

Warszawa, dnia 10 kwietnia 2014 r.

Poz. 473

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 9 kwietnia 2014 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. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) 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 2 i 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 2–6, 9–11, art. 12a oraz art. 26 ustawy.

§ 2. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej:

- 1) udzielone świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy,
- 2) o których mowa w art. 12 pkt 2–4, 6, 9 i art. 26 ustawy

– są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w formie dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy, zwanej dalej „dotacją”.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w:

- 1) art. 12 pkt 5 i 11 ustawy, są finansowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem;
- 2) art. 12 pkt 10 ustawy, są finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem;
- 3) art. 12a ustawy, są finansowane przez Ministra Sprawiedliwości ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24 i 295.

§ 3. 1. Fundusz sporządza miesięczne sprawozdania z rozliczonych świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz art. 26 ustawy, zwane dalej „sprawozdaniem”. Sprawozdania sporządza się odrębnie dla świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, oraz dla świadczeń, o których mowa w art. 26 ustawy.

2. Sprawozdanie dla świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, zawiera następujące informacje:

- 1) podstawę prawną udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) wartość świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczbę osób, którym udzielono tych świadczeń, w odniesieniu do poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiednio do rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej wyszczególnionych w planie finansowym Funduszu – zbiorczo dla Funduszu oraz oddzielnie dla każdego z oddziałów wojewódzkich Funduszu.

3. Sprawozdanie dla świadczeń, o których mowa w art. 26 ustawy, zawiera następujące informacje:

- 1) podstawę prawną udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) wartość świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczbę osób, którym udzielono tych świadczeń, w odniesieniu do poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

4. Informacje w sprawozdaniach wykazuje się odrębnie za miesiąc oraz narastająco od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, którego sprawozdanie dotyczy. Sprawozdanie za grudzień roku poprzedniego jest jednocześnie sprawozdaniem z rozliczonych w roku poprzednim przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Sprawozdania za październik zawierają dodatkowo prognozę wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej na listopad i grudzień danego roku.

6. Sprawozdania za miesiąc poprzedni sprawdzone pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym Prezes Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji, w terminie do 20. dnia każdego miesiąca. Za datę przekazania sprawozdania uznaje się dzień jego wpływu do ministra właściwego do spraw zdrowia.

7. Wniosek o uruchomienie dotacji za listopad i grudzień jest składany w terminie określonym dla wniosku o uruchomienie dotacji za październik, na podstawie prognozy, o której mowa w ust. 5.

§ 4. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje Funduszowi dotacje w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdania wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji, o którym mowa w § 3 ust. 6.

2. W przypadku konieczności dokonania przez Fundusz korekty lub udzielenia wyjaśnień dotyczących przekazanego sprawozdania termin, o którym mowa w ust. 1, ulega przedłużeniu o czas dokonania korekty lub udzielenia wyjaśnień.

3. Za datę przekazania dotacji uznaje się dzień obciążenia rachunku ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Za datę przekazania świadczeniodawcy środków przez Fundusz uznaje się dzień obciążenia rachunku Funduszu.

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

6. Za datę zwrotu środków, o których mowa w ust. 5, uznaje się dzień uznania rachunku ministra właściwego do spraw zdrowia.

7. W przypadku konieczności dokonania korekty sprawozdania za miesiąc, za który sprawozdanie zostało uznane za sporządzone prawidłowo, korekty dokonuje się w sprawozdaniu sporządzanym w okresie stwierdzenia konieczności dokonania korekty, w części przedstawiającej dane narastająco od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, którego sprawozdanie dotyczy, oraz uwzględnia się we wniosku o uruchomienie dotacji za ten okres.

8. W przypadku konieczności dokonania korekty sprawozdania za rok, za który sprawozdanie zostało uznane za sporządzone prawidłowo, wysokość środków wynikającą z tej korekty uwzględnia się w dotacji na rok bieżący.

§ 5. Prezes Funduszu w terminie do dnia 20 stycznia roku następnego przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rozliczenie otrzymanej dotacji za dany rok sporządzone odrębnie dla świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, oraz dla świadczeń, o których mowa w art. 26 ustawy.

§ 6. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5 i 11 oraz art. 12a ustawy, inne niż leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne wydane w aptekach bezpłatnie, za odpłatnością ryczałtową lub za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania, 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 art. 12 pkt 5 i 11 oraz art. 12a ustawy, innych niż leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne wydane w aptekach bezpłatnie, za odpłatnością ryczałtową lub za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania, udzielanych przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, 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 osoby, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej, 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) podstawę prawną udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 7) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 8) kod świadczenia opieki zdrowotnej zgodny z katalogiem Funduszu, a w przypadku jego braku – kod choroby zgodny z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 9) liczbę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 10) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, przewidzianą w umowie z:
 - a) Funduszem,
 - b) ministrem właściwym do spraw zdrowia – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4 ustawy;
- 11) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadkach innych niż wymienione w pkt 10, 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;
- 12) wartość świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącą iloczyn liczby świadczeń i ich ceny;
- 13) datę wystawienia i numer faktury;
- 14) 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 10 lit. b lub pkt 11. Zgodność oświadczenia z danymi określonymi w ust. 4 pkt 11 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 odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych albo Ministrowi Sprawiedliwości, w terminie do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 7. 1. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne wydane w aptekach bezpłatnie, za odpłatnością ryczałtową lub za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania, wchodzące w zakres świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5 i 11 oraz art. 12a ustawy, są finansowane odpowiednio przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo Ministra Sprawiedliwości na podstawie miesięcznego zestawienia, które zawiera:

- 1) numer PESEL osoby, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku gdy nie posiada ona numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) datę urodzenia;
- 3) obywatelstwo;
- 4) podstawę prawną wydania leku;
- 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. 45 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.³⁾), i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych albo Ministrowi Sprawiedliwości 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 obejmuje:

- 1) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej, nie posiada numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) datę urodzenia;
- 4) wartość świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, uwzględniające kwoty zapłacone instytucjom łącznikowym, sporządza Fundusz 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 środki finansowe za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w:

- 1) § 6 ust. 1 – świadczeniodawcy,
- 2) § 7 ust. 1 – właściwym oddziałom wojewódzkim Funduszu,
- 3) § 8 ust. 1 – centrali Funduszu

– w terminie 30 dni od dnia otrzymania faktury i zestawienia, sporządzonego zgodnie z § 6, lub zestawienia, sporządzonego zgodnie z § 7 lub 8.

§ 10. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 10 ustawy, udzielane na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24), zwanej dalej „ustawą o postępowaniu”, są finansowane podmiotowi leczniczemu na podstawie miesięcznego rozliczenia i faktury.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290.

2. Miesięczne rozliczenie oraz fakturę za miesiąc poprzedni podmiot leczniczy przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do 15. dnia każdego miesiąca.

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

4. Miesięczne rozliczenie zawiera:

- 1) nazwę i adres podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) podstawę prawną udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, w tym oznaczenie sądu wydającego postanowienie, o którym mowa w art. 16 ust. 1 ustawy o postępowaniu, datę postanowienia oraz sygnaturę akt;
- 3) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej, nie posiada numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) datę urodzenia;
- 6) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 7) kod świadczenia opieki zdrowotnej zgodny z katalogiem Funduszu, a w przypadku jego braku – kod choroby zgodny z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 8) liczbę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 9) cenę każdego rodzaju udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej:
 - a) przewidzianą w umowie z Funduszem,
 - b) w przypadku innym niż określony w lit. a, ustaloną na poziomie najniższej ceny przewidzianej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych przez dany oddział wojewódzki Funduszu lub ministra właściwego do spraw zdrowia dla danego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej;
- 10) wartość świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącą iloczyn liczby świadczeń i ich ceny;
- 11) datę wystawienia i numer faktury;
- 12) podpis i pieczętkę kierownika podmiotu leczniczego lub osoby przez niego upoważnionej oraz podpis i pieczętkę głównego księgowego.

5. Sposób ustalenia ceny określony zgodnie z ust. 4 pkt 9 kierownik podmiotu leczniczego potwierdza poprzez złożenie oświadczenia w formie pisemnej. W przypadku ustalenia ceny w sposób określony w ust. 4 pkt 9 lit. a, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, podmiot leczniczy podaje numer i datę zawarcia umowy obowiązującej w danym roku.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje, na wskazany przez podmiot leczniczy rachunek bankowy, środki finansowe za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej w terminie 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo sporządzonego miesięcznego rozliczenia i faktury.

7. Za datę przekazania środków przez ministra właściwego do spraw zdrowia podmiotowi leczniczemu uznaje się dzień obciążenia rachunku ministra właściwego do spraw zdrowia.

8. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podmiot leczniczy składa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia korektę miesięcznego rozliczenia i faktury wraz ze szczegółowym uzasadnieniem przyczyny korekty.

9. W przypadku korekty polegającej na zmniejszeniu wartości udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej różnicę pomiędzy kwotą przekazanych środków a kwotą wynikającą z korekty podmiot leczniczy zwraca na rachunek bankowy ministra właściwego do spraw zdrowia wraz z odsetkami ustawowymi za okres od dnia otrzymania przez podmiot leczniczy środków publicznych, które podlegają zwrotowi, do dnia ich zwrotu, w terminie 7 dni od dnia sporządzenia korekty i wystawienia faktury korygującej.

§ 11. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 10 ustawy, udzielane na podstawie art. 25 ustawy o postępowaniu, są finansowane Krajowemu Ośrodkowi Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym zgodnie z planem finansowym Ośrodka, na podstawie przepisów o finansach publicznych.

§ 12. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w:

- 1) § 2 ust. 1 i ust. 2 pkt 3,
- 2) § 2 ust. 2 pkt 1, w zakresie dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 12 pkt 5 ustawy – udzielone i niesfinansowane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, są finansowane na dotychczasowych zasadach;
- 3) § 2 ust. 2 pkt 2, udzielone i niesfinansowane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, są finansowane na podstawie niniejszego rozporządzenia.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 11 kwietnia 2014 r.⁴⁾

Minister Zdrowia: *B.A. Artukowicz*

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 225, poz. 1355).