowane w ramach działalności KS.

Wobec braku innych głosów ze strony uczestników, Pani Małgorzata Majewska oraz Pani Katarzyna Przybylska podziękowały za spotkanie i zakończyły 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 sali, jednak kworum wymagane do zatwierdzania uchwał było zapewnione podczas całego posiedzenia.

Uchwała Nr ../2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie określenia stawek jednostkowych na usługi zdrowotne,

obowiązujących w ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego, współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego

Wyniki głosowania:

- 7 głosów – za podjęciem uchwały,
- 10 głosów – przeciw podjęciu uchwały,
- 12 głosów – wstrzymujących się.

Uchwała Nr 27/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 28/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 29/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 30/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 31/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 31/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie powołania Grupy roboczej do spraw Europejskiego Funduszu Społecznego przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 32/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie powołania Grupy roboczej do spraw e-zdrowia przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Wyniki głosowania:

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

Uchwała Nr 33/2019/XXI Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia Sprawozdania z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2018 r.

Wyniki głosowania:

- 21 głosów – za podjęciem uchwały,
- 1 głos – przeciw podjęciu uchwały,
- 4 głosy – wstrzymujące się.

5.	Protokół sporządził: Justyna Wajrach	główny specjalista w Wydziale Koordynacji i Programowania Wsparcia UE Departament Oceny Inwestycji MZ
6.	Zatwierdził: Małgorzata Majewska	Zastępca Przewodniczącego Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Załącznik 1: Lista obecności

Załącznik 2: Porządek obrad