

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2022 r.

**w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2022 r.**

Na podstawie art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 24 lutego 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 526) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa sposób ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 951 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.<sup>2)</sup>), zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2022 r.

**§ 2. 1.** Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) dokumenty rozliczeniowe – dokumenty rozliczeniowe, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy;
- 2) Fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) jednostka sprawozdawcza – miarę przyjętą do określenia wartości względnej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ryczałtu systemu zabezpieczenia, którą jest punkt;
- 4) okres planowania ( $i+1$ ) – okres rozliczeniowy, dla którego ustala się kwotę ryczałtu systemu zabezpieczenia, w danym oddziale wojewódzkim Funduszu;

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1493, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427 i 2469 oraz z 2022 r. poz. 64 i 91.

- 5) okres obliczeniowy ( $i$ ) – okres rozliczeniowy obejmujący rok 2019, w danym oddziale wojewódzkim Funduszu;
- 6) okres porównawczy ( $i-1$ ) – okres rozliczeniowy poprzedzający okres obliczeniowy, w danym oddziale wojewódzkim Funduszu;
- 7) plan zakupu – plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy;
- 8) ryczałt – ryczałt systemu zabezpieczenia;
- 9) ustawa – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 10)  $A_l$  – podstawową liczbę jednostek sprawozdawczych obliczaną dla świadczeniodawcy  $l$ , na okres planowania, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 3, z zaokrągleniem do najbliższej liczby całkowitej;
- 11)  $B_1$  – liczbę jednostek sprawozdawczych wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych, przez świadczeniodawcę  $l$ , w okresie obliczeniowym, w zakresie dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej, które były finansowane w ramach ryczałtu w okresie obliczeniowym i jednocześnie nie będą finansowane w ramach ryczałtu w okresie planowania, u świadczeniodawcy  $l$ , w związku ze zmianą kwalifikacji świadczeniodawcy wskazaną w art. 95n ust. 14 ustawy lub zmianą przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy; jeżeli świadczenia te nie będą finansowane w ramach ryczałtu przez część okresu planowania, do wyliczeń przyjmuje się liczbę proporcjonalną do długości tej części okresu planowania;
- 12)  $B_1^+$  – liczbę jednostek sprawozdawczych wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych, przez świadczeniodawcę  $l$ , w okresie obliczeniowym, w zakresie dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej, które nie były finansowane w ramach ryczałtu w okresie obliczeniowym i jednocześnie będą finansowane w ramach ryczałtu w okresie planowania, u świadczeniodawcy  $l$ , w związku ze zmianą przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy; jeżeli świadczenia te będą finansowane w ramach ryczałtu przez część okresu planowania, do wyliczeń przyjmuje się liczbę proporcjonalną do długości tej części okresu planowania;
- 13)  $a_l, b_l$  – współczynniki korygujące, obliczane dla świadczeniodawcy  $l$ , na podstawie tabeli nr 1 określonej w załączniku do rozporządzenia;
- 14)  $C_{i+1}$  – prognozowaną cenę jednostki sprawozdawczej na okres planowania określoną w planie zakupu; jeżeli wartość ta uległa zmianie w trakcie okresu planowania,

do wyliczeń przyjmuje się średnią wartość ważoną długością okresu obowiązywania wartości w ramach okresu planowania;

- 15)  $D_l$  – dodatkową korektę wysokości ryczału, dla świadczeniodawcy  $l$ , na okres planowania, wynikającą z art. 136c ust. 4 ustawy, polegającą na zwiększeniu (wartość dodatnia) lub zmniejszeniu (wartość ujemna) liczby jednostek sprawozdawczych;
- 16)  $d$  – współczynnik prognozowanej stopy wzrostu liczby świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ryczału, na okres planowania, określony w planie zakupu;
- 17)  $I_l$  – skorygowany współczynnik zmiany liczby jednostek sprawozdawczych, obliczany dla świadczeniodawcy  $l$ , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 11;
- 18)  $J_{l,i+1}$  – skorygowaną liczbę jednostek sprawozdawczych, obliczaną dla świadczeniodawcy  $l$ , na okres planowania, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 2, z zaokrągleniem do najbliższej liczby całkowitej;
- 19)  $J_{l,i}$  – skorygowaną liczbę jednostek sprawozdawczych, która była obliczona dla świadczeniodawcy  $l$ , na okres obliczeniowy, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 2;
- 20)  $K_{l,s,i+1}$  – współczynnik korygujący, odpowiadający świadczeniu  $s$ , dla świadczeniodawcy  $l$ , określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, obowiązujący w okresie planowania; jeżeli wartość współczynnika uległa zmianie w trakcie okresu planowania, do wyliczeń przyjmuje się średnią wartość ważoną długością okresu obowiązywania wartości w ramach okresu planowania;
- 21)  $K_{l,s,i}$  – współczynnik korygujący, odpowiadający świadczeniu  $s$ , dla świadczeniodawcy  $l$ , określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, obowiązujący w okresie obliczeniowym;
- 22)  $k$  – współczynnik proporcjonalności czasowej stanowiący iloraz długości okresu planowania oraz długości okresu obliczeniowego;
- 23)  $L_l$  – liczbę jednostek sprawozdawczych wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych, przez świadczeniodawcę  $l$ , w okresie obliczeniowym, w zakresie dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej, które będą finansowane w ramach ryczału w okresie planowania;
- 24)  $L'_l$  – liczbę jednostek sprawozdawczych wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych, przez świadczeniodawcę  $l$ , w okresie obliczeniowym;
- 25)  $l-l$  – tego świadczeniodawcę w danym oddziale wojewódzkim Funduszu ( $l=1, \dots, n$ ), gdzie  $n$  jest liczbą świadczeniodawców w danym oddziale wojewódzkim Funduszu;

- 26)  $\Delta L_l$  – współczynnik zmiany liczby jednostek sprawozdawczych, obliczany dla świadczeniodawcy  $l$ , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 4, z dokładnością do czterech znaków po przecinku;
- 27)  $N_l$  – ponadplanową liczbę jednostek sprawozdawczych, obliczaną dla świadczeniodawcy  $l$ , jeżeli  $\Delta L_l > 1$ , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 7, z zaokrągleniem do najbliższej liczby całkowitej, natomiast jeżeli dla świadczeniodawcy  $l$  zachodzi  $\Delta L_l \leq 1$ , to przyjmuje się  $N_l=0$ ;
- 28)  $N_l^+$  i  $N_l^-$  – wartości obliczane dla świadczeniodawcy  $l$ , na podstawie wzorów określonych w § 3 ust. 1 pkt 9 albo 10, z dokładnością do czterech znaków po przecinku, z zastrzeżeniem, że nie są obliczane, jeżeli  $\Delta L_l$  przyjmuje wartość  $<0,98-1,0>$ ;
- 29)  $\Delta N$  – współczynnik obliczany w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 8, z dokładnością do czterech znaków po przecinku, jeżeli dla przynajmniej jednego świadczeniodawcy  $l$  zachodzi  $\Delta L_l < 0,98$  oraz dla przynajmniej jednego świadczeniodawcy  $l$  zachodzi  $\Delta L_l > 1$ ; w przeciwnym przypadku przyjmuje się, że  $\Delta N_l=0$ ;
- 30)  $P_l$  – liczbę jednostek sprawozdawczych, obliczaną dla świadczeniodawcy  $l$ , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 5;
- 31)  $Q_l$  – współczynnik korygujący (jakościowy), obliczany dla świadczeniodawcy  $l$ , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 13;
- 32)  $q_{l,j}$  – jeden ze współczynników korygujących związany z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wyznaczany dla świadczeniodawcy  $l$ , na okres planowania, zgodnie z tabelą nr 2 określoną w załączniku do rozporządzenia, gdzie  $j$  oznacza  $j$ -ty wskaźnik  $q$  ( $j=1, \dots, 5$ );
- 33)  $R_{l,i+1}$  – wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy  $l$ , na okres planowania, obliczaną na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 1 albo ust. 2, z zaokrągleniem do najbliższej liczby całkowitej;
- 34)  $R_{l,i}$  – wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy  $l$ , na 2021 r.;
- 35)  $s$ - $s$  - te świadczenie, ze zbioru świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ryczałtu od 1 do  $m$  ( $s=1, \dots, m$ );
- 36)  $S_{l,s}$  – liczbę świadczeń  $s$ , wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych, przez świadczeniodawcę  $l$ , w okresie obliczeniowym, w zakresie dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej, które będą finansowane w ramach ryczałtu w okresie planowania;

- 37)  $T_{s,i+1}$  – wartość względną odpowiadającą danemu świadczeniu  $s$ , wyrażoną w punktach, obowiązującą, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy, w okresie planowania, natomiast jeżeli danemu świadczeniu  $s$  nie można przyporządkować dokładnej wartości względnej, przyjmuje się wartość względną dla świadczenia  $s$  najbardziej zbliżonego pod względem medycznym; jeżeli wartość ta uległa zmianie w trakcie okresu planowania, do wyliczeń przyjmuje się średnią wartość ważoną długością okresu obowiązywania wartości w ramach okresu planowania;
- 38)  $T_{s,i}$  – wartość względną odpowiadającą danemu świadczeniu  $s$ , wyrażoną w punktach, obowiązującą, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy, w okresie obliczeniowym, natomiast jeżeli danemu świadczeniu  $s$  nie można przyporządkować dokładnej wartości względnej, przyjmuje się wartość względną dla świadczenia  $s$  najbardziej zbliżonego pod względem medycznym;
- 39)  $\Delta T_l$  – współczynnik zmian wartości względnych świadczeń  $s$ , obliczany dla świadczeniodawcy  $l$ , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 6, z dokładnością do czterech znaków po przecinku;
- 40)  $U_l$  – dodatkową liczbę jednostek sprawozdawczych, obliczaną dla świadczeniodawcy  $l$ , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 12, z zaokrągleniem do najbliższej liczby całkowitej.

2. Wartości współczynników korygujących, o których mowa w ust. 1 pkt 13 i 32, są określone w załączniku do rozporządzenia.

§ 3. 1. Wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy  $l$ , na okres planowania, ustala się na podstawie następujących wzorów:

1)

$$R_{l,i+1} = J_{l,i+1} \times C_{i+1} \times Q_l;$$

2)

$$J_{l,i+1} = k \times (A_l + N_l + U_l);$$

3)

$$A_l = \begin{cases} L_l \times \Delta T_l + D_l, & \text{gdym} \Delta L_l < 0,98, \\ P_l \times \Delta T_l + D_l, & \text{gdym} \Delta L_l \geq 0,98, \end{cases};$$

4)

$$\Delta L_l = \frac{L'_l}{J_{l,i}};$$

5)

$$P_l = J_{l,i} + B_l^+ - \frac{B_l^-}{\Delta L_l};$$

6)

$$\Delta T_l = \sum_{s=1}^m (S_{l,s} \times T_{s,i+1} \times K_{l,s,i+1}) / \sum_{s=1}^m (S_{l,s} \times T_{s,i} \times K_{l,s,i});$$

7)

$$N_l = \begin{cases} N_l^+ \times \Delta N, & \text{gd}y \Delta N < 1, \\ N_l^+, & \text{gd}y \Delta N \geq 1; \end{cases}$$

8)

$$\Delta N = \sum_{l: \Delta L_l < 0,98} N_l^- / \sum_{l: \Delta L_l > 1} N_l^+;$$

9)

$$N_l^+ = (L_l - P_l) \times \frac{I_l}{\Delta L_l}, \quad \text{gd}y \Delta L_l > 1;$$

10)

$$N_l^- = P_l - L_l, \quad \text{gd}y \Delta L_l < 0,98;$$

11)

$$I_l = a_l \times \Delta L_l + b_l;$$

12)

$$U_l = d \times \sum_{l=1}^n A_l \times \frac{(A_l + N_l) \times I_l}{\sum_{l=1}^n ((A_l + N_l) \times I_l)};$$

13)

$Ql = 1 + \sum_{j=1}^5 qlj$ , z zastrzeżeniem że wartość nie może być większa niż 1,05.

2. Do czasu otrzymania przez dany oddział wojewódzki Funduszu danych co do liczb  $L_l$  wartość ryczału dla świadczeniodawcy  $l$ , na okres planowania, ustala się na podstawie następującego wzoru:

$$R_{l,i+1} = R_{l,i} \times k.$$

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

***ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM***

Anna Skowrońska-Kotra

Zastępca Dyrektora

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

*/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/*

## UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 24 lutego 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 526), zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia za okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia. Jednocześnie art. 4 ust. 1 ww. ustawy stanowi, iż przy ustalaniu ryczałtu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), w przypadku danych, o których mowa w art. 136c ust. 3 pkt 2 lit. a tej ustawy, uwzględnia się dane dotyczące liczby i rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za okres rozliczeniowy obejmujący 2019 r., finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia.

W stosunku do obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1783, z późn. zm.) projektowane rozporządzenie wprowadza następujące zmiany:

- 1) zmieniono definicję terminu „okres obliczeniowy”, definiując go jako okres rozliczeniowy obejmujący 2019 r.;
- 2) usunięto przepisy ustanawiające współczynniki korygujące wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia w związku z osiągnięciem określonego poziomu realizacji świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ze względu na wyłączenie tych świadczeń do finansowania poza ryczałtem systemu zabezpieczenia, dokonane uprzednio na mocy zmiany przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w konsekwencję tej zmiany skorygowano definicję współczynnika „ql,j”, określoną w § 2 ust. 1 pkt 32 oraz wzór określony w § 3 ust. 1 pkt 13, przez zmianę parametru „j” z 7 na 5);
- 3) zastąpiono w § 2 ust. 1 pkt 34 wyrazy „na okres obliczeniowy” wyrazami „na 2021 r. ”, w celu utrzymania w 2022 r. ryczałtu systemu zabezpieczenia na poziomie 2021 r. do czasu wyliczenia nowego ryczałtu.



Proponuje się, aby projektowane rozporządzenie weszło w życie w dniu następującym po dniu ogłoszenia. Takie rozwiązanie jest podyktowane koniecznością zapewnienia możliwości ustalenia kwot ryczałtu systemu zabezpieczenia dla poszczególnych świadczeniodawców, przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do końca pierwszego kwartału 2022 r. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawa nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Powyższe rozwiązanie nie stoi w sprzeczności z zasadami demokratycznego państwa prawnego, ponieważ omawiane przepisy nie nakładają żadnych obciążeń na obywateli, ani podmioty gospodarcze.

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na mikro-, małe i średnie przedsiębiorstwa.

Projekt nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Projektowane regulacje nie są sprzeczne z prawem Unii Europejskiej.

Projekt nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.