

**ZARZĄDZENIE NR 23/2025/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 1 kwietnia 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 specjalistyczna, w § 12 dodaje się ust. 32-36 w następującym brzmieniu:

„32. Przy rozliczaniu świadczeń w zakresach: chorób metabolicznych, alergologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, hepatologii, geriatrici, hematologii, immunologii, kardiologii, leczenia chorób naczyń, nefrologii, toksykologii, 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 świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych jest niższy od poziomu mediany ogólnopolskiej udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych oraz
 - 2) wzrost udziału procentowego świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych 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.

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 pielęgniarstwa 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;
- 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 rozliczanych na podstawie faktury zakupu.

34. Udział procentowy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, o którym mowa w ust. 32 liczony jest jako iloraz liczby świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych oraz liczby wszystkich świadczeń udzielonych w danym zakresie włączając w to świadczenia udzielone w ramach zakresów skojarzonych.

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 i 304.

35. Mediana ogólnopolska udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, o której mowa w ust. 32 pkt 1, obliczana jest na podstawie danych sprawozdawczych za rok poprzedni.

36. Porad początkowych o kodzie: 5.01.28.0000001 (WP1 porada początkowa - świadczenia pierwszorazowe), 5.01.28.0000002 (WP2 porada początkowa - diagnostyka onkologiczna), 5.01.28.0000003 (WP3 porada początkowa - pakiet specjalistyczny) nie uwzględnia się przy stosowaniu przepisów ust. 32, 34 i 35.”.

§ 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. Udział procentowy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, o którym mowa w § 12 ust. 32 zarządzenia zmienianego w § 1, obliczany jest po raz pierwszy za trzeci kwartał 2025 r.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia 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 świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie.

Wprowadzony w ostatnich latach mechanizm rozliczania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zgodnie z rzeczywistym wykonaniem miał na celu wdrożenie rozwiązań umożliwiających zmotywowanie świadczeniodawców do poprawy dostępności do świadczeń. Mechanizm ten nie przełożył się na istotne skrócenie czasu oczekiwania na zrealizowanie świadczenia i nie zapewnił zwiększonej dostępności do świadczeń.

Wdrażany niniejszym zarządzeniem mechanizm ma na celu poprawę dostępności do świadczeń specjalistycznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poprzez motywowanie świadczeniodawców do podwyższania udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych.

Mechanizm zakłada ocenę udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych u świadczeniodawców, w danym zakresie świadczeń specjalistycznych. Zakłada wyznaczenie ogólnopolskiej mediany tego udziału dla danego zakresu. Mechanizmowi podlegać będą jedynie świadczeniodawcy, u których udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych jest niższy niż ogólnopolska mediana tego udziału, czyli 50% świadczeniodawców z najniższymi udziałami świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych. Każdy z tych świadczeniodawców zobowiązany będzie do podniesienia poziomu udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych co najmniej o 3 punkty procentowe w porównaniu z analogicznym kwartałem roku poprzedzającego realizację świadczeń lub do osiągnięcia wartości wyznaczonej przez medianę. W przypadku nie osiągnięcia określonego celu w danym kwartale, świadczenia zrealizowane w kwartale następującym po miesiącu od kwartału dla którego wyznaczono udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych finansowane będą z zastosowaniem współczynnika 0,75 dla świadczeń rozliczanych w ramach danego zakresu, z wyłączeniem określonych w zarządzeniu świadczeń.

Określone w niniejszym zarządzeniu zasady finansowania będą miały zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielonych od 1 listopada 2025 r., przy czym pierwsza ocena spełniania parametrów określonych w niniejszym zarządzeniu obejmuje świadczenia udzielone w okresie od 1 lipca do 30 września 2025 r., a pierwsze wyliczenie mediany ogólnopolskiej obejmuje świadczenia udzielone w roku 2024.

Umożliwi to świadczeniodawcom dostosowanie organizacji pracy w taki sposób, aby osiągnąć określony cel.

Zmodyfikowany mechanizm finansowania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna będzie dotyczył wybranych zakresów świadczeń. Nie obejmie szeregu świadczeń wskazanych w zarządzeniu zmieniającym, w tym m.in.: świadczeń udzielanych w zakresach dla dzieci, skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych, skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, skojarzonego zakresu świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa lub położnej, świadczeń zabiegowych, skojarzonego zakresu ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych, grup zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literami Z lub PZ, świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia; świadczeń udzielonych w związku z rozpoznaniem oznaczonym kodem rozpoczynającym się literą C zgodnie z klasyfikacją ICD-10, świadczeń rozliczanych na podstawie faktury zakupu.

Mediana ogólnopolska udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych (roczna), jak i udział procentowy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych u świadczeniodawcy w danym kwartale będą wyliczane i udostępniane przez Fundusz.

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 266 uwag od 83 podmiotów, z czego część wykraczała poza zakres projektowanych zmian. Po analizie uwag, część z nich uwzględniono, w tym: poszerzono zakres wyłączeń z modyfikacji mechanizmu finansowania o wszystkie świadczenia zabiegowe, świadczenia udzielone osobom poniżej 18. roku życia oraz świadczenia udzielane osobom z chorobami nowotworowymi (z rozpoznaniem oznaczonym kodem rozpoczynającym się literą C zgodnie z klasyfikacją ICD-10).