O świadczeniach gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – podsumowanie dodatkowego posiedzenia Zespołu d

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: środa, 03, czerwiec 2026 13:06
Anna Dąbrowska
Odsłony: 482

Komisja po raz drugi zaopiniowała projekt MZ 1883. Powodem były zmiany wprowadzone na etapie dalszych prac legislacyjnych.

We wtorek, **2 czerwca**, odbyło się dodatkowe posiedzenie Zespołu ds. Ochrony i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Spotkanie w całości poświęcone było projektowi ***rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*** (MZ 1883)**.**

Projekt został zaopiniowany już na kwietniowym posiedzeniu plenarnym KWRiST (opinia pozytywna z uwagą Związku Powiatów Polskich, zgodnie z którą zmiana rozporządzenia nie powinna stanowić podstawy do obniżenia wyceny świadczeń przez szpitale w przypadku obsługi pacjenta w terminie do dwunastu godzin). Na etapie dalszych prac treść aktu uległa jednak zmianie, stąd ponownie znalazł się w porządku obrad KWRiST. Komisja upoważniła Zespół do wydania opinii wiążącej.

Pomoc po opuszczeniu placówki

Jedna z kluczowych zmian, wymagających wyjaśnienia, dotyczyła **nałożenia na świadczeniodawcę obowiązku udzielenia pacjentowi niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także po opuszczeniu przez niego podmiotu leczniczego.**

Mec. **Bernadeta Skóbel** ze **Związku Powiatów Polskich** zwróciła uwagę, że pojęcie "udzielenia pacjentowi niezbędnych świadczeń zdrowotnych" wydaje się zbyt nieprecyzyjne.

– Przepis brzmi w ten sposób, że w przypadku wystąpienia powikłań świadczeniodawca udzielający świadczeń jest zobowiązany udzielić pacjentowi niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także po opuszczeniu przez pacjenta podmiotu leczniczego. Czyli mamy pacjenta, który opuścił podmiot leczniczy, nie jest już naszym pacjentem, zgodnie z literalnym brzmieniem tego przepisu, a państwo mówicie, że ten świadczeniodawca ma udzielić pacjentowi niezbędnych świadczeń. Ale jego my już nie mamy na stanie. W jaki sposób mamy udzielić mu świadczeń opieki zdrowotnej? (…) przepis w mojej ocenie – legislacyjnie – jest napisany w taki sposób, że nie wiadomo, co autor miał na myśli – mówiła prawniczka.

W odpowiedzi przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia podał okoliczności, w których przepis będzie miał zastosowanie.

– Myśleliśmy również o takiej sytuacji, że pacjent może, będąc w domu, zadzwonić do podmiotu z problemem i możecie państwo mu udzielić też teleporady w ten sposób lub zlecić przyjechanie, ponowne stawienie się do miejsca udzielania świadczeń lub gdy stawi się do tego miejsca udzielania świadczeń. (…) bo czasami mamy takie sytuacje, że po wyjściu po krótkim zabiegu pacjent dzwoni i mówi, że mu się pojawił jakiś problem czy wątpliwość. I wtedy można byłoby to w ten sposób rozwiązać – wyjaśniał.

W przypadku, gdy pacjent nie będzie w stanie stawić się w podmiocie leczniczym, powinien wezwać zespół ratownictwa medycznego.

Wątpliwości stanowiły również kwestie finansowe.

– Jeżeli doszłoby do takiej sytuacji, że udzielamy temu pacjentowi jakichś dodatkowych świadczeń, to

Phoca PDF

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: środa, 03, czerwiec 2026 13:06
Anna Dąbrowska
Odsłony: 482

zakładam, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie zapłaci za to więcej niż tyle, ile wynika z wyceny tego świadczenia do 12 godzin. Bo gdybyśmy mieli hospitalizację, to go przyjmujemy do szpitala, rozliczamy według stawki za hospitalizację. A tutaj kto nam zapłaci za świadczenie udzielane w innym trybie niż hospitalizacja i w jaki sposób? Bo rozmawiamy trochę na temat rzeczy, która prawdopodobnie będzie w zarządzaniu Prezesa NFZ-u, ale my tego zarządzania nie znamy. A Państwo zmodyfikowaliście przepis – mówiła mec. **Bernadeta Skóbel.**

Przedstawicielka resortu potwierdziła, że kwestie te będą wynikać z przywołanego zarządzenia.

– Natomiast rzeczywiście może być tak, że nie będzie dodatkowego produktu związanego jakby z tym świadczeniem, ale jeszcze nie będziemy przesądzać tych kwestii, bo my też jeszcze nie znamy założeń tego zarządzenia – powiedziała.

Do nowej wersji projektu uwagi zgłosił Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego za pośrednictwem Biura **Związku Województw R**P. Nie zostały one jednak uwzględnione. Większość z nich wychodziła poza zakres procedowanej regulacji.

Pozytywnie, ale z uwagami

Ostatecznie Zespół wydał **pozytywną opinię wiążącą** do projektu **z następującymi uwagami:**

- zmiana rozporządzenia nie powinna stanowić podstawy do obniżenia wyceny świadczeń przez szpitale w przypadku obsługi pacjenta w terminie do dwunastu godzin;
- pojęcie "udzielania pacjentowi niezbędnych świadczeń zdrowotnych" jest niejednoznaczne, co może budzić wątpliwości interpretacyjne;
- wniosek o rozważenie w dalszych pracach Ministerstwa Zdrowia konieczności wprowadzenia dokumentacji, o której mowa w paragrafie 6a, również w przypadku pobytów powyżej 12 godzin;
- potrzeba monitorowania wprowadzonego rozwiązania oraz uproszczenie dokumentacji.

Phoca PDF