

858

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 18 lipca 2008 r.

w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 13a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”;
- 2) o których mowa w art. 12 pkt 2—5 i 9 oraz w art. 12a ustawy.

§ 2. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej:

- 1) udzielone świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy,
- 2) o których mowa w art. 12 pkt 2—4 ustawy,
- 3) o których mowa w art. 12 pkt 9 ustawy

— są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w:

- 1) art. 12 pkt 5 ustawy, są finansowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem;
- 2) art. 12a ustawy, są finansowane przez Ministra Sprawiedliwości ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem.

§ 3. 1. Centrala Funduszu na podstawie danych otrzymanych z oddziałów wojewódzkich Funduszu sporządza miesięczne sprawozdania z wykonanych przez świadczeniodawców i rozliczonych przez Fun-

dusz świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1, odrębnie dla świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2, oraz dla świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3, w podziale na:

- 1) oddziały wojewódzkie Funduszu;
- 2) wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w poszczególnych rodzajach;
- 3) podstawę prawną udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) liczbę osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) kody EAN leku i kwoty podlegające refundacji.

2. W sprawozdaniach, o których mowa w ust. 1, uwzględnia się koszty transportu, o których mowa w art. 25 ust. 3 ustawy.

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, centrala Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wraz z wnioskami o uruchomienie dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy, zwanej dalej „dotacją”, w terminie do 20. dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

4. Wnioski o uruchomienie dotacji za okres październik—grudzień są składane w terminie do dnia 20 listopada, na podstawie wydatków poniesionych w październiku i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przewidywanych w listopadzie i grudniu.

5. Centrala Funduszu, w terminie do dnia 31 stycznia następnego roku, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdanie z wykorzystania dotacji do dnia 31 grudnia poprzedniego roku, sporządzone zgodnie z podziałem określonym w ust. 1.

6. W przypadku niewykorzystania dotacji do dnia 31 grudnia danego roku, Fundusz zwraca niewykorzystane środki ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 31 stycznia następnego roku.

§ 4. 1. Do sprawozdań, o których mowa w § 3 ust. 1 i 5, centrala Funduszu dołącza odrębne zestawienie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2, udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji.

2. Zestawienie obejmuje:

- 1) imię, nazwisko i numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku gdy nie posiada on numeru PESEL — rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia;
- 2) wartość świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824, z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1208 i Nr 176, poz. 1243 oraz z 2008 r. Nr 52, poz. 305 i Nr 70, poz. 416.

3. Zestawienie sporządza się nie później niż w terminie 60 dni od dnia dokonania przez Fundusz zapłaty na rzecz podmiotów, które pokryły koszty świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2.

§ 5. Minister właściwy do spraw zdrowia w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdań, sporządzonych prawidłowo zgodnie z § 3 ust. 1, wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji, przekazuje centrali Funduszu dotację na sfinansowanie wskazanych w sprawozdaniu świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1, w ramach zaplanowanych na dany rok środków budżetowych przeznaczonych na ten cel.

§ 6. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 2, inne niż leki, są finansowane świadczeniodawcom na podstawie faktury i miesięcznego zestawienia sporządzanego przez świadczeniodawcę, stanowiącego załącznik do faktury.

2. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 2, innych niż leki, udzielanych w związku z przyjęciem do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, ujmuje się w miesięcznym zestawieniu w miesiącu, w którym zakończono udzielanie świadczeń, z wyłączeniem świadczeń rozliczanych na podstawie osobodni.

3. Faktura obejmuje kwotę stanowiącą sumę cen świadczeń opieki zdrowotnej wymienionych w zestawieniu, o którym mowa w ust. 1.

4. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
- 2) numer PESEL, a w przypadku gdy świadczeniobiorca nie posiada numeru PESEL — rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) datę urodzenia;
- 4) obywatelstwo;
- 5) numer księgi głównej szpitala — w przypadku hospitalizacji;
- 6) nazwę zakładu karnego lub aresztu śledczego, w którego ewidencji skazany jest ujęty, oraz numer dokumentu uprawniającego do korzystania z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego — w przypadku udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12a ustawy;
- 7) nazwę strzeżonego ośrodka lub aresztu w celu wydalenia, w którym przebywa cudzoziemiec — w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5 ustawy;
- 8) podstawę prawną udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 9) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;

10) kod świadczenia opieki zdrowotnej zgodny z katalogiem Funduszu, a w przypadku jego braku — kod choroby zgodny z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;

11) liczbę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;

12) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, przewidzianą w umowie z:

a) Funduszem,

b) ministrem właściwym do spraw zdrowia — w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4 ustawy;

13) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadkach innych niż wymienione w pkt 12, ustaloną na poziomie:

a) najniższej ceny przewidzianej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych przez dany oddział wojewódzki Funduszu lub ministra właściwego do spraw zdrowia dla danego świadczenia opieki zdrowotnej albo

b) najniższej ceny danego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej, ustalonej przez świadczeniodawcę w cenniku, uwzględniającej wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej,

c) ceny świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego przez szpitalne oddziały ratunkowe, ustalonej jako średni koszt świadczenia opieki zdrowotnej wyliczony w roku poprzedzającym rok, w którym zostało udzielone świadczenie, według ceny pozostawania w gotowości, przewidzianej w umowie z danym oddziałem wojewódzkim Funduszu;

14) wartość świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącą iloczyn liczby świadczeń i ich ceny;

15) datę wystawienia i numer faktury;

16) podpis świadczeniodawcy.

5. Świadczeniodawca wraz z zestawieniem, o którym mowa w ust. 1, składa pisemne oświadczenie, w którym potwierdza sposób ustalenia ceny za udzielone świadczenie opieki zdrowotnej określonej w zestawieniu, zgodnie z ust. 4 pkt 12 lit. b lub pkt 13. Zgodność oświadczenia z danymi określonymi w ust. 4 pkt 13 lit. a i c, w zakresie dotyczącym Funduszu, potwierdza dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Fakturę i zestawienie, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości albo ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, w terminie do ostatniego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

§ 7. 1. Leki wchodzące w zakres świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 2, są finansowane odpowiednio przez Ministra Sprawiedliwości albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych na podstawie miesięcznego zestawienia, które zawiera:

- 1) numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku gdy nie posiada on numeru PESEL — rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) datę urodzenia;
- 3) obywatelstwo;
- 4) podstawę prawną wydania leku świadczeniobiorcy;
- 5) kod EAN leku i kwotę podlegającą refundacji.

2. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, sporządza oddział wojewódzki Funduszu na podstawie zbiorczych zestawień i informacji, o których mowa w art. 63 ustawy, i przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości albo ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.

§ 8. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12a ustawy, udzielane skazanemu na podstawie przepisów o koordynacji, są finansowane przez Ministra Sprawiedliwości na podstawie zestawienia.

2. Zestawienie zawiera dane, o których mowa w § 4 ust. 2.

3. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, uwzględniające kwoty zapłacone instytucjom łącznikowym, sporządza centrala Funduszu na podstawie zestawień kosztów leczenia otrzymanych z instytucji łącznikowych, określonych w przepisach o koordynacji, i przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia dokonania przez centralę Funduszu zapłaty na rzecz instytucji łącznikowych.

§ 9. Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych przekazują na wskazany rachunek bankowy, w terminie do 60 dni od dnia otrzymania zestawienia, sporządzonego zgodnie z § 7 lub § 8, środki finansowe, o których mowa w:

- 1) § 6 ust. 1 — świadczeniodawcy;

- 2) § 7 ust. 1 — właściwym oddziałom wojewódzkim Funduszu;

- 3) § 8 ust. 1 — centrali Funduszu.

§ 10. Dokumenty, o których mowa w § 3 ust. 1 i 4, § 4 ust. 1, § 6 ust. 1, § 7 ust. 1 i § 8 ust. 1, są przekazywane w formie pisemnej.

§ 11. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2, udzielone i niesfinansowane do dnia 28 lutego 2008 r., są finansowane przez Fundusz z dotacji na rok 2008 i lata następne na zasadach obowiązujących w dniu ich udzielenia.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 2, udzielone i niesfinansowane do dnia 28 lutego 2008 r., są finansowane na zasadach obowiązujących w dniu ich udzielenia.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2, udzielone i niesfinansowane od dnia 29 lutego 2008 r., są finansowane na zasadach określonych w rozporządzeniu.

4. Przepis ust. 1 stosuje się również do świadczeniodawców, z którymi Fundusz nie zawarł umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2008.

5. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1, udzielone przez świadczeniodawców, z którymi Fundusz nie zawarł umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2008 i niesfinansowane od dnia 29 lutego 2008 r., są finansowane na zasadach określonych w rozporządzeniu.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

Prezes Rady Ministrów: *D. Tusk*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 34, poz. 198), które utraciło moc z dniem 29 marca 2008 r. na podstawie art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 lutego 2008 r. o zmianie ustawy o Karcie Polaka oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 52, poz. 305).