

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2023 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 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5 i 10–12 oraz art. 12a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

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

- 1) art. 12 pkt 5 ustawy, są finansowane przez Komendanta Głównego Straży Granicznej ze środków budżetu państwa będących w jego dyspozycji, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw wewnętrznych;
- 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. 12 pkt 11 i 12 ustawy, są finansowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem;
- 4) art. 12a ustawy, są finansowane przez Ministra Sprawiedliwości ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem.

§ 3. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5, 11 i 12 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

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).

świadczeniodawcom na podstawie faktury i załączonego do faktury miesięcznego zestawienia, sporządzonych przez świadczeniodawcę w formie pisemnej w postaci papierowej albo elektronicznej.

2. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5, 11 i 12 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) 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) numer księgi głównej szpitala – w przypadku hospitalizacji;
- 5) podstawę prawną udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 6) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 7) kod świadczenia opieki zdrowotnej zgodny z katalogiem Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, a w przypadku jego braku – kod choroby zgodny z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 8) liczbę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 9) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej przewidzianą w umowie z Funduszem;
- 10) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej w przypadkach innych niż wymienione w pkt 9 ustaloną na poziomie:
 - a) najniższej ceny przewidzianej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych przez Fundusz albo
 - b) prognozowanej ceny jednostki sprawozdawczej na okres planowania określonej w planie zakupu, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy, albo

- c) najniższej ceny danego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej, ustalonej przez świadczeniodawcę w cenniku, uwzględniającej wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, albo
 - d) w przypadku szpitalnych oddziałów ratunkowych – ceny świadczenia opieki zdrowotnej 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 Funduszem;
- 11) wartość świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącą iloczyn liczby świadczeń i ich ceny;
 - 12) datę wystawienia i numer faktury;
 - 13) podpis świadczeniodawcy.

5. Świadczeniodawca wraz z zestawieniem, o którym mowa w ust. 1, składa pisemne oświadczenie, będące dokumentem w postaci papierowej albo elektronicznej opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem zaufanym, w którym potwierdza sposób ustalenia ceny za udzielone świadczenie opieki zdrowotnej określonej w zestawieniu zgodnie z ust. 4 pkt 10. Zgodność oświadczenia z danymi określonymi w ust. 4 pkt 10 lit. a, b i d, w zakresie dotyczącym Funduszu, potwierdza Prezes Funduszu.

6. Fakturę i zestawienie, o których mowa w ust. 1, oraz oświadczenie, o którym mowa w ust. 5, świadczeniodawca przekazuje w postaci papierowej lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych albo Ministrowi Sprawiedliwości, a w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 12 pkt 5 ustawy – organowi Straży Granicznej, który zapewnia możliwość korzystania z tych świadczeń, w terminie do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. 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, przepisane w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5, 11 i 12 oraz art. 12a ustawy, są finansowane odpowiednio przez Komendanta Głównego Straży Granicznej, 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, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego;
- 5) kod identyfikacyjny EAN leku lub inny kod odpowiadający kodowi EAN i kwotę podlegającą refundacji.

2. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, sporządza Fundusz 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. z 2023 r. poz. 826), w formie pisemnej w postaci papierowej albo elektronicznej, i przekazuje organowi Straży Granicznej, o którym mowa w § 3 ust. 6, ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych albo Ministrowi Sprawiedliwości, w postaci papierowej lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.

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

2. Zestawienie obejmuje:

- 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) wartość świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, uwzględniające kwoty zapłacone instytucjom łącznikowym, sporządza Fundusz w formie pisemnej w postaci papierowej albo elektronicznej na podstawie zestawień kosztów leczenia otrzymanych z instytucji łącznikowych, określonych w przepisach o koordynacji, i przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości w postaci papierowej lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia dokonania przez centralę Funduszu zapłaty na rzecz instytucji łącznikowych.

§ 6. Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych i organ Straży Granicznej, o którym mowa w § 3 ust. 6, przekazują na wskazany rachunek bankowy środki finansowe za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w:

- 1) § 3 ust. 1 – świadczeniodawcy,

2) § 4 ust. 1 i § 5 ust. 1 – Funduszowi

– w terminie 30 dni od dnia otrzymania faktury i zestawienia sporządzonego zgodnie z § 3 lub zestawienia sporządzonego zgodnie z § 4 lub § 5.

§ 7. 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 2022 r. poz. 1689), zwanej dalej „ustawą o postępowaniu”, są finansowane podmiotowi leczniczemu na podstawie miesięcznego rozliczenia i faktury.

2. Miesięczne rozliczenie oraz fakturę za miesiąc poprzedni podmiot leczniczy przekazuje w formie pisemnej w postaci papierowej albo elektronicznej 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) numer PESEL osoby, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku gdy nie posiada ona numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę urodzenia;
- 5) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 6) kod świadczenia opieki zdrowotnej zgodny z katalogiem Funduszu, a w przypadku jego braku – kod choroby zgodny z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 7) liczbę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 8) 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 Fundusz dla danego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej,

- c) w przypadkach innych niż określone w lit. a i b, ustaloną na poziomie prognozowanej ceny jednostki sprawozdawczej na okres planowania określonej w planie zakupu, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy;
- 9) wartość świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącą iloczyn liczby świadczeń i ich ceny;
- 10) datę wystawienia i numer faktury;
- 11) imię, nazwisko i podpis kierownika podmiotu leczniczego lub osoby przez niego upoważnionej oraz imię, nazwisko i podpis głównego księgowego.

5. Sposób ustalenia ceny określony zgodnie z ust. 4 pkt 8 kierownik podmiotu leczniczego potwierdza przez złożenie oświadczenia, będącego dokumentem w postaci papierowej albo elektronicznej opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem zaufanym. W przypadku ustalenia ceny w sposób określony w ust. 4 pkt 8 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 przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub podmiot leczniczy nieprawidłowości w przedłożonym miesięcznym rozliczeniu lub fakturze, podmiot leczniczy niezwłocznie sporządza i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia korektę tych dokumentów wraz ze szczegółowym uzasadnieniem przyczyny korekty.

9. W przypadku korekty polegającej na zmniejszeniu wartości udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej różnicę między 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.

§ 8. 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 jego planem finansowym, na podstawie przepisów o finansach publicznych.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 2 lipca 2023 r.²⁾

MINISTER ZDROWIA

w porozumieniu

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

**MINISTER SPRAW
WEWNĘTRZNYCH I
ADMINISTRACJI**

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Anna Skowrońska-Kotra

Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2537), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770).

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 13a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Projektowane rozporządzenie zastąpi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1601).

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770), który zmienił zakres przedmiotowy upoważnienia ustawowego zawartego w art. 13a ustawy o świadczeniach.

Zmiana zakresu przedmiotowego upoważnienia ustawowego polega na zawężeniu jego stosowania do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5 i 10–12, art. 12a ustawy o świadczeniach. Rozporządzenie wydawane na podstawie art. 13a ustawy o świadczeniach nie będzie już regulowało sposobu i trybu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy o świadczeniach, tj. świadczeń wysokospecjalistycznych.

Wynika to z faktu, że zgodnie z art. 2 pkt 19 lit. a tiret pierwsze oraz lit. c ustawy dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw przeniesiono źródło finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy o świadczeniach, z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”.

Świadczenia wysokospecjalistyczne do końca 2022 r. finansowane były przez Fundusz ze środków dotacji z budżetu państwa, a ich rozliczanie między Ministerstwem Zdrowia a Funduszem odbywało się na podstawie przepisów § 9–11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 13a ustawy o świadczeniach zachowują moc do dnia wejścia w życie nowego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż do dnia 2 lipca 2023 r.

Ponadto doprecyzowano przepis § 5 ust. 1, tak aby z jego brzmienia jednoznacznie wynikało, że odnoszą się one wyłącznie do osób osadzonych, tj. skazanych i osadzonych w zakładzie karnym albo tymczasowo aresztowanych i umieszczonych areszcie śledczym, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2023 r. poz. 127). W związku z tym skreślono wyraz „skazany” i odwołano się do art. 12a ustawy o świadczeniach. Zakres znaczeniowy pojęcia „skazany” jest bowiem bardzo szeroki i odnosi się do wszystkich osób, wobec których orzeczono prawomocnym wyrokiem sądu karę, czyli nie tylko karę pozbawienia wolności, ale również grzywny czy karę ograniczenia wolności, które to kary są tzw. karami wolnościowymi i nie skutkują osadzeniem w zakładzie karnym. Jednocześnie zauważyć należy, że zarówno art. 102 pkt 1, jak i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, do których odsyła art. 12a ustawy o świadczeniach, odnosi się do osób osadzonych w zakładach karnych, co wynika z brzmienia art. 101 oraz z pozostałych jednostek redakcyjnych art. 115 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, a także odpowiednio ma zastosowanie do osób tymczasowo aresztowanych, przez odesłanie zawarte w art. 209 tego kodeksu.

Zakłada się, że projekt rozporządzenia wejdzie w życie z dniem 2 lipca 2023 r.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowane regulacje będą miały korzystny wpływ na sytuację finansową podmiotów leczniczych należących do kategorii średnich przedsiębiorstw, dzięki wprowadzeniu podstawy prawnej umożliwiającej przekazywanie tym podmiotom dodatkowych środków finansowych, w związku z obniżeniem liczby wykonywanych świadczeń.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.