

**ZARZĄDZENIE NR 61/2026/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 24 czerwca 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 i 203) 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.

Współczynniki, o których mowa w pkt 1 i 2, nie mają zastosowania do badań udzielonych w ramach leczenia onkologicznego prowadzonego w oparciu o kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz w ramach prowadzenia monitorowania po zakończonym leczeniu onkologicznym (follow – up onkologiczny).”;

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

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., zarządzeniem Nr 103/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2025 r. oraz zarządzeniem Nr 34/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2026 r.

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.

Współczynniki, o których mowa w pkt 1 i 2, nie mają zastosowania do badań udzielonych w ramach leczenia onkologicznego prowadzonego w oparciu o kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz w ramach prowadzenia monitorowania po zakończonym leczeniu onkologicznym (follow – up onkologiczny).”.

§ 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.

§ 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 (Dz. U. 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, z mechanizmu finansowania części świadczeń z obszaru ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) wykonanych ponad limit określony w umowie, wprowadzonego zarządzeniem Nr 34/2026/DSOZ wyłącza się świadczenia udzielone osobom powyżej 18 roku życia:

1) będącym w trakcie leczenia onkologicznego prowadzonego w oparciu o kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz

2) pozostającym w monitorowaniu po zakończonym leczeniu onkologicznym.

W celu oznaczenia świadczeń udzielanych na rzecz świadczeniobiorców będących:

1) w trakcie leczenia onkologicznego realizowanego w oparciu o kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) oraz

2) pozostających w monitorowaniu po zakończonym leczeniu onkologicznym

związanych z leczeniem onkologicznym lub monitorowaniem po jego zakończeniu, świadczeniodawca będzie obowiązany do sprawozdania w komunikacie XML SWIAD dodatkowych parametrów w atrybucie „nfh:dod-kryterium”, które zostaną wykorzystane w mechanizmie sprawozdawania i rozliczania świadczeń ASDK w celu wyłączenia powyższych świadczeń dotyczących leczenia i monitorowania pacjentów z zastosowania współczynników degresywnych w ASDK.

Sprawozdawczość w tym zakresie podlegać będzie weryfikacji w oparciu o uprzednio wykonane (pozytywnie zweryfikowane) świadczenia na etapie leczenia zrealizowane na podstawie karty DiLO, a zgodnie z obowiązującą szybką ścieżką onkologiczną, założeniami etapów DILO, czy zasadami realizacji świadczeń wynikającymi z innych zakresów/ rodzajów świadczeń; etap leczenia zarezerwowany jest dla takich świadczeń jak zabiegi chirurgiczne, radioterapia, chemioterapia. Etap leczenia poprzedzony jest ustaleniem planu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny (konsylium).

Informacja o dodatkowych parametrach w atrybucie „nfh:dod-kryterium” zostanie udostępniona m. in. za pośrednictwem strony internetowej Centrali NFZ.

W celu realizacji badań kontrolnych u pacjentów będących w trakcie leczenia onkologicznego realizowanego w oparciu o Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) oraz pozostających w monitorowaniu po zakończonym leczeniu onkologicznym świadczeniodawca obowiązany jest do zamieszczenia informacji w skierowaniu, zgodnie z § 12 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2026 r. poz. 712). Zamieszczenie tej informacji przez kierującego na badanie będzie miało szczególne znaczenie informacyjne dla świadczeniodawców realizujących badania ASDK. Na tej podstawie podmiot realizujący ASDK będzie mógł stwierdzić, że badanie pacjenta ma związek z monitorowaniem leczenia onkologicznego lub po jego zakończeniu i oznaczyć je dodatkowo w ww. sposób. Pozwoli to wytypować do wyłączenia powyższe świadczenia, dotyczące leczenia i monitorowania pacjentów, z zastosowania współczynników degresywnych.

Przepisy zarządzenia będą stosowane do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 kwietnia 2026 r.,

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. 2026 r. poz. 712), 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 wniesione zostały uwagi przez 27 podmiotów, w tym 3 z nich nie zgłosiły zastrzeżeń do projektowanych zmian. Pozostałe uwagi dotyczyły w szczególności:

1) rozszerzenia wyłączeń współczynnikowania badań ASDK w zakresie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego o badania na rzecz pacjentów z innymi rozpoznaniem, w tym: kardiologicznymi, neurologicznymi, chorobami rzadkimi,

2) doprecyzowania rozpoznań (wg kodów ICD-10) wyłączających z mechanizmu regresji nadwykonań ASDK,

3) wyłączenia z regresji nadwykonań także badań na rzecz pacjentów leczonych onkologicznie, ale poza kartą DiLO,

4) wyodrębnienia zakresów skojarzonych dla badań wyłączonych z regresji,

5) doprecyzowania zasad wystawiania skierowań dla pacjentów, których badania nie podlegają mechanizmowi regresji nadwykonań,

6) doprecyzowania mechanizmu sprawozdawania świadczeń (ewentualne korekty od 1 kwietnia br.).