

Komitet sterujący wykorzystaniem funduszy unijnych w sektorze ochrony zdrowia na swoim wakacyjnym posiedzeniu zaktualizował, przyjęte w maju, rekomendacje dla kryteriów wyboru projektów, finansowanych z programów regionalnych, z priorytetu inwestycyjnego 9a, z którego finansowane mogą być inwestycje infrastrukturalne w szpitalach.

O majowym uchwaleniu rekomendacji pisaliśmy [TUTAJ](#).

Powodem aktualizacji jest zatwierdzenie przez Komisję Europejską kolejnego pakietu map potrzeb zdrowotnych odnoszących się do oddziałów szpitalnych. Kluczowe są zmiany w rekomendacje dla obligatoryjnych kryteriów dostępu, inaczej rzecz ujmując, którymi trzeba się wykazać „na wejściu”.

Wyłącznie na świadczenia finansowane z pieniędzy publicznych

Na posiedzeniu ponownie dyskutowano kwestię pomocy publicznej. W wersji majowej zalecenie mówi, iż co do zasady, infrastruktura wytworzona w ramach projektu może być wykorzystana wyłącznie na rzecz udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. I taki zapis pozostawiono. Ponownie padła informacja, że KE pracuje nad dokumentem, który będzie określał konkretny pułap procentowy, do którego możliwe będzie wykonywanie działalności leczniczej o charakterze komercyjnym. Ale wiadomo, że jest ona możliwa tylko w bardzo niewielkim stopniu. Wątpliwości niektórych członków komitetu wzbudziło zawiadomienie Komisji Europejskiej z 19 lipca br., mówiące, że działalność gospodarcza może mieć wyłącznie charakter czysto pomocniczy. Gdyby uznać, że słowo „pomocniczy” ma oznaczać, że chodzi np. o wynajem pomieszczeń, oznaczałoby to zaostrzenie wymagań. Uzgodniono, że do resortu zdrowia zostanie skierowane pisemne zapytanie w tej sprawie, a ministerstwo przekieruje sprawę do urzędników brukselskich.

Zgodność z mapami potrzeb zdrowotnych

W maju ustalono, że do dofinansowania mogą być przyjęte wyłącznie inwestycje zgodne z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych. A kolejny punkt podawał odstępstwa od tego warunku, obowiązujące wyłącznie do momentu publikacji właściwych map: projekty dotyczące Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego; POZ i AOS w opiece koordynowanej oraz przedsięwzięcia w zakresie zdeinstytucjonalizowanej opieki długoterminowej, geriatrycznej, hospicyjnej lub paliatywnej. do tych wymagań dodano uszczegółowienie wprowadzające obok map - sprawozdania NFZ za ostatni rok.

Kontrowersyjny obowiązek posiadania kontraktu z NFZ i gwarancja świadczeń

Przedstawiciele urzędów marszałkowskich zgłosili wniosek, by z uwagi na zapowiedzi zmian w finansowaniu świadczeń zdrowotnych usunąć warunek posiadania umowy z NFZ, a w to miejsce wstawić zobowiązanie do ubiegania się o taki kontrakt. Ale w opinii resortu propozycja nie mogła być przyjęta. Wiceminister Piotr Gryza wyraził zrozumienie dla przedstawianych obaw, ale wyjaśnił, że zmiana płatnika nie wpłynie na zmianę sposobu kupowania świadczeń.

Obligatoryjna kompleksowość

Wątpliwości budziła rekomendacja kompleksowości świadczeń. Przedstawiciele samorządów

wojewódzkich interesowało, czy udokumentowaniem kompleksowości opieki będzie wykazanie współpracy np. pomiędzy POZ i AOS. Zastępca prezesa NFZ, wyjaśnił, że poprzez kompleksowość należy rozumieć to, że szpital posiada jednocześnie izbę przyjęć i intensywną terapię, a nie współpracę podmiotów, z których jeden ma izbę przyjęć, a drugi oddział intensywnej terapii i jako konsorcjum tworzą pełnoprofilowy szpital.

Padła propozycja zmiany charakteru kryteriów dotyczących kompleksowości z obligatoryjnych na fakultatywne. Zaostrzenie wymagać spowodowałoby odrzucenie wielu wniosków. Ostatecznie nadano rekomendacji następujące brzemienie: *projekty mogą być realizowane przez podmioty, które zapewniają lub będą zapewniać najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu realizacji projektu, udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach oddziałów szpitalnych i AOS, szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii*".

Minimum 400 porodów rocznie

Dyskusje wzbudziła również wskazówka odnosząca się do inwestycji na oddziałach położniczych, zakładająca, że mogą być one przeprowadzane wyłącznie na tych oddziałach, gdzie w ciągu roku przyjmowanych jest co najmniej 400 porodów. Szczególnie trudna sytuacja pod względem spełnienia tych oczekiwań jawi się na Podlasiu, gdzie na szesnaście oddziałów położniczych, tylko cztery spełniają taki wymóg. Ale były również głosy za utrzymaniem takiej rekomendacji, jako optymalnej z punktu widzenia zapewnienia wysokiej jakości usług.

Drobne zmiany w rekomendacjach dla kryteriów premiujących

Oprócz korekt w niektórych rekomendacjach dla kryteriów obligatoryjnych, komitet przyjął również modyfikacje w niektórych kryteriach premiujących, obowiązkowych oraz fakultatywnych.