

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW**
z dnia.....2007 r.
**w sprawie sposobu i trybu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej
z budżetu państwa**

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 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
- 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, pozostających w jego dyspozycji;
- 2) art. 12a ustawy, są finansowane przez Ministra Sprawiedliwości ze środków budżetu państwa, pozostających w jego dyspozycji.

§ 3.

1. Do finansowania przez Fundusz świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1, w przypadku gdy świadczeniodawca zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stosuje się przepisy dotyczące sposobu finansowania świadczeń określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 9 albo ust. 10 ustawy.

2. Środki finansowe za świadczenia, o których mowa w § 2 ust. 1, udzielone przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmują wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, ustalonych na poziomie najniższej ceny danego świadczenia opieki zdrowotnej ustalonej przez świadczeniodawcę mającego siedzibę na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

3. W celu uzyskania środków finansowych, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca składa wniosek do Funduszu wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów, oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

§ 4.

1. Centrala Funduszu na podstawie danych otrzymanych z oddziałów wojewódzkich Funduszu sporządza miesięczne sprawozdania z wykonanych przez świadczeniodawców świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1, w podziale na:

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

2. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, Centrala Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy, zwanej dalej „dotacją”, w terminie do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, z zastrzeżeniem ust. 2.

3. Wniosek o uruchomienie dotacji za okres październik – listopad jest składany w terminie do dnia 15 listopada, na podstawie rzeczywistych kosztów poniesionych w październiku i danych dotyczących przewidywanych do poniesienia kosztów w listopadzie .

4. Minister właściwy do spraw zdrowia w terminie do końca miesiąca, w którym przekazano sprawozdanie z wnioskiem, o których mowa w ust. 1 lub wniosek, o którym mowa w ust. 3, przekazuje Centrali Funduszu dotację na sfinansowanie wskazanych w sprawozdaniu świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1.

5. Centrala Funduszu przekazuje oddziałom wojewódzkim Funduszu kwoty odpowiadające danym, o których mowa w ust. 1 lub ust. 3, w terminie 7 dni od dnia otrzymania środków od ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 5.

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

2. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej 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;
- 3) datę urodzenia - w przypadku gdy nie posiada ona numeru PESEL;
- 4) numer księgi głównej szpitala - w przypadku hospitalizacji;
- 5) nazwę zakładu karnego lub aresztu śledczego, w którego ewidencji skazany jest ujęty, oraz numer przepustki uprawniającej skazanego do przebywania poza terenem zakładu karnego - w przypadku udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12a ustawy;
- 6) podstawę prawną udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 7) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 8) rodzaj i zakres udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, kod choroby zgodny z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób oraz kod świadczenia zgodny z katalogiem Funduszu;
- 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 wysokospecjalistycznych, 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 świadczenia opieki zdrowotnej ustalonej przez świadczeniodawcę mającego siedzibę na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, uwzględniającej wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej;

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

13) datę wystawienia i numer faktury;

14) podpis świadczeniodawcy.

5. Cena określona w zestawieniu, o którym mowa w ust. 1, zgodnie z ust. 4 pkt 10 lub 11 powinna być dodatkowo potwierdzona przez świadczeniodawcę poprzez złożenie, w formie pisemnej, oświadczenia.

6. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca w terminie do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości albo ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

§ 6.

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

- 1) imię i nazwisko oraz nr PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku cudzoziemca – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) podstawę prawną wydania leku świadczeniobiorcy;

3) kod EAN leku;

4) 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 i art. 190 ust. 2 ustawy, i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych lub Ministrowi Sprawiedliwości, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.

§ 7.

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 zawierającego:

1) imię, nazwisko i nr PESEL skazanego oraz

2) liczbę, rodzaj i wartość udzielonych świadczeń.

2. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, sporządza Centrala Funduszu na podstawie zestawień kosztów leczenia otrzymanych z instytucji właściwych określonych w przepisach o koordynacji i przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.

§ 8.

Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych przekazują środki finansowe świadczeniodawcy lub Funduszowi w terminie do 60 dni od dnia otrzymania prawidłowo sporządzonych dokumentów, o których mowa w § 5 ust. 1 i § 6 ust. 1, na wskazany rachunek bankowy.

§ 9.

Dokumenty, o których mowa w § 4 ust. 1, § 5 ust. 1, § 6 ust. 1 są przekazywane w formie pisemnej.

§ 10.

Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1, udzielone i niesfinansowane przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia są finansowane przez Fundusz z dotacji.

§ 11.

Traci moc rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz. U. Nr 281, poz. 2789).

§ 12.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

PREZES RADY MINISTRÓW

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 167, poz. 1398, 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 169, poz. 1411, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1568 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1208, Nr 176, poz. 1243 i Nr 180, poz. 1280.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych niektórym świadczeniobiorcom stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w 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.), zwanej dalej „ustawą”.

Rozporządzenie zastępuje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz. U. Nr 281, poz. 2789).

W stosunku do poprzednio obowiązujących przepisów nie uległ zmianie sposób i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, innych niż produkty lecznicze, udzielanych cudzoziemcom (art. 12 pkt 5 ustawy) i skazanym (art. 12 a ustawy), finansowanych z budżetu państwa z części której dysponentem jest Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji i Minister Sprawiedliwości. Zmianie uległ natomiast sposób finansowania produktów leczniczych wydawanych tym osobom. Zgodnie z § 5 przedkładanego projektu podmiotami finansującymi leki wchodzące w zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych cudzoziemcom i skazanym są odpowiednio Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji i Minister Sprawiedliwości. Podmioty te będą przekazywać do NFZ środki finansowe na pokrycie kosztów refundacji leków wydanych tym osobom. Dotychczas leki te były finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister zdrowia, co było nieuzasadnione. W związku z tym Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Minister Sprawiedliwości będą zwracały NFZ koszty refundacji leków wydanych cudzoziemcom i skazanym.

Pozostałe zmiany wprowadzone w projekcie związane są z wejściem w życie ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 166, poz. 1172). Zgodnie z tą nowelizacją koszty

świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i art. 12 pkt 2-4 ustawy, bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, będzie pokrywał świadczeniodawcom NFZ. Środki finansowe na ten cel NFZ będzie otrzymywał w formie dotacji z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Dotychczas środki finansowe za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 oraz w art. 12 pkt 2-4 ustawy, świadczeniodawcy otrzymywali za pośrednictwem Biura Rozliczeń Międzynarodowych z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia. W związku z tym w projekcie zawarto uregulowania odnośnie sposobu rozliczania i przekazywania środków finansowych z Ministerstwa Zdrowia do Narodowego Funduszu Zdrowia (§ 3 ust. 1). Natomiast co do sposobu rozliczania się za świadczenia między NFZ a świadczeniodawcami odsyła się do rozporządzenia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów (Dz. U. Nr 197, poz. 1643).

Ponadto w § 7 projektowanego rozporządzenia wprowadza się regulację, dzięki której możliwe będzie rozliczenie kosztów świadczeń udzielonych osobom, o których mowa w art. 12a ustawy, na podstawie przepisów o koordynacji. Osobom tym – stosownie do art. 25 oraz 26 ustawy umożliwia się odbycie planowanego leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju. Zgody w zakresie leczenia planowego wydawane są przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz rozliczane pomiędzy instytucjami właściwymi, funkcjonującymi we wspólnotowym systemie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W związku z tym, iż koszty świadczeń udzielanych tym osobom na podstawie przepisów o koordynacji nie będą finansowane z dotacji, przekazywanej Funduszowi na podstawie art. 97 ustawy, dla skutecznego przeprowadzenia procedury kierowania i rozliczenia kosztów, konieczne jest przekazanie środków budżetowych, pozostających w dyspozycji Ministra Sprawiedliwości do Narodowego Funduszu Zdrowia. Przekazanie środków będzie następowało na podstawie zestawienia sporządzonego przez Centralę Funduszu w oparciu o zestawienia kosztów leczenia otrzymanych z instytucji właściwych, rozliczających koszty świadczeń, udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. **Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego.**

Projektowane rozporządzenie będzie oddziaływało na Ministra Zdrowia, Minister Sprawiedliwości i Minister Spraw Wewnętrznych, Narodowy Fundusz Zdrowia, świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców.

2. **Konsultacje społeczne.**

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany w szczególności do następujących podmiotów: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Aptekarskiej, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych. Dodatkowo w ramach konsultacji społecznych projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

3. **Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora finansów publicznych.**

Projektowane rozporządzenie może wywołać ewentualne znikome skutki finansowe dla sektora finansów publicznych, w związku z przejęciem przez Ministra Sprawiedliwości i Ministra Spraw Wewnętrznych Administracji finansowania leków skazanym i cudzoziemcom od Ministra Zdrowia.

4. **Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.**

Rozporządzenie będzie miało wpływ na ochronę zdrowia ludności poprzez określenie zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni.

5. **Wpływ regulacji na rynek pracy.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało istotnego wpływu na rynek pracy.

6. **Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki oraz przedsiębiorczość, w tym rozwój przedsiębiorstw.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na gospodarkę oraz przedsiębiorczość, w tym rozwój przedsiębiorstw.

7. **Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.**

Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

8. **Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.**

Rozporządzenie nie dotyczy regulacji objętych prawem Unii Europejskiej.