

Uchwała Nr 26/2025/IV
RADY NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
z dnia 15 lipca 2025 r.
w sprawie przyjęcia rekomendacji stałego Zespołu Problemowego Rady Narodowego
Funduszu Zdrowia do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków
przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 100 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.¹) w zw. z § 13 Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia stanowiącego załącznik do uchwały Nr 10/2020/IV z dnia 21 października 2020 r. Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, Rada Funduszu

uchwała, co następuje:

§ 1.

1. Rada Narodowego Funduszu Zdrowia przyjmuje przedstawione w dniu 15 lipca 2025 r. Rekomendacje stałego Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej, powołanego uchwałą Rady NFZ Nr 18/2020/IV z dnia 16 grudnia 2020 r.
2. Rekomendacje, o których mowa w ust. 1, stanowią załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Narodowego Funduszu Zdrowia
Rudolf Borusiewicz

/dokument podpisano elektronicznie/

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615, 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637 i 779.

Załącznik do uchwały Nr 26/2025/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 lipca 2025 r. w sprawie przyjęcia rekomendacji stałego Zespołu Problemowego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej

Rekomendacje Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej

Skład zespołu:

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka – Przewodnicząca

Dr Joanna Jończyk - członek Zespołu

Anna Karczmarz - członek Zespołu

Zespół Problemy Rady NFZ do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej przedkłada końcowe rekomendacje, których wdrożenie pozwoli na zwiększenie skuteczności i efektywności opieki finansowanej ze środków publicznych przez NFZ. Rekomendacje są efektem wspólnej pracy Zespołu oraz licznych konsultacji przeprowadzonych w trakcie jego funkcjonowania, zarówno z ekspertami zewnętrznymi, jak również pracownikami Funduszu.

Założeniem zespołu problemowego jest dostarczenie Zarządowi NFZ kierunków zmian w modelach finansowania świadczeń zdrowotnych oraz zasad ich kontroli. Za miary postępu eksperci Zespołu uznają:

- Poprawę dostępności, poprzez skrócenie czasów oczekiwania, zarówno na świadczenia pilne, jak i planowe
- Systematyczne zmniejszenie nierówności regionalnych w dostępie do świadczeń
- Zwiększenie udziału świadczeń kompleksowych w ogóle świadczeń oferowanych ubezpieczonym
- Zwiększenie udziału świadczeń profilaktycznych oraz zorientowanych na wczesne wykrywanie chorób w ogóle świadczeń
- Poprawa jakości obsługi pacjentów przez świadczeniodawców
- Poprawa doświadczeń pacjentów z korzystania z usług zdrowotnych
- Wzrost skuteczności w egzekwowaniu od świadczeniodawców obowiązków sprawozdawczych kluczowych dla efektywnego zarządzania środkami publicznymi

Kluczowe rekomendacje:

1. Wzmocnienie presji na poprawę efektywności kluczowych procesów w ramach POZ (fundamentu systemu zorientowanego na zdrowia) poprzez wdrożenie systemu benchmarkowania podmiotów leczniczych prowadzących działalność w rodzaju POZ,

zgodnie z Uchwałą Rady NFZ nr 23/2023/IV z dnia 19 września 2023 r. zawierającą Rekomendacje Zespołu Problemowego Rady NFZ.

2. Wdrożenie systemu oceny jakości opieki koordynowanej w POZ jako narzędzia jej dalszego rozwoju i doskonalenia.
3. Wzmocnienie konsultacyjnej roli ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poprzez rozwój opieki koordynowanej w POZ, budowa kompleksowych modeli opieki specjalistycznej, realizowanej według jasno określonego standardu postępowania, który niweluje ryzyko przewlekłego nadzoru specjalisty nad chorym, u którego doszło do ustabilizowania choroby. W pierwszej kolejności zmiany powinny być wdrożone w poradniach o najdłuższym czasie oczekiwania.
4. Dalszy rozwój modeli finansowania świadczeń premiujących opiekę kompleksową i skoordynowaną nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, opartych na koncepcji płacenia za efekt. Kluczowe z punktu widzenia zdrowia publicznego jest zabezpieczenie potrzeb chorych na otyłość, dla których opieka finansowana ze środków publicznych jest bardzo mocno ograniczona.
5. Zintegrowanie leczenia zabiegowego z rehabilitacją w szczególności w zakresach kluczowych dla uzyskania optymalnych wyników leczenia tj. np. ortopedia.
6. Włączenie do systemu premiowania z tytułu posiadania akredytacji CMJ wszystkich podmiotów, legitymujących się certyfikatem akredytacyjnym, w tym szpitali rehabilitacyjnych.
7. Pilne włączenie do systemu świadczeń finansowanych przez NFZ systemu oceny niesamodzielności w ICF (Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia), jako narzędzia wspierającego ocenę skuteczności świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
8. Uzależnienie uzyskania finansowania świadczeń opieki zdrowotnej od raportowania zdarzeń medycznych na platformę P1.
9. Uzależnienia płatności za świadczenia kompleksowe od zraportowania do systemu płatnika kluczowych procedur np. badań genetycznych, molekularnych w ramach diagnostyki szpitalnej.
10. Uzależnienie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej od dostępności w placówce leczniczej systemu komunikacji teleinformatycznej z pacjentem według minimalnego standardu określonego przez płatnika.
11. Podtrzymanie i dalszy rozwój wskaźników premiujących jakość opieki onkologicznej i kardiologicznej oraz ich stały rozwój w innych dziedzinach.
12. Dalsza rozbudowa systemu controllingu medycznego, który pozwoli wzmocnić nadzór nad jakością udzielanych świadczeń oraz zwiększyć skuteczność i prędkość reagowania na zjawiska patologiczne, pogarszające dostępność do świadczeń i nierówności w dostępie do nich. Kluczowy jest system nadzoru nad dostępem do AOS. Prezes NFZ w ramach okresowych sprawozdań z działalności powinien przedstawiać raport analityczny, który ukazuje kluczowe parametry organizacji opieki AOS w tym w szczególności wskaźniki:
 - a. Liczbę porad przypadających na jednego pacjenta w roku i ich dynamikę w kluczowych zakresach, które charakteryzuje najgorsza dostępność do świadczeń

- b. Odsetek pacjentów pierwszorazowych w ogóle pacjentów przyjmowanych w danej poradni i jego dynamikę w kluczowych zakresach, które charakteryzuje najgorsza dostępność do świadczeń
- c. Odsetek pacjentów objętych świadczeniami kompleksowymi w kluczowych zakresach

Wprowadzenie powszechnego systemu badania opinii pacjentów, korzystających ze świadczeń finansowanych przez NFZ, niezależnego od badań prowadzonych przez świadczeniodawców. Po każdej zakończonej hospitalizacji lub zakończonym planie opieki oraz min. raz w roku w POZ lub AOS pacjenci powinni mieć możliwość wypełnienia ankiety oceniającej uzyskane świadczenia. Wyniki badań powinny być uwzględniane w systemie oceny świadczeniodawcy, warunkować utrzymanie finansowania lub jego warunki.