

Wskaźniki jakości, ograniczenie możliwości realizacji świadczeń w ramach chirurgii ogólnej i finansowanie świadczeń patologii ciąży w ośrodkach I poziomu referencyjnego – to kwestie, na które zwróciła uwagę organizacja wielkopolskich szpitali w kontekście nowych rozwiązań proponowanych przez Prezesa NFZ.

Wielkopolski Związek Szpitali (WZSz) zgłasza uwagi do projektu *zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*.

Zastrzeżenia organizacji dotyczą mechanizmu wykorzystania wskaźników jakości opieki zdrowotnej oraz ograniczenia możliwości realizacji części świadczeń, w szczególności świadczeń ortopedycznych oraz wybranych procedur neurochirurgicznych i urologicznych w ramach chirurgii ogólnej. WZSz podnosi także problem związany z finansowaniem świadczeń patologii ciąży.

Wskaźniki jakości – tak, ale na innych zasadach

WZSz opowiada się za rozwojem systemowego monitorowania jakości i bezpieczeństwa leczenia. Uważa jednak, że wskaźniki jakości nie powinny na obecnym etapie stanowić mechanizmu prowadzącego do obniżania finansowania świadczeniodawców. Organizacja proponuje, by w pierwszym okresie obowiązywania nowych zasad miały przede wszystkim charakter informacyjny, a następnie służyły do dodatniego premiowania podmiotów osiągających wysokie wyniki jakościowe.

Związek przedstawia w tym zakresie także kilka innych postulatów:

- niestosowanie negatywnych konsekwencji finansowych na podstawie danych historycznych;
- uwzględnianie profilu szpitala, struktury leczonych pacjentów, stopnia ciężkości przypadków oraz poziomu referencyjności;
- określenie minimalnej liczebności populacji, przy której wynik wskaźnika może być uznany za miarodajny;
- zapewnienie świadczeniodawcom dostępu do danych źródłowych oraz możliwości zakwestionowania lub skorygowania wyniku przed zastosowaniem skutków finansowych;
- publikowanie metodologii i wartości granicznych przed rozpoczęciem okresu podlegającego ocenie.

Organizacja podkreśla przy tym, że poprawa jakości powinna być związana ze wsparciem finansowym, a nie ograniczaniem środków podmiotom, które jednocześnie ponoszą rosnące koszty zapewnienia całodobowej dostępności świadczeń, personelu, diagnostyki i infrastruktury.

Sprzeciw wobec ograniczenia możliwości realizacji świadczeń

Wielkopolski Związek Szpitali zdecydowanie negatywnie odnosi się do rozwiązań prowadzących do ograniczenia możliwości realizacji części świadczeń w ramach chirurgii ogólnej, w przypadku gdy szpital posiada odpowiednio wykwalifikowany personel, zaplecze sprzętowe oraz warunki organizacyjne do ich bezpiecznego wykonania.

Organizacja zwraca uwagę przede wszystkim na świadczenia ortopedyczne oraz część procedur neurochirurgicznych i urologicznych, które w określonych sytuacjach są obecnie wykonywane przez

zespoły posiadające odpowiednie kompetencje i doświadczenie.

Związek przewiduje, że ograniczenie możliwości wykonywania tych świadczeń może prowadzić do sytuacji, w której pacjent przyjęty do szpitala powiatowego będzie musiał zostać przekazany do innego podmiotu wyłącznie w celu wykonania procedury, mimo że szpital macierzysty dysponuje personelem i zapleczem pozwalającym na jej bezpieczne przeprowadzenie. Skutkiem ma być również istotna nierównowaga organizacyjna i finansowa.

Szpital wykonujący zasadniczą procedurę otrzyma finansowanie związane z wykonaniem świadczenia, natomiast szpital, do którego pacjent zostanie przekazany z powrotem, będzie ponosił realne i często znaczne koszty dalszego leczenia oraz opieki pooperacyjnej bez adekwatnego finansowania. W praktyce może zatem dojść do sytuacji, w której finansowanie zostanie przypisane przede wszystkim do jednego podmiotu, podczas gdy istotna część rzeczywistych kosztów opieki nad pacjentem – w tym potencjalnie najbardziej kosztowne leczenie powikłań – zostanie poniesiona przez inny szpital. Takie rozwiązanie jest szczególnie niekorzystne w przypadku ortopedii, gdzie opieka pooperacyjna może wymagać wielodniowej hospitalizacji, intensywnego nadzoru, diagnostyki obrazowej, farmakoterapii, rehabilitacji oraz leczenia powikłań, takich jak zakażenia, krwawienia czy problemy z gojeniem ran – podnosi Organizacja.

WZSz wymienia, że proponowane ograniczenia mogą w sumie prowadzić do:

- zwiększenia liczby transferów pomiędzy szpitalami, konieczności organizowania dodatkowych transportów sanitarnych, wydłużenia czasu oczekiwania na wykonanie zabiegu;
- zwiększenia liczby pacjentów kierowanych do większych ośrodków;
- przeciążenia oddziałów ortopedycznych, neurochirurgicznych i urologicznych;
- pogorszenia ciągłości leczenia;
- zwiększenia ryzyka związanego z wielokrotnym przekazywaniem pacjenta;
- rozdzielenia odpowiedzialności za wykonanie zabiegu i leczenie powikłań;
- obciążania kosztami opieki pooperacyjnej podmiotu, który nie otrzymał adekwatnego finansowania;
- niewykorzystania istniejących kompetencji personelu i potencjału sprzętowego szpitali powiatowych;
- pogłębienia różnic w dostępności leczenia między dużymi ośrodkami a mniejszymi miejscowościami.

Związek zwraca również uwagę na aspekt nierównego traktowania pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania.

Pacjent zamieszkujący w pobliżu dużego ośrodka dysponującego oddziałem ortopedycznym, neurochirurgicznym lub urologicznym będzie miał łatwiejszy dostęp do świadczenia niż pacjent z terenu powiatowego, nawet jeżeli lokalny szpital posiada kompetentny zespół oraz odpowiednie warunki do realizacji danej procedury – wskazuje, uważając, że z punktu widzenia pacjenta decydujące powinny być: bezpieczeństwo, kompetencje zespołu oraz możliwość sprawnego i kompleksowego przeprowadzenia procesu leczenia, a nie wyłącznie formalne przypisanie procedury do określonego zakresu umowy.

Organizacja opowiada się zatem za pozostawieniem możliwości realizacji wybranych świadczeń w ramach chirurgii ogólnej, w szczególności określonych procedur ortopedycznych, a także wybranych

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: czwartek, 20, sierpień 2026 11:57

Anna Dąbrowska

Odsłony: 78

procedur neurochirurgicznych i urologicznych, jeżeli świadczeniodawca spełnia odpowiednie wymagania kadrowe, sprzętowe i organizacyjne. A jeżeli NFZ zdecyduje się na dalsze rozdzielanie zakresów świadczeń, postuluje jednocześnie stworzenie mechanizmu finansowego uwzględniającego sytuację, w której pacjent po wykonaniu procedury w innym ośrodku wraca do szpitala kierującego na dalsze leczenie. Finansowanie powinno odpowiadać rzeczywistemu zakresowi opieki sprawowanej przez każdy z podmiotów, w tym kosztom opieki pooperacyjnej i leczenia powikłań.

Finansowanie świadczeń patologii ciąży w ośrodkach I poziomu referencyjnego

Wielkopolski Związek Szpitali – w nawiązaniu do zmian zasad rozliczania świadczeń z zakresu położnictwa, wynikających z Zarządzenia nr 74/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2026 r. – zwraca się ponadto z wnioskiem o pilną zmianę zasad finansowania świadczeń z zakresu patologii ciąży realizowanych przez ośrodki I poziomu referencyjnego.

Organizacja przypomina, że do czasu wprowadzenia nowych zasad szpitale I poziomu referencyjnego mogły rozliczać hospitalizacje pacjentek z patologią ciąży w ramach grupy N12 Patologia ciąży i położu – diagnostyka, obserwacja, leczenie <12 dni, co pozwalało na leczenie przypadków niewymagających zabezpieczenia właściwego dla ośrodków II lub III poziomu referencyjnego.

Nowe zasady mają powodować, że świadczeniodawcy I poziomu referencyjnego, mimo faktycznego udzielenia pacjentce świadczenia zgodnego z ich kompetencjami i możliwościami klinicznymi, nie mają możliwości jego rozliczenia w ramach obowiązujących produktów NFZ. Powoduje to sytuację, w której świadczenie może zostać prawidłowo wykonane w ośrodku I poziomu, jednak brak możliwości jego finansowego rozliczenia wymusza kierowanie pacjentek do ośrodków II lub III poziomu referencyjnego. Takie rozwiązanie prowadzi do nieuzasadnionych transportów ciężarnych, dodatkowego obciążenia ośrodków II i III poziomu oraz wzrostu kosztów po stronie publicznego płatnika.

Związek wnosi zatem o pilne umożliwienie rozliczania świadczeń w ramach grupy N06 Patologia ciąży/położu – diagnostyka, leczenie również przez świadczeniodawców I poziomu referencyjnego, w zakresie odpowiadającym ich kompetencjom i możliwościom klinicznym, lub o przywrócenie możliwości rozliczania świadczeń według dotychczasowych zasad w ramach grupy N12 Patologia ciąży i położu – diagnostyka, obserwacja, leczenie <12 dni, ze skutkiem od 1 lipca 2026 r.