

Rekomendacje w zakresie wdrażania projektów EFSI na rzecz ochrony zdrowia w latach 2014-2020



Katarzyna Przybylska

Ministerstwo Zdrowia

Warszawa, 11 września 2015 r.



Informacje ogólne

- prace nad dokumentem trwają – planowane upowszechnienie dokumentu – wrzesień 2015 r.
- instytucja odpowiedzialna – Sekretariat Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (DFE w MZ)
- instytucje zaangażowane – Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju

Struktura dokumentu

„Rekomendacje w zakresie wdrażania projektów EFSI na rzecz ochrony zdrowia w latach 2014-2020”

- I. Warunkowość *ex ante*
- II. Rekomendacje horyzontalne wynikające z UP i PP
- III. Rekomendacje właściwe dla PO WER
- IV. Rekomendacje właściwe dla PO IŚ
- V. Rekomendacje właściwe dla RPO
- VI. Kontakt z Sekretariatem KS

I. Warunkowość *ex ante*

8.4 Aktywne i zdrowe starzenie się

Warunek - została opracowana polityka dotycząca aktywnego starzenia się w świetle wytycznych dotyczących zatrudnienia

Kryterium wypełnienia - państwo członkowskie przygotowało działania mające na celu promowanie aktywnego starzenia się

Status – warunek uznany za spełniony w całości

I. Warunkowość *ex ante*

9.3 Zdrowie:

Warunek - istnienie krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej w zakresie określonym w art. 168 TFUE, zapewniających stabilność ekonomiczną

Kryterium - gotowe są krajowe lub regionalne strategiczne ramy polityki zdrowotnej, które:

- ✓ zawierają skoordynowane środki poprawiające dostęp do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych
- ✓ zawierają środki mające na celu stymulowanie efektywności w sektorze opieki zdrowotnej poprzez wprowadzanie modeli świadczenia usług i infrastruktury
- ✓ obejmują system monitorowania i przeglądu

Status – warunek uznany za spełniony w części - obszarem wymagającym dalszych prac w celu uznania warunku za spełniony w całości pozostaje system mapowania potrzeb zdrowotnych

II. Rekomendacje horyzontalne

Umowa partnerstwa

- ✓ wskazuje uzgodnione z Komisją Europejską zasady i warunki, na których realizowane będą inwestycje finansowane ze środków europejskich na lata 2014-2020, komplementarnie do działań podejmowanych ze środków krajowych
- ✓ podkreśla selektywne podejście i koncentrację zakresu wsparcia sektora zdrowia jedynie na tych aspektach lub grupach chorobowych, które mają największy wpływ na zdolność zatrudnieniową Polaków bądź poprawę jakości lub dostępu do tych usług medycznych i na tych terytoriach, dla których z analizy deficytów wynika potrzeba poprawy sytuacji w celu zmniejszenia lub zapobiegania wykluczeniu społecznemu wynikającego z powyższych przyczyn

II. Rekomendacje horyzontalne

Umowa partnerstwa

- ✓ ustanawia m.in. Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia i Plan działań w sektorze zdrowia
- ✓ stwierdza, że warunkiem koniecznym dla podejmowania interwencji w sektorze zdrowia jest ich zgodność z Planem Działań uzgodnionym przez Komitet Sterujący w sektorze zdrowia
- ✓ narzuca, że minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (krajowa jednostka ewaluacji) we współpracy z ministrem właściwym ds. zdrowia przeprowadza okresową ewaluację realizowanych planów działań
- ✓ stwierdza, że spełnienie warunku *ex ante* w zakresie zdrowia umożliwia uruchomienie środków na lata 2014-2020 w tym obszarze; do czasu wypełnienia przez Polskę ww. warunku, Komisja Europejska może zawiesić całość lub część płatności, zgodnie z art. 19 ust. 5 rozporządzenia ramowego

II. Rekomendacje horyzontalne

Policy Paper

- ✓ szczegółowy zakres zadań Komitetu Sterującego
- ✓ rola Komitetu Sterującego w procesie wyboru projektów
- ✓ proces mapowania potrzeb zdrowotnych
- ✓ 5 grup chorób:
 1. Układu krążenia
 2. Nowotwory
 3. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania
 4. Układu kostno-stawowego i mięśniowego
 5. Układu oddechowego

II. Rekomendacje horyzontalne

Promowane będą projekty:

- ✓ efektywne kosztowo i realizowane przez podmioty, które wykazują największą efektywność finansową,
- ✓ przewidujące działania konsolidacyjne i inne formy współpracy podmiotów leczniczych,
- ✓ działania w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów leczniczych, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów.

II. Rekomendacje horyzontalne

Mapowanie

- ✓ możliwość rozpoczęcia prac przygotowawczych do realizacji wsparcia, w szczególności zatwierdzenia kryteriów oceny projektów przez Komitety Monitorujące właściwe programy operacyjne (z uwzględnieniem roli Komitetu Sterującego), przed udostępnieniem map potrzeb zdrowotnych
- ✓ możliwość natychmiastowego rozpoczęcia realizacji inwestycji wraz z chwilą udostępnienia map potrzeb zdrowotnych w danym obszarze epidemiologicznym (ogłaszanie konkursów, podpisywanie umów, certyfikacja wydatków)
- ✓ możliwość rozpoczęcia realizacji inwestycji na własne ryzyko beneficjenta w sytuacji braku udostępnionych map potrzeb zdrowotnych w danym obszarze – w przypadku, gdy inwestycja nie będzie zgodna z mapami potrzeb, poniesione koszty nie będą mogły być certyfikowane/refundowane ze środków UE
- ✓ obowiązek mapowania potrzeb zdrowotnych nie dotyczy obszaru e-zdrowia

II. Rekomendacje horyzontalne

Opinie wojewodów

Zgodnie z art. 26 pkt 3 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, dodawane do ustawy art. 95d i art. 95e dotyczące obowiązku wydawania przez wojewodów opinii o celowości inwestycji, wejdą w życie dopiero z dniem 30 czerwca 2016 r.

Zatem dopiero od tego dnia wojewodowie nabędą stosowne kompetencje (oraz powstanie podstawa prawna) do ich wydawania.

A zatem, w okresie do 30 czerwca 2016 r. wydawanie opinii, o których mowa w ustawie nie jest wymagane.

Pytanie – w jaki sposób zastąpić opinię wojewody w ww. okresie?

II. Rekomendacje horyzontalne

- ✓ Jeżeli planowana inwestycja w zakresie zakresu/ budżetu nie wpisuje się w wymogi ustawowe (3 mln zł dla szpitalnictwa, 2 mln zł dla AOS) wówczas obowiązek posiadania opinii wojewody o celowości inwestycji nie ma zastosowania. W takim przypadku należy jednak pokazać inne adekwatne dane z dostępnych rejestrów/ źródeł.
- ✓ Opinię wojewody o celowości inwestycji należy przedstawić (o ile dotyczy):
 - projekty pozakonkursowe – wraz z fiskłą składaną do Komitetu Sterującego
 - projekty konkursowe – na etapie procesu wyboru projektów (zgodnie z dokumentacją konkursową)

III. Rekomendacje właściwe dla PO WER

- ✓ zgoda Komisji Europejskiej na derogację od obowiązku stosowania map potrzeb zdrowotnych w odniesieniu do projektów finansowanych z EFS (PO WER, RPO) - co oznacza natychmiastową możliwość ich uruchamiania i certyfikowania środków
- ✓ konieczność przeniesienia akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS
- ✓ konieczność rozwoju opieki koordynowanej oraz środowiskowych form opieki
- ✓ *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020* (dotyczą zarówno PO WER, jak i RPO)

III. Rekomendacje właściwe dla PO WER

✓ programy zdrowotne o charakterze profilaktycznym - 15 grup chorób, które mogą być realizowane wyłącznie w ramach PO WER:

1. nowotwory płuc
2. nowotwory skóry
3. nowotwory głowy i szyi
4. nowotwory - programy badań genetycznych
5. przewlekła obturacyjna choroba płuc
6. choroby naczyń mózgowych
7. choroby układu sercowo-naczyniowego
8. nadciśnienie tętnicze
9. miażdżyca tętnic
10. reumatoidalne zapalenie stawów
11. choroby kręgosłupa
12. osteoporoza
13. psychoza
14. zaburzenia depresyjne
15. zaburzenia odżywiania na podłożu psychicznym

III. Rekomendacje właściwe dla PO WER

- ✓ „specyfika regionu” - problem, który w porównaniu z innymi regionami kraju sytuuje go w szczególnie trudnej sytuacji pod względem zapadalności i umieralności lub na terenie danego województwa występują specyficzne dla danego regionu czynniki chorobotwórcze
- ✓ wyjątek: zapisy RPO wynegocjowane z KE

IV. Rekomendacje właściwe dla PO IŚ

Mapowanie w PO IŚ

- ✓ szpitalnictwo – brak derogacji
- ✓ ratownictwo – Wojewódzkie Plany Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego uznaje się za spełniające rolę i funkcjonalność map potrzeb zdrowotnych, ale:
 - konieczność opracowania skonsolidowanej mapy krajowej, która zapewni spójność Wojewódzkich Planów oraz skuteczną koordynację (mapa zatwierdzona przez Ministra Zdrowia i przekazana do Komisji Europejskiej)
 - kryteria wyboru projektów muszą gwarantować zgodność projektu z mapą wojewódzką i krajową

V. Rekomendacje właściwe dla RPO

Mapowanie – derogacje dla RPO

- ✓ inwestycje na poziomie POZ i AOS odnoszących się do opieki koordynowanej w rozumieniu PP (jeżeli inwestycje na ww. szczeblach nie odnoszą się do opieki koordynowanej derogacja nie ma zastosowania)
- ✓ warunkowe wsparcie podmiotów opieki długoterminowej, geriatrycznej, hospicyjnej oraz paliatywnej (z wyłączeniem wsparcia na rzecz szpitali w ww. obszarach) – trwa proces ustalania warunków przedmiotowej derogacji z Komisją Europejską

V. Rekomendacje właściwe dla RPO

- ✓ MZ rekomenduje rozpoczęcia udzielania wsparcia na rzecz ochrony zdrowia od projektów EFS oraz EFRR w zakresie e-zdrowia, których nie obejmuje obowiązek mapowania potrzeb zdrowotnych
- ✓ **rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi** – programy istnieją, należy jedynie ogłosić konkursy na ich wdrożenie w regionach
- ✓ **deinstytucjonalizacja** – MZ opracował standard dziennego domu opieki medycznej, którego pilotażowe wdrożenie rozpocznie się jeszcze w tym roku, ale regiony powinny:
 - realizować inne działania służące deinstytucjonalizacji opieki
 - przewidzieć w swoich budżetach środków UE fundusze na upowszechnienie standardu DDOM po 2018 r.

VI. Kwestie problemowe

✓ budowa hospicjów

W opinii DFE możliwa jest realizacja inwestycji polegających na budowie obiektów w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w momencie kiedy mapa potrzeb wykaże taką potrzebę, natomiast do momentu opracowania właściwych map DFE zaleca inwestycje jedynie w zakresie istniejących obiektów w zakresie deinstytucjonalizacji i tworzenia środowiskowych form opieki.

✓ inwestycje w tzw. częściach wspólnych w lecznictwie szpitalnym (oddział wewnętrzny, sterylizatornia etc.)

Za kwalifikowalne mogą zostać uznane koszty niezbędne do zapewnienie świadczeń zdrowotnych w ramach 5 grup chorób lub innych specyficznych dla danego regionu. W związku z powyższym, w budżecie inwestycji należy uwzględnić koszty w wysokości proporcjonalnej do stopnia ich powiązania z ww. świadczeniami zdrowotnymi (przykładowy miernik – udział 5 grup chorób i specyfiki regionu w kontrakcie danego szpitala z NFZ)

VI. Kwestie problemowe

✓ termomodernizacja

Zgodnie ze stanowiskiem MIR – cyt.: „(...)powinny być spełnione warunki świadczące o tym, że placówka nie zmieni swego charakteru co najmniej przez okres trwałości projektu, gdyż niezasadne są inwestycje w obiekty, które w kontekście map potrzeb zdrowotnych nie powinny funkcjonować. Zatem beneficjent (...) powinien przeprowadzić analizę uwarunkowań w kontekście map potrzeb zdrowotnych, oczywiście najlepiej dla wszystkich schorzeń leczonych w placówce.”

VI. Kwestie problemowe

✓ dostosowanie do przepisów

Zgodnie z zapisami PP – cyt.: „Inwestycje polegające na dostosowaniu istniejącej infrastruktury do obowiązujących przepisów będą kwalifikowalne pod warunkiem, że ich realizacja jest uzasadniona z punktu widzenia poprawy efektywności (w tym kosztowej) i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”.

✓ programy zdrowotne

Konieczność dołączenia do RPD założeń programów zdrowotnych/ programów polityki zdrowotnej (tzw. „executive summary”), zgodnie ze wzorem przekazanym do IZ/IP.

W przypadku współfinansowania programów zdrowotnych przez EFSI, rekomendacje AOTMiT są zobowiązujące i muszą zostać wdrożone przez rozpoczęciem wdrażania tych programów.

Dziękuję za uwagę!

Katarzyna Przybylska

Ministerstwo Zdrowia

Departament Funduszy Europejskich