Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania wysokości współczynników korygujących oraz wysokości ryczałtu dla ośrodka koordynującego **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pani Katarzyna Kęcka, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pani Agnieszka Molenda-Wiśniewska, Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej w Ministerstwie Zdrowia, tel. +48 22 530 02 38, e-mail: dep-ok@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 19.06.2026 **Źródło:** art. 37 ustawy z dnia z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz. 779) **Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia** MZ 1903

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania wysokości współczynników korygujących oraz wysokości ryczałtu dla ośrodka koordynującego stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 37 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej, zwanej dalej „ustawą o KSK", zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania wysokości współczynników korygujących, o których mowa w art. 34 ust. 2 ustawy o KSK, oraz sposób ustalania wysokości ryczałtu, o którym mowa w art. 35 ust. 1 ustawy o KSK. Regulacje te mają na celu zapewnienie poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia oraz podniesienie jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie określa sposób ustalania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ", corocznie wysokości ryczałtu dla ośrodka koordynującego funkcjonowanie Krajowej Sieci Kardiologicznej, zwanej dalej „KSK" oraz sposób ustalania współczynników korygujących dla ośrodków kardiologicznych zakwalifikowanych do KSK.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji i oczekiwany efekt

Projektowane rozporządzenie stanowi element wdrożenia modelu finansowania opieki kardiologicznej opartego na jakości i efektach zdrowotnych, określonego w ustawie o Krajowej Sieci Kardiologicznej.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami, ryczałt dla ośrodka koordynującego jest formą finansowania realizacji zadań określonych w art. 23 ustawy o KSK, w szczególności w zakresie zapewnienia organizacji, monitorowania oraz doskonalenia jakości opieki kardiologicznej na poziomie systemowym.

Współczynniki korygujące określają natomiast wartość mnożnika stosowanego do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach KSK. Mechanizm ten pozwala na powiązanie poziomu finansowania świadczeniodawców z osiąganymi przez nich wynikami w zakresie jakości opieki, mierzonej poprzez wskaźniki jakości opieki kardiologicznej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy o KSK.

Rekomendowane rozwiązanie opiera się na zastosowaniu komplementarnych narzędzi interwencji, obejmujących:

1) mechanizm finansowy oparty na współczynnikach korygujących, uzależniający wysokość finansowania świadczeń od stopnia osiągnięcia wartości docelowych wskaźników jakości opieki;
2) ryczałt dla ośrodka koordynującego, zapewniający stabilne finansowanie funkcji systemowych, w tym koordynacji, nadzoru merytorycznego oraz analizy danych;
3) wykorzystanie danych sprawozdawczych przekazywanych w ramach elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej jako podstawowego narzędzia monitorowania jakości i efektywności opieki;
4) powiązanie systemu finansowania ze standardami organizacyjnymi i klinicznymi KSK oraz obowiązkiem raportowania wskaźników jakości.

Zastosowanie powyższych instrumentów prowadzi do zmiany modelu finansowania opieki kardiologicznej z modelu opartego przede wszystkim na liczbie realizowanych świadczeń na model ukierunkowany na efekty zdrowotne, jakość i ciągłość opieki nad pacjentem.

Oczekiwanym efektem wdrożenia rozwiązań wynikających z ustawy o KSK jest w szczególności:

1) poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń opieki kardiologicznej, w tym redukcja zdarzeń niepożądanych i poprawa wyników leczenia;
2) zwiększenie efektywności wykorzystania środków publicznych poprzez premiowanie świadczeniodawców osiągających najlepsze wyniki jakościowe;
3) wzmocnienie koordynacji opieki kardiologicznej oraz zapewnienie ciągłości ścieżki pacjenta między poziomami KSK;
4) zwiększenie przejrzystości systemu finansowania poprzez oparcie go na mierzalnych i weryfikowalnych wskaźnikach jakości;
5) ograniczenie nierówności w dostępie do wysokiej jakości opieki kardiologicznej poprzez standaryzację i monitorowanie procesów leczenia.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie, zwanym dalej „NIKARD-PIB”	1	ustawa o KSK	możliwość realizacji zadań określonych w art. 23 ustawy o KSK
podmioty lecznicze	23 034 podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w trybie leczenie stacjonarne, ambulatoryjne (według funkcji ochrony zdrowia HC 1.1-1.3); 8 353 podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rehabilitacji (według funkcji ochrony zdrowia HC 2.1-2.4, 2.9); 2949 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (według funkcji ochrony zdrowia HC 3.1-3.4).	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (niektóre podmioty mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w więcej niż jednym trybie)	poprawa organizacji systemu opieki kardiologicznej, wprowadzenie systemu wspierającego poprawę jakości opieki kardiologicznej
NFZ	1	ustawa o KSK	1) ustalanie wysokości ryczałtu dla NIKARD-PIB, 2) zastosowanie obliczonych współczynników korygujących przy

			rozliczaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki kardiologicznej.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone pre-konsultacje projektu rozporządzenia.
Projekt zostanie przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania z 21-dniowym terminem na zgłaszanie uwag m.in. następującym podmiotom:

1) samorządy zawodów medycznych:
   a) Naczelna Rada Lekarska,
   b) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
   c) Naczelna Rada Aptekarska,
   d) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych,
   e) Krajowa Rada Fizjoterapeutów,
   f) Krajowa Rada Ratowników Medycznych.
2) wojewodowie;
3) marszałkowie województw;
4) stowarzyszenia zawodów medycznych i związki zawodowe:
   a) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
   b) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
   c) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
   d) NSZZ „Solidarność-80”,
   e) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
   f) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
   g) NSZZ „Solidarność”,
   h) Forum Związków Zawodowych,
   i) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia,
   j) Kolegium Lekarzy Rodzinnych,
   k) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce.
5) organizacji pracodawców:
   a) Federacja Przedsiębiorców Polskich,
   b) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”,
   c) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
   d) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych,
   e) Związek Rzemiosła Polskiego,
   f) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej,
   g) Konfederacja „Lewiatan”,
   h) Związek Pracodawców Business Centre Club,
   i) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców.
6) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
7) Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
8) Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
9) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii;
10) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej;
11) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiochirurgii;
12) Konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
13) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych;
14) Konsultant krajowy w dziedzinie hipertensjologii;
15) Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej;
16) Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego;
17) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii naczyniowej;
18) Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii;
19) Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii;
20) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej;
21) Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia;
22) Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie;
23) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy;

24) Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy;
25) Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka";
26) Polskie Towarzystwo Gospodarcze;
27) Polskie Towarzystwo Kardiologiczne;
28) Polskie Towarzystwo Kardio-Torakochirurgów;
29) Towarzystwo Prawa Medycznego;
30) Rzecznik Praw Pacjenta;
31) Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
32) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
33) Organizacji zrzeszających pacjentów, do których zadań statutowych należy ochrona praw chorych na choroby układu krążenia;
34) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
35) Rady Dialogu Społecznego;
36) Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677, z późn. zm.) projekt rozporządzenia został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt rozporządzenia został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404).

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną przedstawione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania, który zostanie załączony do niniejszej oceny skutków regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2026 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
Wydatki ogółem												
plan finansowy NFZ w zakresie sfinansowania ryczałtu dla ośrodka koordynującego oraz współczynników korygujących												
JST												
Saldo ogółem												
plan finansowy NFZ w zakresie sfinansowania ryczałtu dla ośrodka koordynującego oraz współczynników korygujących												
JST												

Źródła finansowania	Projekt rozporządzenia nie wpływa na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa, gdyż stanowi on realizację upoważnienia zawartego w art. 37 ustawy o KSK, określając jedynie sposób ustalania przez Prezesa NFZ wysokości ryczałtu dla ośrodka koordynującego funkcjonowanie KSK oraz sposób ustalania współczynników korygujących dla ośrodków kardiologicznych zakwalifikowanych do KSK.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i	

przyjętych do obliczeń założeń	

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z …… r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							

W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projekt rozporządzenia pozwoli na powiązanie jakości realizowanej opieki kardiologicznej z przychodami z tytułu realizacji umów z NFZ.
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt rozporządzenia pozwoli na powiązanie jakości realizowanej opieki kardiologicznej z przychodami z tytułu realizacji umów z NFZ.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe, osoby starsze i niepełnosprawne	Finansowanie zadań realizowanych przez NIKARD-PIB pozwoli wypracować standardy oraz aktualizować wytyczne postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz organizacyjno-jakościowego w zakresie kardiologii. Ponadto, wprowadzenie mechanizmu współczynników korygujących, uzależniających poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej od stopnia osiągnięcia docelowych wartości wskaźników jakości opieki kardiologicznej, wzmacnia bodźce systemowe ukierunkowane na poprawę efektów leczenia i organizacji opieki. Powiązanie finansowania z wynikami jakościowymi prowadzi do premiowania świadczeniodawców zapewniających wysoką skuteczność diagnostyki i terapii, terminowość realizacji świadczeń oraz ciągłość opieki nad pacjentem. W konsekwencji wypracowane standardy i wprowadzony mechanizm finansowania świadczeń uzależniony od poziomu jakości leczenia będzie bezpośrednio wpływać na sytuację rodzin, obywateli oraz gospodarstw domowych, poprzez zwiększenie dostępności do świadczeń o potwierdzonej jakości, ograniczenie ryzyka powikłań i rehospitalizacji oraz poprawę długoterminowych wyników zdrowotnych pacjentów.
	osoby starsze i niepełnosprawne	Finansowanie zadań realizowanych przez NIKARD-PIB pozwoli wypracować standardy oraz aktualizować wytyczne postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz organizacyjno-jakościowego w zakresie kardiologii. Ponadto, wprowadzenie mechanizmu współczynników korygujących, uzależniających poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej od stopnia osiągnięcia docelowych wartości wskaźników jakości opieki kardiologicznej, wzmacnia bodźce systemowe ukierunkowane na poprawę efektów leczenia i organizacji opieki. Powiązanie finansowania z wynikami jakościowymi prowadzi do premiowania świadczeniodawców zapewniających wysoką skuteczność diagnostyki i terapii, terminowość realizacji świadczeń oraz ciągłość opieki nad pacjentem. W konsekwencji wypracowane standardy i wprowadzony mechanizm finansowania świadczeń uzależniony od poziomu jakości leczenia będzie bezpośrednio wpływać na sytuację osób starszych i osób z niepełnosprawnościami, poprzez zwiększenie dostępności do świadczeń o potwierdzonej jakości, ograniczenie ryzyka powikłań i rehospitalizacji oraz poprawę długoterminowych wyników zdrowotnych pacjentów.
Niemierzalne		

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne: …	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne: …
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy

Komentarz: brak.

9. Wpływ na rynek pracy

Brak wpływu na rynek pracy, realizacja zadań w ramach NIKARD-PIB odbywać się będzie w ramach zasobów własnych NIKARD-PIB.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie

Omówienie wpływu	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie przewiduje się przeprowadzania ewaluacji.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.