



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 26 września 2017 r.

Poz. 1783

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 22 września 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. 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, 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 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;
- 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;
- 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;

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.

- 11) B_l^- – 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 ryczału w okresie obliczeniowym i jednocześnie nie będą finansowane w ramach ryczału 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;
- 12) B_l^+ – 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 ryczału w okresie obliczeniowym i jednocześnie będą finansowane w ramach ryczału 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} – prognozowaną cenę jednostki sprawozdawczej na okres planowania określoną w planie zakupu;
- 15) C_0 – cenę jednostki sprawozdawczej w pierwszym okresie rozliczeniowym systemu zabezpieczenia określoną w planie zakupu;
- 16) 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;
- 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) $J_{l,i+1}$ – 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;
- 20) $J_{l,i}$ – skorygowaną liczbę jednostek sprawozdawczych, która była obliczona dla świadczeniodawcy l , na okres obliczeniowy, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 2;
- 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 – 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;
- 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) 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 – 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 ΔL_l przyjmuje wartość $\langle 0,98-1,0 \rangle$;
- 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 – 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 ($j=1, \dots, 7$);
- 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 okres obliczeniowy;
- 35) $R_{l,0}$ – wartość ryczałtu dla świadczeniodawcy l , na pierwszy okres rozliczeniowy systemu zabezpieczenia, obliczoną 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 finansowanych w ramach ryczałtu od 1 do m ($s=1, \dots, m$);
- 37) $S_{l,s}$ – 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;
- 38) $T_{s,i+1}$ – 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;
- 39) $T_{s,i}$ – 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;
- 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 – dodatkową liczbę jednostek sprawozdawczych, obliczaną 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) $R_{l,i+1} = J_{l,i+1} \times C_{i+1} \times Q_l$;
- 2) $J_{l,i+1} = k \times (A_l + N_l + U_l)$;
- 3) $A_l = \begin{cases} L_l \times \Delta T_l + D_l, & \text{gdy } \Delta L_l < 0,98, \\ P_l \times \Delta T_l + D_l, & \text{gdy } \Delta L_l \geq 0,98; \end{cases}$
- 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) $\Delta N = \frac{\sum_{l: \Delta L_l < 0,98} N_l^-}{\sum_{l: \Delta L_l > 1} N_l^+}$;

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

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

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

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

$$13) \quad Q_l = 1 + \sum_{j=1}^{j=7} q_{l,j}, \text{ z zastrzeżeniem, że wartość nie może być większa niż } 1,05.$$

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: wz. P. Gryza

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 22 września 2017 r. (poz. 1783)

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 Funduszu, 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 r. 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 i 3 przekazanie, w okresie obliczeniowym, dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu dokumentu, ważnego w okresie obejmującym okres planowania:		
2	świadczenia wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu lub mikrobiologicznemu, będącemu jednostką organizacyjną świadczeniodawcy zapewniającą realizację w lokalizacji udzielania świadczeń czynności laboratoryjnej diagnostyki mikrobiologicznej	0,005
3	świadczenia wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu, będącemu jednostką organizacyjną świadczeniodawcy zapewniającą realizację w lokalizacji udzielania świadczeń czynności diagnostyki laboratoryjnej	0,005
W odniesieniu do pkt 4–7 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 o ponad 5%	-0,01
6 ²⁾	w przypadku poziomów szpitali III stopnia i ogólnopolskiego: wzrost średniej wartości hospitalizacji, w jednostkach sprawozdawczych, o ponad 3%	0,015
7 ²⁾	w przypadku poziomów szpitali III stopnia i ogólnopolskiego: spadek średniej wartości hospitalizacji, w jednostkach sprawozdawczych, o ponad 3%	-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.