



# DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 29 lutego 2008 r.

Nr 34

TREŚĆ:

Poz.:

## ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

198 — z dnia 19 lutego 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej . . . . . 2029

## ROZPORZĄDZENIA:

199 — Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 27 lutego 2008 r. w sprawie podziału środków Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007—2013 . . . . . 2032

200 — Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 28 lutego 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania pomocy finansowej w ramach działania „Program rolno-środowiskowy” objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007—2013 . . . . . 2037

198

## ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 19 lutego 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.<sup>1)</sup>) 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, 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

<sup>1)</sup> 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 oraz 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, Nr 176, poz. 1243 i Nr 180, poz. 1280.

przez świadczeniodawców świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1, 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. 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 20. dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

3. Wniosek o uruchomienie dotacji za okres październik—listopad jest składany w terminie do dnia 20 listopada, na podstawie rzeczywistych kosztów poniesionych w październiku i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przewidywanych do poniesienia w listopadzie.

4. 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.

§ 4. 1. Do sprawozdań, o których mowa w § 3 ust. 1 i 4, centrala Funduszu dołącza odrębne zestawienie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1, udzielonych na podstawie:

- 1) przepisów o koordynacji;
- 2) art. 25 ust. 3 pkt 2 ustawy;
- 3) art. 26 ustawy.

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 udzielonych w poszczególnych rodzajach.

3. Zestawienie sporządza się nie później niż w terminie 60 dni od dnia dokonania przez Fundusz zapłaty na rzecz podmiotów, które udzieliły świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1, na podstawie:

- 1) przepisów o koordynacji;
- 2) art. 25 ust. 3 pkt 2 ustawy;
- 3) art. 26 ustawy.

§ 5. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia otrzymania sprawozdania wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji, sporządzonych zgodnie z § 3 ust. 1 lub 3, przekazuje centrali Funduszu dotację na sfinansowanie wskazanych w sprawozdaniu świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1.

2. Centrala Funduszu przekazuje oddziałom wojewódzkim Funduszu kwoty na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w sprawozdaniu, o którym mowa w § 4 ust. 1, lub wniosku, o którym mowa w § 3 ust. 3, w terminie 7 dni od dnia otrzymania środków od ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 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 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) podstawę prawną udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 8) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 9) kod świadczenia opieki zdrowotnej zgodny z katalogiem Funduszu, a w przypadku jego braku kod choroby zgodny z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;

- 10) liczbę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 11) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, przewidzianą w umowie z:
  - a) Funduszem,
  - b) ministrem właściwym do spraw zdrowia — w przypadku świadczeń wyspecjalizowanych, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4 ustawy;
- 12) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadkach innych niż wymienione w pkt 11, 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,
  - 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;
- 13) wartość świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącą iloczyn liczby świadczeń i ich ceny;
- 14) datę wystawienia i numer faktury;
- 15) 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 11 lit. b lub pkt 12. Zgodność oświadczenia z danymi określonymi w ust. 4 pkt 12 w zakresie dotyczącym Funduszu potwierdza dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Zestawienie, o którym 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) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;

- 2) numer PESEL, a w przypadku gdy nie posiada on numeru PESEL — rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) datę urodzenia;
- 4) obywatelstwo;
- 5) podstawę prawną wydania leku świadczeniobiorcy;
- 6) 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 3, § 4 ust. 1, § 6 ust. 1, § 7 ust. 1 i § 8 ust. 1, są przekazywane w formie pisemnej.

§ 11. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1, udzielone i niesfinansowane do dnia wejścia w życie rozporządzenia, są finansowane przez Fundusz z dotacji na rok 2008 na dotychczasowych zasadach.

§ 12. 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).

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *D. Tusk*