

**ZARZĄDZENIE NR 34/2026/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 31 marca 2026 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 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26) 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 (z późn. zm.¹⁾), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 10 ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Przy rozliczaniu świadczeń ASDK udzielonych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia:
1) w zakresach: badania tomografii komputerowej lub badania rezonansu magnetycznego, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy, z zastrzeżeniem, że do rozliczenia świadczeń objętych zwiększeniem kwoty zobowiązania, zastosowanie ma współczynnik korygujący 0,5;
2) w zakresach: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy, z zastrzeżeniem, że do rozliczenia świadczeń objętych zwiększeniem kwoty zobowiązania, zastosowanie ma współczynnik korygujący 0,6.”;

2) w załączniku nr 2b, w § 4 ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia:

- 1) w zakresach: badania tomografii komputerowej lub badania rezonansu magnetycznego, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy, z zastrzeżeniem, że do rozliczenia świadczeń objętych zwiększeniem kwoty zobowiązania, zastosowanie ma współczynnik korygujący 0,5;
- 2) w zakresach: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy, z zastrzeżeniem, że do rozliczenia świadczeń objętych zwiększeniem kwoty zobowiązania, zastosowanie ma współczynnik korygujący 0,6.”.

¹⁾ 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., zarządzeniem Nr 60/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lipca 2025 r., zarządzeniem Nr 85/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 października 2025 r. oraz zarządzeniem Nr 103/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2025 r.

§ 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. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

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

§ 4. 1. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 kwietnia 2026 r.

2. W przypadku, gdy wartość ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych w zakresach: badania tomografii komputerowej lub badania rezonansu magnetycznego lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, udzielonych do 31 marca 2026 r., przekroczy określoną dla nich w umowie kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy, do rozliczenia tych świadczeń stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 5. 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 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), 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 (z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

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 wprowadzono modyfikacje w zakresie rozliczania części świadczeń z obszaru ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) polegające na finansowaniu świadczeń udzielonych osobom powyżej 18 roku życia, przekraczających wartość zobowiązania określoną na ich realizację w umowie:

1) w oparciu o wniosek składany przez świadczeniodawcę do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego oraz

2) z zastosowaniem współczynników korygujących do rozliczenia świadczeń objętych zwiększeniem kwoty zobowiązania:

a) w zakresach: badania tomografii komputerowej i badania rezonansu magnetycznego – współczynnik 0,5,

b) w zakresach: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia i badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia – współczynnik 0,6.

Z powyższych modyfikacji wyłączone zostały świadczenia w zakresach: badania medycyny nuklearnej oraz badania echokardiograficzne płodu.

Projektowana zmiana stanowi element działań mających na celu zapewnienie długotrwałej stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia oraz zwiększenie efektywności wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepisy zarządzenia będą stosowane do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 kwietnia 2026 r., natomiast do rozliczenia świadczeń w zakresach badania tomografii komputerowej, badania rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia, badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, udzielonych do 31 marca 2026 r., zastosowanie mają przepisy dotychczasowe.

Prognozowany skutek wprowadzenia zmian wynosi - 625 mln zł w ujęciu rocznym.

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. 2025 r. poz. 400, z późn. zm.), 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 wpłynęły uwagi od ponad 240 podmiotów, którzy zgłosili po kilka uwag i opinii. Zastrzeżenia obejmowały przede wszystkim: wprowadzenie zmian do świadczeń udzielonych przed wejściem w życie zarządzenia, zbyt niski poziom finansowania nadwykonań, zbyt niski poziom umów zawieranych ze świadczeniodawcami. Ponadto większość podmiotów wskazywała na ryzyko ograniczenia dostępności do świadczeń, wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia, zagrożenie utratą płynności finansowej pracowni diagnostycznych szczególnie w przypadku małych, lokalnych podmiotów. W wyniku konsultacji zmieniono termin wejścia w życie zarządzenia wskazując na udzielenie świadczenia udzielone od 1 kwietnia 2026 r. oraz podwyższono współczynniki, które będą miały zastosowanie do finansowania świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie z 0,4 do 0,5 dla badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego oraz 0,6 dla badań endoskopowych: gastroscopia i kolonoskopia.