

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2017 r.

w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.²⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Rozporządzenie określa sposób ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”.

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

§ 2. 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 ryczału systemu zabezpieczenia, którą jest punkt;
- 4) okres planowania ($i+1$) – okres rozliczeniowy, dla którego ustala się kwotę ryczału systemu zabezpieczenia, w danym oddziale wojewódzkim Funduszu;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089 1139, 1200, 1292, 1321, 1386 i 1428.

- 5) okres obliczeniowy (i) – okres rozliczeniowy poprzedzający okres planowania, 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.);
- 10) A_l – podstawowa liczba jednostek sprawozdawczych obliczana dla świadczeniodawcy l , na okres planowania, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 3, z zaokrągleniem do najbliższej liczby całkowitej;
- 11) B_l^- – liczba 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 art. 159a ust. 2 ustawy lub zmianą przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy;
- 12) B_l^+ – liczba 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;
- 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} – prognozowana cena jednostki sprawozdawczej na okres planowania, określona w planie zakupu;
- 15) C_0 – cena jednostki sprawozdawczej w pierwszym okresie rozliczeniowym systemu zabezpieczenia, określona w planie zakupu;

- 16) D_l – dodatkowa korekta ryczału, dla świadczeniodawcy l , na okres planowania, wynikająca z art. 136c ust. 4 ustawy, polegająca na zwiększeniu (wartość dodatnia) lub zmniejszeniu (wartość ujemna) liczby jednostek sprawozdawczych;
- 17) d – współczynnik prognozowanej stopy wzrostu liczby świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ryczału, na okres planowania, określony w planie zakupu;
- 18) I_l – skorygowany współczynnik zmiany liczby jednostek sprawozdawczych, obliczany dla świadczeniodawcy l , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 11;
- 19) $J_{l,i+1}$ – skorygowana liczba jednostek sprawozdawczych, obliczana dla świadczeniodawcy l , na okres planowania, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 2, z zaokrągleniem do najbliższej liczby całkowitej;
- 20) $J_{l,i}$ – skorygowana liczba jednostek sprawozdawczych, która była obliczona dla świadczeniodawcy l , na okres obliczeniowy, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 2;
- 21) $K_{l,s,i+1}$ – współczynnik korygujący, odpowiadający świadczeniu s , dla świadczeniodawcy l , określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, obowiązujący w okresie planowania;
- 22) $K_{l,s,i}$ – współczynnik korygujący, odpowiadający świadczeniu s , dla świadczeniodawcy l , określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, obowiązujący w okresie obliczeniowym;
- 23) k – współczynnik proporcjonalności czasowej, stanowiący iloraz długości okresu planowania oraz długości okresu obliczeniowego;
- 24) L_l – liczba 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;
- 25) l – oznacza l -tego świadczeniodawcę w danym oddziale wojewódzkim Funduszu ($l=1, \dots, n$), gdzie n jest liczbą świadczeniodawców w danym oddziale wojewódzkim Funduszu;
- 26) ΔL_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 – ponadplanowa liczba jednostek sprawozdawczych, obliczana 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 ΔL_l przyjmuje wartość $< 0,98 - 1,0 >$;
- 29) ΔN – 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 – liczba jednostek sprawozdawczych obliczana 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 ($j = 1, \dots, 8$);
- 33) $R_{l,i+1}$ – wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy l , na okres planowania, obliczana 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 okres obliczeniowy;
- 35) $R_{l,0}$ – wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy l , na pierwszy okres rozliczeniowy systemu zabezpieczenia, obliczona na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844);
- 36) s – s -te świadczenie, ze zbioru świadczeń opieki zdrowotnej finansowanym w ramach ryczałtu od 1 do m ($s = 1, \dots, m$);
- 37) $S_{l,s}$ – liczba 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 ryczału w okresie planowania;

- 38) $T_{s,i+1}$ – wartość względna odpowiadająca danemu świadczeniu s , wyrażona w punktach, obowiązująca, 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;
- 39) $T_{s,i}$ – wartość względna odpowiadająca danemu świadczeniu s , wyrażona w punktach, obowiązująca, 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;
- 40) ΔT_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;
- 41) U_l – dodatkowa liczba jednostek sprawozdawczych, obliczana dla świadczeniodawcy l , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 12, z zaokrągleniem do najbliższej liczby całkowitej.

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

- 1) $R_{l,i+1} = J_{l,i+1} \times C_{i+1} \times Q_i$;
- 2) $J_{l,i+1} = k \times (A_l + N_l + U_l)$;
- 3) $A_l = \begin{cases} L_l \times \Delta T_l + D_l, & \text{gdy } \Delta L_l < 0,98, \\ P_l \times \Delta T_l + D_l, & \text{gdy } \Delta L_l \geq 0,98; \end{cases}$
- 4) $\Delta L_l = L_l / P_l$, z zastrzeżeniem, że jeżeli $P_l = 0$, to $\Delta L_l = 1$;
- 5) $P_l = \begin{cases} R_{l,0} / C_0 + B_l^+ - B_l^-, & \text{gdy okresem obliczeniowym jest pierwszy} \\ J_{l,i} + B_l^+ - B_l^- & \text{okres rozliczeniowy systemu zabezpieczenia,} \\ & \text{w pozostałych przypadkach;} \end{cases}$
- 6) $\Delta T_l = \frac{\sum_{s=1}^m (S_{l,s} \times T_{s,i+1} \times K_{l,s,i+1})}{\sum_{s=1}^m (S_{l,s} \times T_{s,i} \times K_{l,s,i})}$;
- 7) $N_l = \begin{cases} N_l^+ \times \Delta N, & \text{gdy } \Delta N < 1, \\ N_l^+, & \text{gdy } \Delta N \geq 1; \end{cases}$

$$8) \Delta N = \sum_{l: \Delta L_l < 0,98} N_l^- / \sum_{l: \Delta L_l > 1} N_l^+ ;$$

$$9) N_l^+ = (L_l - P_l) \times \frac{I_l}{\Delta L_l}, \quad \text{gdy } \Delta L_l > 1;$$

$$10) N_l^- = P_l - L_l, \quad \text{gdy } \Delta L_l < 0,98;$$

$$11) I_l = a_l \times \Delta L_l + b_l;$$

$$12) U_l = d \times \sum_{l=1}^n A_l \times \frac{(A_l + N_l) \times I_l}{\sum_{l=1}^n ((A_l + N_l) \times I_l)};$$

$$13) Q_l = 1 + \sum_{j=1}^{j=8} q_{l,j}, \quad \text{z zastrzeżeniem, że wartość nie może być większa niż 1,05.}$$

2. Do czasu otrzymania przez dany oddział wojewódzki Funduszu danych co do liczb L_l , wartość ryczałtu 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

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia ... 2017 r. (poz. ...)

Tabela nr 1. Wartości współczynników korygujących a_l i b_l w zależności od wartości ΔL_l .

Wartość ΔL_l	Wartość współczynnika a_l	Wartość współczynnika b_l
<0-0,5>	0,6	0
(0,5-0,9>	1,5	-0,45
(0,9-1,02>	1	0
(1,02-1,1>	0,5	0,51
(1,1+	0,2	0,84

Tabela nr 2. Wartości współczynników korygujących $q_{l,j}$.

j	Charakterystyka współczynnika $q_{l,j}$	Wartość współczynnika korygującego $q_{l,j}$
1	Przekazanie dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, nie później niż do końca drugiego miesiąca okresu planowania, certyfikatu akredytacyjnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016, poz. 2135), dotyczącego profili systemu zabezpieczenia, ważnego przynajmniej przez jeden dzień w okresie planowania, w tym:	
	- uzyskanego z wynikiem co najmniej 90 % możliwej do uzyskania liczby punktów albo	0,02
	- uzyskanego z wynikiem co najmniej 80% i poniżej 90 % możliwej do uzyskania liczby punktów albo	0,015
	- uzyskanego z wynikiem co najmniej 75% i poniżej 80 % możliwej do uzyskania liczby punktów.	0,01
W odniesieniu do pkt 2-3, przekazanie, w okresie obliczeniowym, dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokumentu, ważnego w okresie obejmującym okres planowania:		
2	Świadczenia, wydawanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej, potwierdzającego udział w programie międzylaboratoryjnej kontroli jakości badań - Ogólnopolski Sprawdź Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych POLMICRO medycznego laboratorium diagnostycznego lub mikrobiologicznego, będącego jednostką organizacyjną świadczeniodawcy, zapewniającego realizację w lokalizacji udzielania świadczeń, czynności laboratoryjnej diagnostyki mikrobiologicznej.	0,005
3	Świadczenia, wydawanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej, potwierdzającego udział w programie międzylaboratoryjnej oceny jakości badań laboratoryjnych w zakresie chemii klinicznej medycznego laboratorium diagnostycznego, będącego jednostką organizacyjną świadczeniodawcy, zapewniającego realizację w lokalizacji udzielania świadczeń, czynności diagnostyki laboratoryjnej.	0,005
W odniesieniu do pkt 4-8, zmiana parametrów świadczeń opieki zdrowotnej sprawozdawanych w ryczałcie w okresie obliczeniowym, w porównaniu do okresu porównawczego, obliczona na podstawie dokumentów rozliczeniowych ¹⁾ :		
4 ²⁾	Wzrost liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych, o co najmniej 10%.	0,01
5 ²⁾	Spadek liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych	-0,01

	powyżej 5%.	
6 ²⁾	W przypadku poziomów szpitali III stopnia i ogólnopolskiego: wzrost średniej wartości hospitalizacji, w jednostkach sprawozdawczych, powyżej 3%.	0,015
7 ²⁾	W przypadku poziomów szpitali III stopnia i ogólnopolskiego: spadek średniej wartości hospitalizacji, w jednostkach sprawozdawczych, powyżej 3%.	-0,01
8 ³⁾	Wzrost współczynnika ponownych hospitalizacji (iloraz liczby ponownych hospitalizacji do liczby hospitalizacji), w czasie krótszym niż 30 dni, powyżej 5%.	-0,01

¹⁾ – współczynniki mają zastosowanie od trzeciego okresu rozliczeniowego określonego w umowie, o której mowa w art. 159a ustawy.

²⁾ – obliczona z uwzględnieniem wartości względnych odpowiadających tym świadczeniom wyrażonych w punktach, obowiązujących, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy, w okresie porównawczym.

³⁾ – za ponowną hospitalizację uznaje się kolejną hospitalizację z powodu określonego przez dane rozpoznanie lub daną procedurę. Przy wyliczaniu wskaźnika nie uwzględnia się hospitalizacji z powodu choroby nowotworowej.

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie wydawane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, określa sposób ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „ryczałtem”.

Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), tzw. ustawa o sieci szpitali, wprowadziła do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną w postaci systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, który będzie główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego.

Zgodnie z rozwiązaniami ustawowymi finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia będzie oparte w znacznej mierze na finansowaniu ryczałtowym obejmującym łącznie wszystkie profile, rodzaje i zakresy, w ramach których świadczeniodawca udziela świadczeń w systemie zabezpieczenia (np. łącznie ambulatoryjne leczenie specjalistyczne, leczenie szpitalne i rehabilitację). Przyjmując ryczałtową formę rozliczania kosztów świadczeń, odstąpiono bowiem od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w ramach jednej kwoty całości opieki udzielanej pacjentom w danym okresie rozliczeniowym. Niniejszy projekt rozporządzenia określa sposób ustalania ryczałtu.

W § 3 ust. 1 rozporządzenia określa się wzory obliczania ryczałtu dla danego świadczeniodawcy posiadającego umowę w ramach systemu zabezpieczenia, który zawiera zmienne dotyczące tego świadczeniodawcy, jak również zmienne obliczane dla danego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, na podstawie danych odnoszących się do wszystkich świadczeniodawców tego oddziału wojewódzkiego, dla których oblicza się ryczałt.

Podstawowy wzór na obliczanie ryczałtu zawiera trzy zmienne:

- 1) prognozowaną cenę jednostki sprawozdawczej, określaną przez dany oddział wojewódzki Funduszu w planie zakupu;
- 2) skorygowaną liczbę jednostek sprawozdawczych;

3) wskaźnik Q_l będący współczynnikiem korygującym o charakterze jakościowym (obliczanym dla świadczeniodawcy, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 13).

Skorygowana liczba jednostek sprawozdawczych J jest obliczana dla danego świadczeniodawcy i zawiera trzy elementy:

- 1) A_l – podstawową liczbę jednostek sprawozdawczych;
- 2) N_l – ponadplanową liczbę jednostek sprawozdawczych;
- 3) U_l – dodatkową liczbę jednostek sprawozdawczych.

Element A_l ma zapewnić świadczeniodawcy gwarancję bezpieczeństwa finansowego w ramach systemu zabezpieczenia. W przypadku świadczeniodawcy, który w okresie obliczeniowym sprawozdał świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie niższym niż planowany, liczba A_l jest obliczana przez uwzględnienie sprawozdanej z tego okresu liczby jednostek rozliczeniowych. Przy czym w danym przypadku poziom planowany ustala się na poziomie nie mniejszym niż 98 %. Oznacza to, że daje się świadczeniodawcom „bufor bezpieczeństwa” w przedziale 98% - 100% w zakresie wykonywania świadczeń, co uzasadnione jest zmianą sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie. Wartość 98 % jest zaobserwowanym najniższym poziomem wykonania planowanych przez NFZ kosztów świadczeń szpitalnych, w ostatnich 5 latach. Wartości te będą analizowane po wdrożeniu zmiany, na podstawie sprawozdań świadczeniodawców za kolejne okresy rozliczeniowe.

W przypadku świadczeniodawcy, który w okresie obliczeniowym sprawozdał świadczenia na poziomie planowanym lub wyższym (w danym przypadku wykonał 98 % lub więcej), liczba A_l jest obliczana przy uwzględnieniu wyliczonej liczbę jednostek rozliczeniowych P_l .

Liczba P_l jest wyliczana na podstawie wzoru określonego w projektowanym § 3 ust. 1 pkt 5. Jeżeli okresem obliczeniowym będzie pierwszy okres rozliczeniowy systemu zabezpieczenia (czyli IV kwartał 2017 r.), liczba P_l zostanie obliczona przy uwzględnieniu wartości ryczałtu świadczeniodawcy na pierwszy okres rozliczeniowy, średniej ceny jednostki rozliczeniowej w tym okresie określonej w planie zakupu danego oddziału wojewódzkiego oraz liczby B_l^+ i B_l^- . Jeżeli okresem obliczeniowym będzie każdy kolejny okres (inny niż pierwszy okres rozliczeniowy systemu zabezpieczenia) liczba P_l zostanie obliczona przy uwzględnieniu: liczby J_l (czyli skorygowanej liczby jednostek

sprawozdawczych, która została obliczona dla danego świadczeniodawcy, na podstawie tego rozporządzenia, w poprzednim okresie) oraz liczby B_l^+ i B_l^- . Liczby B zostały szczegółowo opisane w słowniczku do rozporządzenia i ich wystąpienie ma raczej charakter incydentalny. Liczba B_l^- - jest to liczba jednostek sprawozdawczych świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych, przez świadczeniodawcę l , w okresie obliczeniowym, w zakresie dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej, które były finansowane w ramach ryczału w okresie obliczeniowym i jednocześnie nie będą finansowane w ramach ryczału w okresie planowania, u świadczeniodawcy l , w związku ze zmianą kwalifikacji wskazaną art. 159a ust. 2 ustawy lub zmianą przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy. Liczba B_l^+ - jest to liczba jednostek sprawozdawczych świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych, przez świadczeniodawcę l , w okresie obliczeniowym, w zakresie dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej, które nie były finansowane w ramach ryczału w okresie obliczeniowym i jednocześnie będą finansowane w ramach ryczału w okresie planowania, u świadczeniodawcy l , w związku ze zmianą przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy.

Dla przykładu, jeżeli ryczałt będzie ustalany na trzeci okres rozliczeniowy dla świadczeniodawcy, u którego wartości liczb B_l^+ i B_l^- wyniosą 0, jego liczba P_l będzie taka sama jak skorygowana liczba jednostek sprawozdawczych J_l , która została obliczona dla tego świadczeniodawcy, na podstawie tego rozporządzenia, w poprzednim okresie.

W tej części wzoru, w której jest wyliczany element A_l , stosuje się ponadto korektę współczynnikami zmian wartości względnych świadczeń ΔT_l . Współczynnik ten jest wyliczany w związku z koniecznością uwzględnienia zmian w wycenie względnej świadczeń opieki zdrowotnej. Proces zmian w tym zakresie jest zjawiskiem ciągłym i niezależnym od danego świadczeniodawcy, w związku z tym powinien być uwzględniony przy wyliczaniu ryczału na okres następny.

W tej części wzoru, w której jest wyliczany element A_l , może nastąpić również zmniejszenie albo zwiększenie liczby jednostek sprawozdawczych przez wartość D_l , co wynika z przepisów art. 136c ust. 4 ustawy: zmniejszenie – jeżeli planowane jest zmniejszenie liczby wykonywanych świadczeń w związku z sytuacjami określonymi w tym przepisie ustawowym (np. świadczeniodawca zgłosił przerwę w udzielaniu świadczeń i w związku z tym planuje się zmniejszenie liczby wykonywanych świadczeń), zwiększenie –

jeżeli planowane jest zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń w związku z sytuacjami określonymi w tym przepisie ustawowym (np. po przerwie w wykonywaniu świadczeń związanej z remontem planuje się zwiększenie liczby świadczeń do poziomu przed przerwą).

Z części wzoru, w której jest wyliczany element A_l wynika, że świadczeniodawca, który wykona świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie planowanym (lub większym) otrzyma, co do zasady, takie same środki finansowe jak w okresie poprzedzającym. Natomiast świadczeniodawca, który wykona świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie niższym niż planowany – środki finansowe w wysokości proporcjonalnej do poziomowi wykonania.

Element N_l ma na celu przydzielenie dodatkowych punktów świadczeniodawcom, którzy w okresie obliczeniowym sprawozdali świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie wyższym niż planowany. Liczba tych ponadplanowych punktów N_l^+ jest uzależniona od liczby punktów, które w tym samym okresie były planowane, ale nie zostały sprawozdane N_l^- , wśród świadczeniodawców z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Jeżeli w danym oddziale wojewódzkim Funduszu łączna liczba N_l^- jest wyższa od łącznej liczby N_l^+ , świadczeniodawcy, który w okresie obliczeniowym sprawozdał świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie wyższym niż planowany, zostaną przydzielone dodatkowe punkty w wysokości wyliczonej dla niego liczby N_l^+ . Natomiast, jeżeli w danym oddziale wojewódzkim Funduszu łączna liczba N_l^- będzie niższa od łącznej liczby N_l^+ , świadczeniodawcy, który w okresie obliczeniowym sprawozdał świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie wyższym niż planowany, zostaną przydzielone dodatkowe punkty w wysokości wyliczonej dla niego liczby N_l^+ , skorygowanej relacją łącznej liczby N_l^- do łącznej liczby N_l^+ w danym oddziale wojewódzkim Funduszu. Liczba N_l^+ jest wyliczana jako przyrost liczby punktów danego świadczeniodawcy, skorygowany współczynnikami zmiany liczby jednostek sprawozdawczych I_l oraz ΔL_l . Współczynnik I_l ma działanie degresywne dla wyników krańcowych i jest obliczany dla danego świadczeniodawcy zgodnie z tabelą nr 1 załącznika do rozporządzenia. Użycie tych współczynników w danym przypadku spowoduje, że przy wyższym wykonaniu świadczeń w przedziale do 102% nie będzie się dokonywało dodatkowej korekty, natomiast po przekroczeniu tego progu wraz ze wzrostem ponadplanowych jednostek sprawozdawczych ich względna wartość będzie malała.

Element U_l ma na celu przydzielenie dodatkowych punktów świadczeniodawcom w sytuacji prognozowanego przez oddział wojewódzki Funduszu wzrostu liczby sprawozdawanych świadczeń. W planie zakupu danego oddziału wojewódzkiego Funduszu

zostanie podany współczynnik prognozowanej stopy wzrostu liczby świadczeń opieki zdrowotnej, na okres planowania. Liczba punktów przydzielonych świadczeniodawcy w tej części wzoru jest uzależniona od: sumy wyliczonej liczby punktów A_l+N_l wszystkich świadczeniodawców (opisano powyżej) oraz współczynnika d - determinującego pulę dodatkowych punktów w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, oraz udziału danego świadczeniodawcy. Udział danego świadczeniodawcy jest wyliczany jako iloraz jego liczby punktów A_l+N_l skorygowanych współczynnikiem I_l oraz sumy liczby punktów A_l+N_l skorygowanych współczynnikiem I_l , wyliczonej dla wszystkich świadczeniodawców. Współczynnik I_l , jak wskazano powyżej, ma działanie degresywne dla wyników krańcowych, co w danym przypadku oznacza, że w większym stopniu będzie korygował przypadki, kiedy występuje większe niewykonanie albo większe wykonanie ponad poziom planowany.

Współczynnik Q_l jest współczynnikiem korygującym związanym z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i ma na celu promowanie określonych sposobów udzielania świadczeń. Współczynnik ten jest sumą parametrów charakteryzujących zmiany, jakie zaszły w sposobie udzielania świadczeń (np. wzrost udziału świadczeń ambulatoryjnych), jak również parametrów statycznych odnoszących się do posiadania akredytacji lub odpowiedniego świadectwa wydawanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej lub Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej. W związku z tym zmianie ulegnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1665) oraz odpowiednie zarządzenia Ministra Zdrowia regulujące działalność ww. Ośrodków - w zakresie dotyczącym doprecyzowania kwestii związanych z wydawaniem ww. świadectw. Parametry te zostały przedstawione

w tabeli nr 2 załącznika do rozporządzenia. Przyjęto założenie, że wartość współczynnika Q_l nie może być wyższa niż 1,05. Ograniczenie wpływu tego wskaźnika jest uzasadnione zmianą sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie. Wartość ta będzie analizowana po wdrożeniu zmiany, na podstawie sprawozdań świadczeniodawców za kolejne okresy rozliczeniowe. Prowadzone będą również prace nad poszerzeniem listy wskaźników.

W § 3 w ust. 2 rozporządzenia jest uregulowana sytuacja szczególna, która wynika z uwarunkowań praktycznych – pod koniec okresu obliczeniowego, kiedy będzie ustalana wartość ryczałtu na okres planowania, nie będzie jeszcze kompletnych danych sprawozdawczych dotyczących okresu obliczeniowego. Wtedy wartość ryczałtu na dany okres planowania zostanie wstępnie ustalona w wysokości ryczałtu z okresu obliczeniowego, z uwzględnieniem współczynnika porównującego długości okresów rozliczeniowych. Po otrzymaniu przez dany oddział wojewódzki Funduszu od świadczeniodawców pełnych danych, będzie obliczana dla danego świadczeniodawcy, zgodnie z ust. 1 tego paragrafu, ostateczna wartość ryczałtu na dany okres rozliczeniowy, która zastąpi wartość wstępną w umowie ze świadczeniodawcą.

Mając na uwadze, że część parametrów wykorzystywanych w przedstawionym wzorze wyliczania ryczałtu będzie wynikała ze sprawozdań, natomiast część parametrów będzie wyliczana dla całego oddziału wojewódzkiego Funduszu uwzględniając jego możliwości finansowe, łączna wysokość obliczonych ryczałtów będzie mieściła się w środkach finansowych zaplanowanych w tym zakresie.

Zaproponowana metodologia zapewni realizację zasad określania ryczałtu, zawartych w art. 136c ustawy.

Proponuje się wejście w życie projektowanych regulacji z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Takie wejście w życie projektowanych rozwiązań nie będzie sprzeczne z zasadami demokratycznego państwa prawnego. Ważnym interesem państwa uzasadniającym brak *vacatio legis* w odniesieniu do tego rozporządzenia jest potrzeba jak najwcześniejszego przekazanie świadczeniodawcom informacji o zasadach ustalania ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe. Jest to również zgodne z interesem podmiotów będących beneficjentami tych środków.

Projekt może mieć wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców, jeżeli zostały zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia oraz udzielają świadczeń finansowanych w formie ryczałtu. Wpływ ten może polegać na ustaleniu, na określonym poziomie, przychodów tych podmiotów z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach ryczałtu. Wpływ ten będzie zależny przede wszystkim od liczby i struktury świadczeń, które będą udzielane przez te podmioty. Z części wzoru, w której jest wyliczany element *A*, który ma zapewnić świadczeniodawcy gwarancję bezpieczeństwa finansowego w ramach systemu zabezpieczenia, wynika, że

świadczeniodawca, który wykona świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie planowanym (lub większym) otrzyma, co do zasady, takie same środki finansowe jak w okresie poprzedzającym. Natomiast świadczeniodawca, który wykona świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie niższym niż planowany – środki finansowe w wysokości proporcjonalnej do poziomu wykonania. Natomiast możliwość otrzymania w ramach ryczału wyższych środków niż w okresie odniesienia będzie zależna od liczby i struktury świadczeń udzielonych przez dany podmiot oraz odpowiednich środków finansowych dostępnych na finansowanie świadczeń w formie ryczału.

Kwestie regulowane w projektowanym rozporządzeniu nie są objęte prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.). W związku z tym nie podlega notyfikacji.

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

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.