

**ZARZĄDZENIE NR 106/2025/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 31 grudnia 2025 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach
rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze
śpiączką**

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 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn. zm.²⁾), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 6:

a) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Świadczenia mogą być udzielane:

1) w miejscu udzielania świadczeń, o którym mowa w ust. 2 (np. gabinecie, ośrodku, oddziale dziennym lub oddziale szpitalnym) lub

2) w miejscu pobytu świadczeniobiorcy (np. miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy).”,

b) po ust. 3 dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„4. Rozliczeniu podlegają wyłącznie świadczenia udzielone na obszarze województwa na którym znajduje się miejsce udzielania świadczeń wskazane w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadkach uzasadnionych medycznie wymagających zapewnienia dostępności do świadczeń, dyrektor właściwego oddziału Funduszu może wyrazić zgodę na rozliczenie świadczeń udzielonych poza obszarem terytorialnym województwa, o którym mowa w zdaniu pierwszym, w określonym limicie, tj. w wymiarze nie większym niż dwunastokrotność liczby odpowiadającej 10% sprawozdanych jednostek rozliczeniowych za pierwszy okres sprawozdawczy w danym okresie rozliczeniowym.

5. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z zakresu fizjoterapii domowej w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna zobowiązany jest do spełnienia warunków określonych dla zakresu fizjoterapii domowej, o których mowa w § 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.”;

2) w § 9 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Łączny wymiar czasu pracy personelu, o którym mowa w ust. 3, do realizacji świadczeń w warunkach domowych nie może przekraczać 20% łącznego czasu pracy fizjoterapeutów wskazanych w umowie do realizacji świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.”;

3) w § 12 dodaje się ust. 22 - 24 w brzmieniu:

„22. Świadczeniodawca, który nie będzie miał możliwości kontynuowania udzielania świadczeń, o których mowa w § 6 ust. 4, zobowiązany jest do:

1) poinformowania o tym fakcie świadczeniobiorcy objętego opieką, oraz

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1083, 1537 i 1739.

²⁾ Zmienionym zarządzeniem Nr 175/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 grudnia 2022 r. zarządzeniem Nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 stycznia 2023 r. oraz zarządzeniem Nr 94/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 września 2024 r.

2) wystawienia świadczeniobiorcy wymagającemu kontynuacji udzielania świadczeń, skierowania na kontynuację fizjoterapii domowej.

23. Skierowanie, o którym mowa w ust. 22 pkt 2, wystawia lekarz wskazany w harmonogramie zasoby danego świadczeniodawcy oraz przekazuje świadczeniobiorcy informację o której mowa w § 5 ust. 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji, wraz ze wskazaniem liczby dni zabiegowych udzielonych na rzecz świadczeniobiorcy.

24. W przypadku wystawienia skierowania, o którym mowa w ust. 22 pkt 2, świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdania produktu statystycznego 5.11.05.0000085 - wystawiono skierowanie na kontynuację fizjoterapii domowej.”;

4) w §18 dodaje się pkt 18 i 19 w brzmieniu:

„18) świadczeniodawca realizujący świadczenia w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, o którym mowa w § 6 ust. 2a pkt 2, jest zobowiązany do sprawozdania danych dotyczących miejsca pobytu świadczeniobiorcy według obowiązującego najmniejszego kodu jednostki podziału terytorialnego, tj. z uwzględnieniem dzielnic i delegatur,

19) w przypadku rozliczania świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz fizjoterapia ambulatoryjna dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, dla produktów rozliczeniowych dedykowanych udzielaniu świadczeń z zakresu fizjoterapii domowej stosuje się współczynnik 0,85.”.

§ 2. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2026 r., z wyjątkiem § 1:

1) pkt 1 lit. b w zakresie § 6 ust. 4;

2) pkt 4 w zakresie § 18 pkt 18

– które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 kwietnia 2026 r.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Miłosz Anczakowski
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 listopada 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn. zm.) stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. 2025 r. poz. 1461, z późn.zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

Wprowadzone zarządzeniem zmiany dotyczą doprecyzowania przepisów dotyczących szczegółowych warunków umów i polegają na dookreśleniu miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków ich rozliczania.

Należy wskazać, że w ramach postępowań konkursowych świadczeniodawcy deklarują na jakim obszarze zamierzają realizować świadczenia i co do zasady ten obszar jest ich miejscem udzielania świadczeń. W związku z tym w § 6 dodano ust. 2a, który odnosi się do miejsc udzielania świadczeń oraz dodano przepis (ust. 4), który wskazuje, iż (co do zasady) rozliczeniu podlegają te świadczenia, które były udzielone na obszarze województwa w ramach zawartej z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowy, ale także wskazuje na możliwość rozliczania (przez świadczeniodawcę) świadczeń poza obszarem województwa objętym umową na udzielanie świadczeń, jeżeli Dyrektor właściwego (ze względu na zawartą umowę) Oddziału Funduszu wyrazi na to zgodę. Powyższe ma na celu w szczególności zapewnienie (w uzasadnionych medycznie przypadkach) dostępności do świadczeń. Świadczenia udzielone poza określonym obszarem województwa podlegają rozliczeniu wyłącznie w ściśle określonym limicie, tj. do 12-krotności 10% jednostek rozliczeniowych z pierwszego okresu sprawozdawczego.

Ponadto, niniejszą regulacją wprowadza się przepisy (ust. 22 i 23 w zakresie § 12) zobowiązujące Świadczeniodawcę do poinformowania świadczeniobiorców będących w trakcie leczenia rehabilitacyjnego (objętych opieką świadczeniodawcy) o możliwości kontynuowania leczenia oraz do wystawienia skierowania na kontynuowanie rehabilitacji u innego świadczeniodawcy. Konsekwencją ww. przepisu jest dodanie w § 12 przepisu dotyczącego sprawozdawania produktu (ust. 24), oraz dodanie w zakresie § 18 pkt 18 nakładającego obowiązek sprawozdawczy (dla realizatorów fizjoterapii domowej zarówno w umowach zawartych na zakres fizjoterapia domowa jak i fizjoterapia ambulatoryjna) do raportowania najmniejszego kodu teryt identyfikującego miejsce aktualnego pobytu świadczeniobiorcy.

Jako odpowiedź na postulaty środowiska dążące do utrzymania możliwości rozliczania świadczeń zrealizowanych w warunkach domowych w ramach umów zawartych na zakres fizjoterapia ambulatoryjna postanowiono utrzymać proporcję, ale w zmniejszonym do 20 % wymiarze łącznego czasu pracy fizjoterapeutów.

Zastosowany współczynnik w § 18 pkt 19 zarządzenia odnosi się do różnicy w średniej cenie punktu w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej i ma na celu wyrównanie różnic w wycenie tych samych świadczeń realizowanych i rozliczanych w ramach dwóch odrębnych umów.

Przedmiotowe zarządzenie 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. z 2025 r. poz. 400, z późn. zm.), zostało przedstawione do konsultacji zewnętrznych do zaopiniowania.

W ramach konsultacji swoje uwagi przedstawiło łącznie 97 interesariuszy. Jeden z nich przekazał informacje o braku uwag do projektowanych zmian. Zgłoszone uwagi do projektu zostały uwzględnione w części.

Modyfikacji względem projektowanych przepisów uległ przepis § 6 ust. 4 (modyfikacje redakcyjno-legislacyjne). Ponadto zmianie uległa struktura przepisu § 18, w którym przedstawiony w projekcie pkt 15 i 16 został zmieniony na pkt 18 i 19. Zmiana ta ma charakter porządkowy.

Dokonano również "przeniesienia" projektowanych przepisów z § 2 do § 12. Zmiana ta ma na celu zachowanie spójności logicznej i interpretacyjnej.

Pozostałe uwagi, które w większości dotyczyły § 6 ust. 4 oraz § 9 ust. 4, nie zostały uwzględnione. W ocenie Funduszu uwagi (nieuwzględnione) nie wносиły nowych rozwiązań, a jedynie sprzeciw wobec zaproponowanego modelu postępowania. Biorąc pod uwagę to, iż przyjęte w regulacji rozwiązania dotyczą

(wcześniejszych) oczekiwań środowiska, tj. pozostawienia możliwości rozliczania świadczeń udzielanych w warunkach domowych w ramach umów zawartych na zakres fizjoterapia ambulatoryjna - Prezes Funduszu przyjął za zasadne model proporcji 80/20, gdzie 80% łącznego czasu pracy fizjoterapeutów zgłoszonych do realizacji świadczeń w ramach umowy na zakres fizjoterapia ambulatoryjna powinna dotyczyć świadczeń ambulatoryjnych (jak stanowi zawarta umowa), a 20% łącznego czasu pracy można przeznaczyć dla pacjentów wymagających świadczeń udzielanych w warunkach domowych, dla których dany świadczeniodawca jest najbliższym realizatorem tej usługi.

Skutek finansowy wprowadzanych rozwiązań jest trudny do oszacowania z uwagi na to, że wśród świadczeń realizowanych i rozliczanych znaczną część stanowią świadczenia nielimitowane, niemniej jednak, bazując na dotychczasowym wykonaniu (w założeniu rocznym), może on oscylować w kwocie 21 056 397,24 zł.

Zgodnie z § 2 przepisy dotyczące rozliczania świadczeń w odniesieniu do proporcji czasu pracy mają zastosowanie od 1 stycznia 2026 r. Natomiast regulacje dotyczące możliwości rozliczania świadczeń udzielonych w warunkach domowych tylko na obszarze województwa, na które w ramach postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń świadczeniodawca zawarł umowę, w którym przebywa zarówno świadczeniobiorca oraz zlokalizowany jest świadczeniodawca, mają zastosowanie od 1 kwietnia 2026 r.