



Prezydium NRL negatywnie opiniuje projekt NFZ dotyczący finansowania świadczeń AOS

STANOWISKO Nr 27/26/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 18 marca 2026 r.

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

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, przekazany przy piśmie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia pana Filipa Nowaka z dnia 10 marca 2026 r. (znak: NFZ-DSOZ-SAOS.400.2.2026 2026.125142.AJA IK: 2322990) negatywnie opiniuje projekt i wnosi o zaprzestanie prac nad tym projektem.

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zmiany przewidziane w § 10 ust. 8 zarządzenia oraz we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 2b do zarządzenia Prezesa NFZ bezzasadnie obniżają finansowanie wykonanych przez placówki medyczne ponadlimitowych badań tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz badań endoskopowych przewodu pokarmowego – gastrokopii i kolonoskopii.

Zarządzenie Prezesa NFZ w obecnym jego brzmieniu przewiduje, że przy rozliczaniu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych w zakresach: badania tomografii komputerowej lub badania rezonansu magnetycznego, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy. W razie wejścia w życie projektowanego zarządzenia Prezesa NFZ w przypadku badań TK, RM oraz gastrokopii i kolonoskopii, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, świadczenia te udzielone świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia zostaną rozliczone przez NFZ współczynnikiem 0,4.

Samorząd lekarski stanowczo sprzeciwia się wprowadzaniu tego rodzaju rozliczeń placówek AOS z publicznym płatnikiem. Zaproponowany współczynnik oznacza, że za wykonane ponad limit świadczenia placówka medyczna nie otrzyma nawet połowy kosztów tych badań. Działanie NFZ polegające na zapłacie rażąco niskiego wynagrodzenia za wykonane badania diagnostyczne opiera się na wykorzystaniu pozycji dominującej Narodowego Funduszu Zdrowia na rynku organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzone zmiany dotkną zarówno placówek medycznych, ale przede wszystkim negatywnie odbiją się na pacjentach, w tym także oczekujących na diagnostykę w kierunku chorób nowotworowych. Czas oczekiwania na wskazane w zarządzeniu Prezesa NFZ badania TK, RM czy endoskopowe przewodu pokarmowego ulegnie znacznemu wydłużeniu, ponieważ trudno zakładać, iż placówki AOS będą skłonne wykonywać jakiegokolwiek ponadlimitowe świadczenia, za które otrzymają z NFZ jedynie 40% ich ceny. Projektowane przez NFZ zmiany zasad rozliczeń niektórych świadczeń ponadlimitowych ograniczą skuteczność leczenia pacjentów, prowadząc do opóźnień diagnostycznych i terapeutycznych.

Dla Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nie do zaakceptowania jest także fakt, że Prezes NFZ próbuje wprowadzić ten model płatności za badania diagnostyczne (ze współczynnikiem 0,4) ze skutkiem wstecznym, wbrew zasadzie niedziałania prawa wstecz. Mimo że projekt zarządzenia Prezesa NFZ ukazał się w dniu 11 marca 2026 r., to zgodnie z § 3 projektu mechanizm współczynnika 0,4 ma być stosowany do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych począwszy od dnia 1 stycznia 2026 r., czyli ze skutkiem wstecznym. W dacie udzielania świadczeń placówki AOS miały podstawy prawne, aby przyjmować, że świadczenia te zostaną rozliczone w pełnej kwocie, natomiast już po ich udzieleniu Narodowy Fundusz Zdrowia próbuje narzucić rozliczenie tych świadczeń ze współczynnikiem 0,4.

Poważne zastrzeżenia budzi także uzasadnienie dołączone do projektu zarządzenia Prezesa NFZ, które jest nieadekwatne i nieprzydatne dla wyjaśnienia wprowadzanych zmian. Z uzasadnienia wynika, że 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. Brakuje w uzasadnieniu podstawowej informacji, że wprowadzenie w życie zaproponowanych rozwiązań ograniczy pacjentom dostęp do ponadlimitowych świadczeń z zakresu badań TK, RM i endoskopowych przewodu pokarmowego.

