

**ZARZĄDZENIE NR 85/2025/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 27 października 2025 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna²⁾, w § 12 wprowadza się następujące zmiany:

1) ust. 32 otrzymuje brzmienie:

„32. Przy rozliczaniu świadczeń w zakresach: chorób metabolicznych, alergologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, hepatologii, geriatrici, hematologii, immunologii, kardiologii, leczenia chorób naczyń, nefrologii, dermatologii i wenerologii, genetyki, neurologii, leczenia bólu, gruźlicy i chorób płuc, reumatologii, chorób zakaźnych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, leczenia osteoporozy, audiologii i foniatrii oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia, w przypadku gdy w danym kwartale:

- 1) udział procentowy sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych jest niższy od poziomu mediany ogólnopolskiej rocznej udziału sumy świadczeń pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz
 - 2) wzrost udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych w stosunku do wartości tego udziału w analogicznym kwartale poprzedzającego roku kalendarzowego jest niższy niż 3 punkty procentowe
- wartość świadczeń udzielonych w okresie trzech kolejnych miesięcy następujących po miesiącu od zakończenia danego kwartału, ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 0,75.”;

2) ust. 33 otrzymuje brzmienie:

„33. Współczynnika, o którym mowa w ust. 32, nie stosuje się do:

- 1) skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych;
- 2) skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej;
- 3) skojarzonego zakresu świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej lub położnej;
- 4) skojarzonego zakresu kwalifikacji do przeszczepu i monitorowania zakwalifikowanych do przeszczepu;
- 5) skojarzonego zakresu ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych;
- 6) grup zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literami Z lub PZ, wskazanych w Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych określonym w załączniku nr 5a do zarządzenia;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637, 1192 i 1211.

²⁾ Zmienione zarządzeniem Nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r., zarządzeniem Nr 46/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. oraz zarządzeniem Nr 60/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lipca 2025 r.

- 7) świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia;
- 8) świadczeń udzielonych w związku z rozpoznaniem oznaczonym kodem rozpoczynającym się literą C zgodnie z klasyfikacją ICD-10;
- 9) świadczeń udzielonych w związku z rozpoznaniem oznaczonym kodem D45, D46, D47.0-D47.7 zgodnie z klasyfikacją ICD-10;
- 10) świadczeń udzielonych na rzecz pacjentów z chorobami rzadkimi udzielonych w Ośrodkach Eksperckich Chorób Rzadkich w zakresach oraz skojarzonych do nich zakresach świadczeń będących w strukturze OECR z rozpoznaniem określonym równocześnie kodem ICD-10 i kodem ORPHA;
- 11) świadczeń rozliczanych na podstawie faktury zakupu.”;

3) ust. 34 otrzymuje brzmienie:

„34. Udział procentowy sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych, o którym mowa w ust. 32 pkt 1 liczony jest jako iloraz sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz liczby wszystkich świadczeń udzielonych w danym zakresie włączając w to świadczenia udzielone w ramach zakresów skojarzonych.”;

4) ust. 35 otrzymuje brzmienie:

„35. Mediana ogólnopolska roczna udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych, obliczana jest na podstawie danych sprawozdawczych za rok poprzedni.”.

§ 2. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 3. 1. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o których mowa w § 1, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

§ 4. Do 31 marca 2026 r. stosuje się medianę ogólnopolską roczną udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych ustaloną zgodnie z przepisami § 12 ust. 35 i 36 zarządzenia zmienianego w § 1, na podstawie danych za 2024 rok.

§ 5. Do 31 lipca 2026 r. współczynnik, o którym mowa w § 12 ust. 32 stosuje się po spełnieniu dodatkowego warunku, że w kwartale, o którym mowa w tym przepisie, udział procentowy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych jest niższy od poziomu mediany ogólnopolskiej ustalonej zgodnie z przepisami § 12 ust. 35 i 36 zarządzenia zmienianego w § 1, na podstawie danych za 2024 rok oraz wzrost udziału procentowego świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w stosunku do wartości tego udziału w analogicznym kwartale poprzedzającego roku kalendarzowego jest niższy niż 3 punkty procentowe.

§ 6. Udział procentowy sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych, o którym mowa w § 12 ust. 32 zarządzenia, obliczany jest po raz pierwszy za drugi kwartał 2026 r.

§ 7. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

W zmienianym zarządzeniu dokonano modyfikacji zasad finansowania świadczeń w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawców poziomu udziału procentowego określonych świadczeń specjalistycznych w danym zakresie. Zmiana ta stanowi kontynuację i rozwinięcie zmian wprowadzonych zarządzeniem Nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r.

Wdrażany niniejszym zarządzeniem mechanizm (rozwiązanie docelowe) ma na celu dalszą poprawę dostępności do świadczeń specjalistycznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poprzez motywowanie świadczeniodawców do podwyższania udziału świadczeń specjalistycznych udzielanych na rzecz nowych pacjentów.

Mechanizm docelowy zakłada ocenę udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych u świadczeniodawców, w danym zakresie świadczeń specjalistycznych. Zakłada wyznaczenie ogólnopolskiej mediany tego udziału dla danego zakresu.

Każdy świadczeniodawca, u którego udział procentowy sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych jest niższy niż ogólnopolska mediana tego udziału, zobowiązany będzie do podniesienia poziomu udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych co najmniej o 3 punkty procentowe w porównaniu z analogicznym kwartałem roku poprzedzającego realizację świadczeń lub do osiągnięcia wartości wyznaczonej przez medianę.

W przypadku nieosiągnięcia określonego celu w danym kwartale, świadczenia zrealizowane w kwartale następującym po miesiącu od kwartału dla którego wyznaczono udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych finansowane będą z zastosowaniem współczynnika 0,75 dla świadczeń rozliczanych w ramach danego zakresu, z wyłączeniem określonych w zarządzeniu świadczeń.

Powyższe zmiany mają na celu promowanie realizacji kompleksowej opieki nad pacjentem (w tym świadczeń pierwszorazowych, zabiegowych i związanych z diagnostyką onkologiczną - DiLO) oraz wzmocnienie ambulatoryjnego trybu udzielania świadczeń co jest zgodne z ideą przenoszenia realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do poradni specjalistycznych.

Do 31 marca 2026 r. obowiązywał będzie okres przejściowy, w którym będą miały zastosowanie zarówno:

1) przepisy niniejszego zarządzenia (mechanizm docelowy) w zakresie uwzględniania w wyliczeniach udziału u świadczeniodawców również specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych, jak i

2) zarządzenia Nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r., tj. pomimo dodania do licznika świadczeń specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych – porównywanie w okresie przejściowym będzie odnosiło się do rocznej mediany ogólnopolskiej świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych opublikowanej 2 maja 2025 r. w BIP.

W okresie przejściowym współczynnik 0,75 będzie stosowany jedynie u świadczeniodawców, którzy nie spełnią warunków określonych zarządzeniem Nr 23/2025/DSOZ, ani niniejszym zarządzeniem.

Określone w niniejszym zarządzeniu docelowe zasady, tj. wyliczania:

1) udziału u świadczeniodawcy sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz

2) mediany ogólnopolskiej rocznej uwzględniającej sumę świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych wyliczanej za świadczenia udzielone w roku 2025

obejmują świadczenia udzielone w okresie do 1 kwietnia do 30 czerwca 2026 r. a zatem współczynnik 0,75 z uwzględnieniem docelowych zasad będzie miał zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielonych od sierpnia 2026 r. Nowa mediana ogólnopolska roczna (z realizacji świadczeń w roku 2025) sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych zostanie opublikowana w BIP w II kwartale 2026 r.

Dodatkowo niniejszym zarządzeniem rozszerzono wykaz świadczeń wyłączonych ze stosowania współczynnika 0,75 poprzez dodanie rozpoznań wybranych grup D oraz świadczeń udzielonych pacjentom z chorobami rzadkimi udzielonych w Ośrodkach Ekspertkich Chorób Rzadkich w zakresach oraz skojarzonych do nich zakresach świadczeń będących w strukturze OECR z rozpoznaniem określonym równocześnie kodem ICD-10 i kodem ORPHA.

Projekt przedmiotowego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023 r. poz. 1194), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach.

W toku konsultacji wpłynęło 56 uwag z 26 podmiotów. Po analizie uwag, część z nich uwzględniono, w tym: poszerzono zakres wyłączeń z modyfikacji mechanizmu finansowania świadczeń udzielonych pacjentom z chorobami rzadkimi udzielonych w zakresach świadczeń wchodzących w strukturę Ośrodków Ekspertkich Chorób Rzadkich.