



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 7 kwietnia 2022 r.

Poz. 774

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 4 kwietnia 2022 r.

w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r.

Na podstawie art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 24 lutego 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 526) 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.²⁾), zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r.

§ 2. 1. 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 obejmujący rok 2019, 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 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427 i 2469 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583 i 655.

- 11) B_1^- – 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 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 w art. 95n ust. 14 ustawy lub zmianą przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy; jeżeli świadczenia te nie będą finansowane w ramach ryczałtu przez część okresu planowania, do wyliczeń przyjmuje się liczbę proporcjonalną do długości tej części okresu planowania;
- 12) B_1^+ – 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 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; jeżeli świadczenia te będą finansowane w ramach ryczałtu przez część okresu planowania, do wyliczeń przyjmuje się liczbę proporcjonalną do długości tej części okresu planowania;
- 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; jeżeli wartość ta uległa zmianie w trakcie okresu planowania, do wyliczeń przyjmuje się średnią wartość ważoną długością okresu obowiązywania wartości w ramach okresu planowania;
- 15) D_1 – dodatkową korektę wysokości ryczałtu, 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;
- 16) d – współczynnik prognozowanej stopy wzrostu liczby świadczeń opieki zdrowotnej 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) $J_{l,i+1}$ – 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;
- 19) $J_{l,i}$ – skorygowaną liczbę jednostek sprawozdawczych, która była obliczona dla świadczeniodawcy l , na okres obliczeniowy, na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 2;
- 20) $K_{l,s,i+1}$ – współczynnik korygujący, odpowiadający świadczeniu s , dla świadczeniodawcy l , określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, obowiązujący w okresie planowania; jeżeli wartość współczynnika uległa zmianie w trakcie okresu planowania, do wyliczeń przyjmuje się średnią wartość ważoną długością okresu obowiązywania wartości w ramach okresu planowania;
- 21) $K_{l,s,i}$ – współczynnik korygujący, odpowiadający świadczeniu s , dla świadczeniodawcy l , określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, obowiązujący w okresie obliczeniowym;
- 22) k – współczynnik proporcjonalności czasowej stanowiący iloraz długości okresu planowania oraz długości okresu obliczeniowego;
- 23) 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 ryczałtu w okresie planowania;
- 24) L'_l – liczbę jednostek sprawozdawczych wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych, przez świadczeniodawcę l , w okresie obliczeniowym;
- 25) 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 ($j=1, \dots, 5$);
- 33) $R_{l,i+1}$ – wartość ryczału 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 ryczału dla świadczeniodawcy l , na 2021 r.;
- 35) $s - s$ – te świadczenie, ze zbioru świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ryczału od 1 do m ($s=1, \dots, m$);
- 36) $S_{l,s}$ – 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 ryczału w okresie planowania;
- 37) $T_{s,i+1}$ – 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; jeżeli wartość ta uległa zmianie w trakcie okresu planowania, do wyliczeń przyjmuje się średnią wartość ważoną długością okresu obowiązywania wartości w ramach okresu planowania;
- 38) $T_{s,i}$ – 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;
- 39) 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;
- 40) 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.

2. Wartości współczynników korygujących, o których mowa w ust. 1 pkt 13 i 32, są określone w załączniku do rozporządzenia.

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

- 1) $R_{l,i+1} = J_{l,i+1} \times C_{i+1} \times Q_l$;
- 2) $J_{l,i+1} = k \times (A_l + N_l + U_l)$;
- 3) $A_l = \begin{cases} L_l \times \Delta T_l + D_l, & \text{gd}y \Delta L_l < 0,98, \\ P_l \times \Delta T_l + D_l, & \text{gd}y \Delta L_l \geq 0,98; \end{cases}$
- 4) $\Delta L_l = \frac{L_l}{J_{l,i}}$;
- 5) $P_l = J_{l,i} + B_l^+ - \frac{B_l^-}{\Delta L_l}$;

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

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

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

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

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

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

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

$$13) \quad Q_l = 1 + \sum_{j=1}^{j=5} q_{l,j}$$

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: *A. Niedzielski*

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 w terminie 7 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, 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, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, 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 i 5 zmiana parametrów świadczeń opieki zdrowotnej sprawozdawanych w ryczałcie w okresie obliczeniowym i finansowanych ryczałtem w okresie planowania, w porównaniu do okresu porównawczego, obliczona na podstawie dokumentów rozliczeniowych ¹⁾ :		
4	w przypadku poziomów szpitali III stopnia i ogólnopolskiego: wzrost średniej wartości hospitalizacji, w jednostkach sprawozdawczych, o ponad 3%	0,015
5	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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).