

**ZARZĄDZENIE NR 70/2026/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 22 lipca 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, 203 i 791) 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:

a) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Przy rozliczaniu skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.”,

b) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Przy rozliczaniu skojarzonego zakresu świadczeń: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON) po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.”,

c) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„11. Przy rozliczaniu skojarzonego zakresu świadczeń: świadczenia zabiegowe po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.”,

d) po ust. 13 dodaje się ust. 13a w brzmieniu:

„13a. Przy rozliczaniu skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej oraz świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w skojarzonych do niego zakresach świadczeń określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy”.

e) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

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., zarządzeniem Nr 34/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2026 r. oraz zarządzeniem Nr 61/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 czerwca 2026 r.

„14. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach świadczeń innych niż wymienione w ust. 7 - 13a, 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.”;

2) w załączniku nr 2a w § 4:

a) ust. 13 otrzymuje brzmienie:

„13. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 7, w ust. 8 pkt 2 i w ust. 9 - 11 przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania w skojarzonych zakresach świadczeń oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.”;

b) po ust. 15 dodaje się ust. 15a w brzmieniu:

„15a. Przy rozliczaniu świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w skojarzonych do niego zakresach świadczeń, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.”;

c) ust. 16 otrzymuje brzmienie:

„16. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach innych niż wymienione w ust. 13 - 15a, 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.”.

§ 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. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 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 (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 późn. zm.) wprowadzono modyfikacje w zakresie rozliczania świadczeń w poradniach specjalistycznych, polegające na finansowaniu świadczeń przekraczających wartość zobowiązania określonej na ich realizację w umowie po rozliczeniu umowy w danym okresie rozliczeniowym, w oparciu o wniosek składany przez świadczeniodawcę do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

Z powyższych modyfikacji wyłączone zostały świadczenia:

- 1) udzielane dzieciom,
- 2) realizowane w skojarzonym zakresie świadczeń diagnostyki onkologicznej (DiLO),
- 3) realizowane w skojarzonym zakresie świadczeń - świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe,
- 4) realizowane w skojarzonym zakresie świadczeń - świadczenia zabiegowe,
- 5) realizowane w skojarzonym zakresie świadczeń - ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON),
- 6) polegające na pobieraniu materiału do przesiewowego badania w kierunku raka szyjki macicy,
- 7) realizowane w zakresie położnictwa i ginekologii wraz z zakresami z nim skojarzonymi, w szczególności z uwagi na prowadzenie w tym zakresie opieki nad kobietą w okresie ciąży i porodu.

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.

Określone w niniejszym zarządzeniu zasady finansowania będą miały zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 1 lipca 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, 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 80 podmiotów, którzy zgłosili po kilka uwag i opinii.

Uwagi dotyczyły przede wszystkim wpływu proponowanych zmian na organizację i finansowanie realizacji świadczeń oraz bieżące funkcjonowanie podmiotów leczniczych.

W wyniku analizy zgłoszonych uwag uwzględniono część postulatów i poszerzono wykaz zakresów pozostających do rozliczenia po upływie kwartału, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, o skojarzone zakresy świadczeń: świadczenia zabiegowe oraz ambulatoryjną opiekę ze wskazań nagłych (AON).