



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 3 lipca 2023 r.

Poz. 1265

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 30 czerwca 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, z późn. zm.²⁾) 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 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.

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).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658 i 1234.

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 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem;
- 10) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej w przypadku innym niż określony w pkt 9 ustaloną na poziomie:
 - a) najniższej ceny przewidzianej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych przez Fundusz albo
 - b) iloczynu 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 i liczby jednostek sprawozdawczych określonych dla poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej przez Prezesa Funduszu w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 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 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej 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 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej 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 iloczynu 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, i liczby jednostek sprawozdawczych określonych dla poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 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 ogłoszenia.³⁾

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

³⁾ 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. z 2022 r. poz. 1601), które utraciło moc z dniem 2 lipca 2023 r. 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).