



Dlaczego mechanizm motywowania w AOS jest niewłaściwy? Prezydium NRL negatywnie o projekcie zarządzenia NFZ

STANOWISKO Nr 82/25/P-IX PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 29 września 2025 r.

w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, przekazanym przy piśmie Prezesa NFZ Filipa Nowaka z dnia 24 września 2025 r. (znak: NFZ-DSOZ-SAOS.400.6.2025) negatywnie opiniuje projekt i przedstawia następujące uwagi:

Na pełne poparcie zasługuje oczywiście deklarowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia w uzasadnieniu projektu zarządzenia konieczność dalszego motywowania świadczeniodawców do podwyższania udziału świadczeń specjalistycznych udzielanych na rzecz nowych pacjentów poprzez dokonywanie oceny sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych z wyznaczoną ogólnopolską medianą tego udziału. Nie zasługuje natomiast na poparcie mechanizm owego motywowania – zasadne byłoby wprowadzenie współczynnika premiującego świadczeniodawców, którzy udział tych świadczeń mają wysoki, a nie karanie obniżeniem współczynnika (proponowany współczynnik 0,75) dla świadczeniodawców, którzy nie osiągnęli zakładanych przez NFZ wartości.

Dodatkowo w ocenie samorządu lekarskiego, stawianie świadczeniodawcom nowych warunków w trakcie realizacji umowy, których niespełnienie będzie skutkować zmniejszeniem finansowania świadczeń, a to pod pretekstem potrzeby motywowania świadczeniodawców do podwyższania udziału świadczeń specjalistycznych udzielanych na rzecz nowych pacjentów oraz promowania realizacji kompleksowej opieki nad pacjentem, jest niezasadne i krzywdzące, utrudnia również planowanie działalności i – co oczywiste – może realnie zmniejszyć płynność finansową niektórych placówek AOS poprzez niemożliwe do przewidzenia uszczuplenie środków, jakie winni otrzymywać świadczeniodawcy zgodnie z wcześniej przyjętymi ustaleniami.

Wątpliwości w proponowanym mechanizmie budzi również fakt bezkrytycznego odniesienia do ogólnopolskiej mediany udzielanych świadczeń. Należy choćby zauważyć, że grupy potencjalnych świadczeniobiorców, w tym rodzaj oczekiwanych przez nich świadczeń, różnią się w zależności od tego, w jakich realiach funkcjonuje świadczeniodawca.

W świetle powyższego proponowana zmiana, pod pretekstem motywowania świadczeniodawców AOS, jawi się raczej jako ukryta forma karania w przypadku nieosiągnięcia oczekiwanych przez NFZ wartości, a w efekcie ma stanowić jeden ze środków zaradczych dla poprawy złej kondycji finansowej NFZ. W tym kontekście, samorząd lekarski zwrócić musi również uwagę na fakt, że przedstawiony mechanizm może finalnie prowadzić do realizowania przez świadczeniodawców

świadczeń także u grupy pacjentów bez faktycznych wskazań, szczególnie w sytuacji, gdy powstanie ryzyko, że w danym okresie świadczeniodawca nie osiągnie wyznaczonej ogólnopolskiej mediany poziomu udziału określonych świadczeń specjalistycznych dla danego zakresu, a to w celu uniknięcia zastosowania zmniejszonego współczynnika.

Samorząd lekarski niezmiennie stoi na stanowisku, że rzetelnym i efektywnym sposobem motywowania świadczeniodawców do osiągnięcia zakładanych ogólnopolskich celów winno być przyjęcie systemu premiowania realizowanych świadczeń dodatnim współczynnikiem.

