

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

z dnia ..... 2026 r.

**w sprawie sposobu ustalania wysokości współczynników korygujących oraz wysokości ryczałtu dla ośrodka koordynującego**

Na podstawie art. 37 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz.779) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa sposób ustalania:

- 1) wysokości współczynników korygujących, o których mowa w art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej, zwanej dalej „ustawą o KSK”, oraz
- 2) wysokości ryczałtu, o którym mowa w art. 35 ust. 1 ustawy o KSK, dla ośrodka koordynującego funkcjonowanie Krajowej Sieci Kardiologicznej, zwanego dalej „ośrodkiem koordynującym”.

**§ 2.** 1. Wysokość współczynnika korygującego, o którym mowa w art. 34 ust. 2 ustawy o KSK, ustala się według wzoru:

$$W_K = 1 + \delta \times (W_{KL} + W_{ZA})$$

gdzie:

$W_K$  – oznacza łączny współczynnik dla danego ośrodka kardiologicznego, z ograniczeniem  $W_K \leq 1,25$ ,

$W_{KL}$  – oznacza komponent kliniczny obliczany na podstawie wskaźników klinicznych (średnia ważona liczbą pacjentów),

$W_{ZA}$  – oznacza komponent zarządczy obliczany na podstawie wskaźników zarządczych (średnia arytmetyczna),

$\delta$  – oznacza współczynnik skalujący, który kontroluje wpływ składników korygujących.

2. Wartość komponentu klinicznego oblicza się przez zastosowanie wzoru wykorzystującego średnią ważoną liczbą pacjentów:

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004)

$$W_{KL} = \alpha_{KL} \times \frac{\sum_{i=1}^{N_{KL}} (P_i \times U'_i)}{\sum_{i=1}^{N_{KL}} P_i}$$

gdzie:

$\alpha_{KL}$  – oznacza wagę komponentu klinicznego,

$P_i$  – oznacza liczbę świadczeniobiorców (pacjentów) w ośrodku kardiologicznym, których dotyczy i-ty wskaźnik kliniczny. Ważenie liczbą pacjentów zapewnia, że wskaźniki obejmujące większą populację mają proporcjonalnie większy wpływ na ocenę ośrodka,

$U'_i$  – oznacza zeskalowaną wartość i-tego wskaźnika klinicznego,

$N_{KL}$  – oznacza liczbę wskaźników klinicznych mających zastosowanie do danego ośrodka (uwzględniając stratyfikację wg poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej).

3. Wartość komponentu zarządczego oblicza się zgodnie ze wzorem wykorzystującym średnią arytmetyczną:

$$W_{ZA} = \alpha_{ZA} \times \frac{\sum_{j=1}^{N_{ZA}} U'_j}{N_{ZA}}$$

gdzie:

$\alpha_{ZA}$  – oznacza wagę komponentu zarządczego,

$U'_j$  – oznacza zeskalowaną wartość j-tego wskaźnika zarządczego,

$N_{ZA}$  – oznacza liczbę wskaźników zarządczych mających zastosowanie do danego ośrodka (uwzględniając stratyfikację wg poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej).

4. Zeskalowany wskaźnik z obszaru klinicznego (i) oraz z obszaru zarządczego (j) oblicza się według tego samego wzoru (stratyfikacja wg poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej):

$$U'_i = (U_i - T_{0,i}) \div (T_{1,i} - T_{0,i})$$

$$U'_j = (U_j - T_{0,j}) \div (T_{1,j} - T_{0,j})$$

Każdy wskaźnik sprowadza się do jednolitej skali za pomocą uniwersalnego wzoru — z przyjęciem wartości ze zbioru [0; 1]:

$$U'_i \in [0;1]$$

Jeżeli  $U'_i > 1$ , przyjmuje się 1.

Jeżeli  $U_i < 0$ , przyjmuje się 0.

$$U'_j \in [0;1]$$

Jeżeli  $U'_j > 1$ , przyjmuje się 1.

Jeżeli  $U_j < 0$ , przyjmuje się 0.

gdzie:

$U'_i$  – oznacza zeskalowaną wartość i-tego wskaźnika klinicznego, znormalizowaną do wartości liczb ze zbioru [0; 1],

$U_i$  – oznacza bazową (zmierzoną) wartość i-tego wskaźnika klinicznego w danym ośrodku KSK,

$T_{0,i}$  – oznacza wartość minimalną z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2026 r. w sprawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej (Dz. U. poz. 134), wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy o KSK, przy której i-ty wskaźnik kliniczny uzyskuje wynik 0 (brak spełnienia),

$T_{1,i}$  – oznacza wartość docelową z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2026 r. w sprawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej (Dz. U. poz. 134), wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy o KSK, przy której i-ty wskaźnik kliniczny uzyskuje wynik 1 (pełne spełnienie),

oraz:

$U'_j$  – oznacza zeskalowaną wartość j-tego wskaźnika zarządczego, znormalizowaną do wartości liczb ze zbioru [0; 1],

$U_j$  – oznacza bazową (zmierzoną) wartość j-tego wskaźnika zarządczego w danym ośrodku KSK,

$T_{0,j}$  – oznacza wartość minimalną z rozporządzenia - wartość, przy której j-ty wskaźnik zarządczy uzyskuje wynik 0 (brak spełnienia),

$T_{1,j}$  – oznacza wartość docelową z rozporządzenia — wartość, przy której j-ty wskaźnik zarządczy uzyskuje wynik 1 (pełne spełnienie).

5. Ustalenie wysokości współczynnika korygującego, o którym mowa w art. 34 ust. 2 ustawy o KSK, odbywa się z wykorzystaniem danych obejmujących pełny rok kalendarzowy poprzedzający rok, w którym sporządzane są obliczenia, według stanu na dzień ich sporządzenia, po ich weryfikacji przez ośrodek koordynujący we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 3. 1. Wysokość rocznego ryczałtu dla ośrodka koordynującego ustala się według wzoru:

$$R = P + 12 \sum_{i=1}^n (H_i \times S_i)$$

gdzie:

$R$  – oznacza wysokość rocznego ryczałtu dla ośrodka koordynującego,

$n$  – oznacza liczbę osób zatrudnionych w ośrodku koordynującym na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, niezbędnych do realizacji zadań określonych w art. 23 ustawy o KSK,

$H_i$  – oznacza liczbę godzin w miesiącu stanowiącą średnią arytmetyczną liczby godzin w danym roku kalendarzowym, przeznaczanych przez osoby zatrudnione w ośrodku koordynującym na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, na realizację zadań określonych w art. 23 ustawy o KSK,

$S_i$  – oznacza przeciętne wynagrodzenie osób zatrudnionych w ośrodku koordynującym na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, na realizację zadań określonych w art. 23 ustawy o KSK, w przeliczeniu na godzinę, obliczane na podstawie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203).

$P$  – oznacza pozostałe koszty osobowe i nieosobowe, w tym rzeczowe, niezbędne do realizacji poszczególnych zadań, o których mowa w art. 23 ustawy o KSK.

2. Wysokość ryczałtu dla ośrodka koordynującego ustala się z wykorzystaniem aktualnych na dzień jego ustalenia obliczeń, o których mowa w art. 35 ust. 2 ustawy o KSK.

§ 4. Wysokość rocznego ryczałtu dla ośrodka koordynującego za 2026 r. oblicza się za cały rok zgodnie ze wzorem określonym w § 3 ust. 1.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,  
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM  
Melanie Raczek-Żeromska  
Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia  
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania wysokości współczynników korygujących oraz wysokości ryczałtu dla ośrodka koordynującego stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 37 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz. 779), zwanej dalej „ustawą”.

Zgodnie z powyższym przepisem minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania wysokości współczynników korygujących, o których mowa w art. 34 ust. 2 ustawy, oraz sposób ustalania wysokości ryczałtu, o którym mowa w art. 35 ust. 1 ustawy, mając na uwadze poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia oraz jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Regulacje te mają na celu zapewnienie poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia oraz podniesienie jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Zaproponowany w projekcie rozporządzenia sposób ustalania wysokości współczynników korygujących oraz sposób ustalania wysokości ryczałtu dla ośrodka koordynującego, którym jest Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie, zwany dalej „NIKARD-PIB”, został przygotowany w oparciu o materiał analityczny przekazany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

### **Wysokość współczynników korygujących:**

Wysokość współczynników korygujących obliczana jest według wzoru opracowanego przez AOTMiT, z wykorzystaniem wartości minimalnych i docelowych wskaźników kardiologicznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2026 r. w sprawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej (Dz. U. poz. 134), wydanym na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy. Współczynniki korygujące zgodnie z art. 34 ust. 2 ustawy będą wykorzystywane do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących opieki kardiologicznej realizowanych przez ośrodki kardiologiczne.

Współczynnik korygujący jest kompleksowym miernikiem wykorzystywanym do regulacji wsparcia finansowego w opiece kardiologicznej. Wysokość (łącnego) współczynnika korygującego wynika z połączenia komponentu klinicznego (obliczanego na podstawie wskaźników klinicznych) i zarządczego (obliczanego na podstawie wskaźników

zarządczych). Przy czym określany wzór zawiera ograniczenie, o którym mowa w art. 34 ust. 3 ustawy (współczynnik korygujący wynosi nie więcej niż 1,25).

W projekcie rozporządzenia zastosowano uniwersalny wzór skalowania, który normalizuje dwa typy wskaźników, tj. wskaźniki pozytywne (np. adherencja) i negatywne (np. śmiertelność, powikłania) – do jednolitej skali – z przyjęciem wartości ze zbioru  $[0; 1]$ . Zeskalowana wartość  $i$ -tego oraz  $j$ -tego wskaźnika ( $U'_i$  oraz  $U'_j$ ) obliczana jest na podstawie bazowej wartości  $i$ -tego oraz  $j$ -tego wskaźnika w danym ośrodku kardiologicznym oraz wartości minimalnych i docelowych wskaźników kardiologicznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2026 r. w sprawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej. Z tym że przy obliczeniach należy uwzględnić stratyfikację wg poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej (poziomy zabezpieczenia: pierwszy, drugi i trzeci).

Dodatkowo należy zauważyć, że współczynniki korygujące mają pełnić rolę motywacyjną, która ma na celu zachęcenie podmiotów leczniczych do zachowania wysokich standardów jakości realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej.

#### **Wysokość ryczałtu dla NIKARD-PIB:**

Zgodnie z ww. art. 35 ustawy roczny ryczałt za realizację zadań ośrodka koordynującego przysługuje na rzecz podmiotu pełniącego tę funkcję, a jego wysokość corocznie ustala Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Obliczenia AOTMiT zostały opracowane na podstawie danych przekazanych przez NIKARD-PIB, dotyczących realizacji zadań określonych w art. 23 ustawy w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2026 r. Przy ustaleniu wysokości ryczałtu dla NIKARD-PIB uwzględniono koszty, o których mowa w art. 35 ust 3 ustawy, tj. koszty osobowe i nieosobowe, w tym rzeczowe, niezbędne do realizacji poszczególnych zadań. Jednocześnie przewidziano przepis, zgodnie z którym wysokość rocznego ryczałtu dla ośrodka koordynującego (tj. NIKARD-PIB) za 2026 r. oblicza się za cały rok zgodnie z określonym w projekcie rozporządzenia wzorem.

Zakłada się, że rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

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

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia 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, z późn. zm.) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływ na obszar danych osobowych. W związku z tym nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektu rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.