

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 wyłączenie 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 pozostawiania 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).