

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2017 r.

w sprawie sposobu ustalania ryczałtu 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 ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, o którym mowa w art. 95l ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

2. Wartości współczynników korygujących, o których mowa w § 2 pkt 12 i 30, 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 ryczałtu, którą jest punkt;
- 4) okres planowania ($i+1$) – okres rozliczeniowy, dla którego ustala się kwotę ryczałtu, 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) 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;
- 10) 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 wskazaną art. 159a ust. 2 ustawy lub zmianą przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy;
- 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 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;
- 12) a_l i b_l – współczynniki korygujące, obliczane dla świadczeniodawcy l , na podstawie tabeli nr 1 określonej w załączniku do rozporządzenia;
- 13) C_{i+1} – prognozowana cena jednostki sprawozdawczej na okres planowania, określona w planie zakupu;
- 14) C_0 – cena jednostki sprawozdawczej w pierwszym okresie rozliczeniowym systemu zabezpieczenia, określona w planie zakupu;
- 15) D_l – dodatkowa korekta ryczałtu, 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;
- 16) d – współczynnik prognozowanej stopy wzrostu liczby świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu, 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) $J_{l,i+1}$ – 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;
- 19) $J_{l,i}$ – skorygowana liczba jednostek sprawozdawczych, która była obliczona dla świadczeniodawcy l , na okres obliczeniowy, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 2;
- 20) $K_{l,s,i+1}$ – współczynnik korygujący, odpowiadający świadczeniu s , dla świadczeniodawcy l , określony na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, obowiązujący w okresie planowania;
- 21) $K_{l,s,i}$ – współczynnik korygujący, odpowiadający świadczeniu s , dla świadczeniodawcy l , określony na podstawie przepisów wydanych 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 – 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 ryczałtu w okresie planowania;
- 24) l – oznacza l -tego świadczeniodawcę w danym oddziale wojewódzkim Funduszu ($l=1, \dots, n$), gdzie n jest liczbą świadczeniodawców w danym oddziale wojewódzkim Funduszu;
- 25) 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;
- 26) 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, jeżeli dla świadczeniodawcy l zachodzi $\Delta L_l \leq 1$, to przyjmuje się $N_l = 0$;
- 27) N_l^+ i N_l^- – wartości obliczane dla świadczeniodawcy l , na podstawie wzorów określonych w § 3 ust. 1 pkt 9 albo pkt 10, z dokładnością do czterech znaków po przecinku, z zastrzeżeniem, że nie są obliczane, jeżeli ΔL_l przyjmuje wartość $\langle 0,98-1,0 \rangle$;

- 28) 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
współczynnik jest obliczany w danym oddziale wojewódzkim jeśli dla przynajmniej jednego świadczeniodawcy l zachodzi $\Delta L_l < 0,98$ oraz dla przynajmniej jednego świadczeniodawcy zachodzi $\Delta L_l > 1$; w przeciwnym przypadku przyjmuje się, że $\Delta N_l = 0$;
- 29) P_l – liczba jednostek sprawozdawczych obliczana dla świadczeniodawcy l , w zależności od okresu rozliczeniowego, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 5;
- 30) Q_l – współczynnik korygujący (jakościowy) obliczany dla świadczeniodawcy l , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 13;
- 31) q_{lj} – jeden ze współczynników korygujących, związany z jakością procesu udzielania świadczeń, wyznaczany dla świadczeniodawcy l , na okres planowania, zgodnie z tabelą nr 2 określoną w załączniku do rozporządzenia, gdzie j oznacza j -ty wskaźnik q ($j=1, \dots, 10$);
- 32) $R_{l,i+1}$ – wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy l , na okres planowania, obliczana na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 2, z zaokrągleniem do najbliższej liczby całkowitej;
- 33) $R_{l,i}$ – wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy l , na okres obliczeniowy;
- 34) $R_{l,0}$ – 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);
- 35) $S_{(l,s)}$ – 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 ryczałtu w okresie planowania, gdzie s oznacza s -te świadczenie, ze zbioru świadczeń od 1 do m ($s=1, \dots, m$);
- 36) $T_{s,i+1}$ – wartość względna odpowiadająca danemu świadczeniu s , wyrażona w punktach, obowiązująca, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy, w okresie planowania jeżeli danemu świadczeniu s nie można przyporządkować dokładnej wartości względnej, przyjmuje się wartość względną dla świadczenia s najbardziej zbliżonego pod względem medycznym;
- 37) $T_{s,i}$ – wartość względna odpowiadająca danemu świadczeniu s , wyrażona w punktach, obowiązująca, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy, w

okresie obliczeniowym, jeżeli danemu świadczeniu s nie można przyporządkować dokładnej wartości względnej, przyjmuje się wartość względną dla świadczenia s najbardziej zbliżonego pod względem medycznym,

- 38) 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;
- 39) 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 ryczałtu dla świadczeniodawcy l , na okres planowania, ustala się na podstawie następujących wzorów:

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

$$2) J_{l,i+1} = k \times (A_l + N_l + U_l);$$

$$3) A_l = \begin{cases} L_l \times \Delta T_l + D_l, & \text{gdy } \Delta L_l < 0,98, \\ P_l \times \Delta T_l + D_l, & \text{gdy } \Delta L_l \geq 0,98; \end{cases}$$

$$4) \Delta L_l = L_l / P_l, \quad \text{z zastrzeżeniem, że jeżeli } P_l = 0, \text{ to } \Delta L_l = 1;$$

$$5) P_l = \begin{cases} R_{l,0} / C_0 + B_l^+ - B_l^-, & \text{gdy okresem obliczeniowym jest pierwszy} \\ J_{l,i} + B_l^+ - B_l^- & \text{okres rozliczeniowy systemu zabezpieczenia,} \\ & \text{w pozostałych przypadkach;} \end{cases}$$

$$6) \Delta T_l = \frac{\sum_{s=1}^m (S_{l,s} \times T_{s,i+1} \times K_{l,s,i+1})}{\sum_{s=1}^m (S_{l,s} \times T_{s,i} \times K_{l,s,i});}$$

$$7) N_l = \begin{cases} N_l^+ \times \Delta N, & \text{gdy } \Delta N < 1, \\ N_l^+, & \text{gdy } \Delta N \geq 1; \end{cases}$$

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

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

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

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

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

$$13) Q_l = 1 + \sum_{j=1}^{j=10} q_{l,j}, \text{ z zastrzeżeniem, że wartość nie może być większa niż 1,05.}$$

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

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego



Alina Budziszewska

10.08.2017r.



DYREKTOR
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego

Tomasz Pawłęga

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia

Piotr Gryza

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia

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

Tabela nr 1. Wartości współczynników 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 q_{ij}

| j | Charakterystyka współczynnika q_{ij} | Wartość współczynnika q_{ij} |
|---|--|--------------------------------|
| W odniesieniu do pkt 1-3, przekazanie, w okresie obliczeniowym, dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu dokumentu, ważnego w okresie obejmującym okres planowania: | | |
| 1 | Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, w zakresie leczenia szpitalnego, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016, poz. 2135), dotyczącej profili systemu zabezpieczenia, w tym: | |
| | - uzyskanej z wynikiem co najmniej 90 % możliwej do uzyskania liczby punktów albo | 0,02 |
| | - uzyskanej z wynikiem powyżej 80% i poniżej 90 % możliwej do uzyskania liczby punktów albo | 0,015 |
| | - uzyskanej z wynikiem poniżej 80 % możliwej do uzyskania liczby punktów; | 0,01 |
| 2 | Świadectwa Ogólnopolskiego Sprawdzianu Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych POLMICRO, wydawanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej, dotyczącego medycznego laboratorium diagnostycznego lub mikrobiologicznego, będącego jednostką organizacyjną świadczeniodawcy, zapewniającego realizację w lokalizacji udzielania świadczeń, czynności laboratoryjnej diagnostyki mikrobiologicznej. | 0,005 |
| 3 | Świadectwa programu międzylaboratoryjnej oceny jakości badań laboratoryjnych w zakresie chemii klinicznej, wydawanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej, dotyczącego 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 |

¹ Współczynniki mają zastosowanie od trzeciego okresu rozliczeniowego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

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

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



UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie wydawane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 136c ust. 6 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 zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ustawy.

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 tą ustawą 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 szczegółowy sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia, zwanego dalej „ryczałtem”.

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 oraz

3) wskaźnik Q 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 – podstawową liczbę jednostek sprawozdawczych,
- 2) N – ponadplanową liczbę jednostek sprawozdawczych oraz
- 3) U – dodatkową liczbę jednostek sprawozdawczych, .

Element A 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 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 %, co oznacza, że daje się świadczeniodawcom „bufor bezpieczeństwa” w przedziale 98% - 100% w zakresie wykonywania świadczeń.

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

Liczba P 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 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^+ i B^- . Jeżeli okresem obliczeniowym będzie każdy kolejny okres (inny niż pierwszy okres rozliczeniowy systemu zabezpieczenia) liczba P zostanie obliczona przy uwzględnieniu: liczby J (czyli skorygowanej liczby jednostek sprawozdawczych, która została obliczona dla danego świadczeniodawcy, na podstawie tego rozporządzenia, w poprzednim okresie) oraz liczby B^+ i B^- . Liczby B zostały szczegółowo opisane w słowniczku do rozporządzenia i ich wystąpienie ma raczej charakter incydentalny. Liczba B^- - jest to liczba jednostek sprawozdawczych świadczeń 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 I , 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^+ - jest to liczba jednostek sprawozdawczych świadczeń wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych, przez świadczeniodawcę I , w okresie obliczeniowym, w zakresie dotyczącym świadczeń, które nie były finansowane w ramach ryczału w okresie obliczeniowym i jednocześnie będą finansowane w ramach ryczału w okresie planowania, u świadczeniodawcy I , 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^+ i B^- wyniosą 0, jego liczba P będzie taka sama jak skorygowana liczba jednostek sprawozdawczych J , która została obliczona dla tego świadczeniodawcy, na podstawie tego rozporządzenia, w poprzednim okresie.

W tej części wzoru, w której jest wyliczany element A , stosuje się ponadto korektę współczynnikiem zmian wartości względnych świadczeń ΔTl . 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 , może nastąpić również zmniejszenie albo zwiększenie liczby jednostek sprawozdawczych poprzez wartość D , 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 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 poziomemu wykonania.

Element N ma na celu przydzielenie dodatkowych punktów świadczeniodawcom, którzy w okresie obliczeniowym sprawozdali świadczenia na poziomie wyższym niż planowany. Liczba tych ponadplanowych punktów N^+ jest uzależniona od liczby punktów, które w tym samym okresie były planowane, ale nie zostały sprawozdane N^- , wśród świadczeniodawców z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Jeżeli w danym oddziale wojewódzkim Funduszu łączna liczba N^- jest wyższa od łącznej liczby N^+ , 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^+ . Natomiast, jeżeli w danym oddziale wojewódzkim Funduszu łączna liczba N^- będzie niższa od łącznej liczby N^+ , 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^+ , skorygowanej relacją łącznej liczby N^- do łącznej liczby N^+ w danym oddziale wojewódzkim Funduszu. Liczba N^+ jest wyliczana jako przyrost liczby punktów danego świadczeniodawcy, skorygowany współczynnikami zmiany liczby jednostek sprawozdawczych I oraz ΔL_i . Współczynnik I 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 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 $A+N$ 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 $A+N$ skorygowanych współczynnikiem I oraz sumy liczby punktów $A+N$

skorygowanych współczynnikiem I , wyliczonej dla wszystkich świadczeniodawców. Współczynnik I , 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 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 (t.j. 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.

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 PSZ na kolejne okresy rozliczeniowe. Jest to również zgodne z interesem podmiotów będących beneficjentami tych środków.

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 wymagał 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.