

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>  
z dnia ..... 2011 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.<sup>2)</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 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 i 9, 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 ustawy,
  - 3) o których mowa w art. 12 pkt 6 ustawy,
  - 4) o których mowa w art. 12 pkt 9 ustawy,
  - 5) o których mowa w 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 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. Fundusz sporządza miesięczne sprawozdania z rozliczonych świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust.

1. Sprawozdania sporządza się odrębnie dla świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 - 4, oraz dla świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 5.

2. Sprawozdanie dla świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 - 4, 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 § 2 ust. 1 pkt 5, 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. Dane w sprawozdaniu, o którym mowa w ust. 1, 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, o których mowa w § 2 ust. 1.
5. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, za październik zawiera dodatkowo prognozę wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej na listopad i grudzień danego roku.
6. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, 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 uznaje się dzień 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.
8. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, jest przekazywane w postaci papierowej i elektronicznej. Dane przekazywane w postaci papierowej są zgodne z danymi przekazywanymi w formie elektronicznej.
9. Sprawozdanie sporządzone w postaci papierowej zawiera także:
  - 1) własnoręczny podpis osoby, która sporządziła sprawozdanie;
  - 2) własnoręczny podpis oraz pieczętkę z imieniem i nazwiskiem Prezesa Funduszu lub osoby upoważnionej.

#### § 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 środków przez Fundusz świadczeniodawcy 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 20 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 nieprzekazania Funduszowi dotacji zgodnie z ust. 1, w terminie do dnia 31 grudnia danego roku oraz w przypadku, kiedy wysokość środków wynikających ze sprawozdania z rozliczonych w roku poprzednim przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1, jest wyższa od dotacji przekazanych w roku poprzednim, różnicę środków przekazuje się w dotacji w roku następnym.
8. 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.
9. 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 § 2 ust. 1 pkt 1 - 4, oraz dla świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 5.

#### § 6.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 2, inne niż leki lub wyroby medyczne wydane świadczeniobiorcom w aptekach bezpłatnie lub za częściowo odpłatnością, 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 lub wyroby medyczne wydane świadczeniobiorcom w aptekach bezpłatnie lub za częściowo odpłatnością, 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 świadczeniobiorca 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) nazwę strzeżonego ośrodka lub aresztu w celu wydalenia, w którym przebywa cudzoziemiec - w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5 ustawy;
  - 2) podstawę prawną udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
  - 9) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
  - 10) kod świadczenia opieki zdrowotnej zgodny z katalogiem Funduszu, a w przypadku jego braku - kod choroby zgodny z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;
  - 11) iczbę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 12) 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;
  - 13) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadkach innych niż wymienione w pkt 12, 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 pozostawiania w gotowości, przewidzianej w umowie z danym oddziałem wojewódzkim Funduszu;
  - 14) wartość świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącą iloczyn liczby świadczeń i ich ceny;
  - 15) datę wystawienia i numer faktury;
  - 16) 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 12 lit. b lub pkt 13. Zgodność oświadczenia z danymi określonymi w ust. 4 pkt 13 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 Ministrowi Sprawiedliwości albo ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, w terminie do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

## § 7.

1. Leki lub wyroby medyczne wydane świadczeniobiorcom w aptekach bezpłatnie lub za częściowo odpłatnością 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) numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku gdy nie posiada on numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
  - 2) datę urodzenia;
  - 3) obywatelstwo;
  - 4) podstawę prawną wydania leku świadczeniobiorcy;
  - 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. 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 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.

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, w terminie do 30 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 § 6 ust. 1, § 7 ust. 1 i § 8 ust. 1, są przekazywane w postaci papierowej.

#### § 11.

Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1, udzielone i niesfinansowane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, są finansowane na zasadach określonych w rozporządzeniu.

#### § 12.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia<sup>3)</sup>.

MINISTER ZDROWIA

w porozumieniu z  
MINISTREM SPRAWIEDLIWOŚCI

MINISTREM SPRAWA WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

<sup>2)</sup> 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 oraz 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 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723.

<sup>3)</sup> Niniejsze rozporządzenie poprzedzone było rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 137, poz. 858), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 3 ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 257, poz. 1723)

---

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej 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 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Rozporządzenie zastępuje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 137, poz. 858).

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z nowelizacji upoważnienia ustawowego zawartego w art. 13a ustawy. Przepis ten został znowelizowany ustawą z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 257, poz. 1723), która zachowała w mocy rozporządzenie wydane na podstawie dotychczasowego upoważnienia zawartego w 13a do czasu wydania nowego aktu wykonawczego.

W stosunku do obowiązującego rozporządzenia zostały wprowadzone następujące zmiany:

1) zgodnie z upoważnieniem ustawowym organem wydającym przedmiotowe rozporządzenie nie będzie jak dotychczas Rada Ministrów, lecz minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.

2) dotychczasowe upoważnienie ustawowe zawarte w art. 13a obejmowało finansowanie świadczeń udzielanych na podstawie:

- a) art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach tj. osobom, które nie ukończyły 18. roku życia lub kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu,
- b) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.) (art. 12 pkt 2 ustawy o świadczeniach),

c) art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.) (art. 12 pkt 3 ustawy o świadczeniach),  
d) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.) (art. 12 pkt 4 ustawy o świadczeniach),  
e) art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. Nr 180, poz. 1280, z późn. zm.) (art. 12 pkt 9 ustawy o świadczeniach),  
f) art. 117 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006 r. Nr 234, poz. 1694, z późn. zm.) (art. 12 pkt 5 ustawy o świadczeniach),  
g) oraz art. 12a ustawy o świadczeniach tj. osobom skazanym zgodnie z art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 Kodeksu karnego. Na mocy nowelizacji upoważnienia ustawowego rozporządzenie będzie regulowało dodatkowo sposób i tryb finansowania następujących świadczeń udzielanych na podstawie:  
a) art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, tj. osobom nieubezpieczonych, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy,  
b) przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.) (art. 12 pkt 6 ustawy o świadczeniach),  
c) art. 26 ustawy o świadczeniach, tj. osobom skierowanym do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, a które są niezbędne w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia.

Reasumując przedmiotowe rozporządzenie będzie dodatkowo obejmowało swoim zakresem świadczenia udzielane na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2, art. 12 pkt 6 oraz art. 26 ustawy o świadczeniach, zwane dalej „świadczeniami dodatkowymi”. Należy tu wskazać, że świadczenia te obecnie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia z dotacji celowej przekazywanej na ten cel ze środków budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie art. 97 ust. 8 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt 2a, pkt 3 i pkt 3b. Z tej samej dotacji (art. 97 ust. 8 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt 2a ustawy o świadczeniach) finansowane są świadczenia wymienione powyżej w pkt 1 lit. a-e objęte obecnie obowiązującym jeszcze rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 13a ustawy o świadczeniach.

W związku z brakiem w dotychczasowym rozporządzeniu regulacji dotyczących finansowania ww. świadczeń dodatkowych konieczne było zawieranie umowy na przekazanie dotacji pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a NFZ. Wraz z nowelizacją upoważnienia z art. 13a ustawy o świadczeniach oraz wydaniem nowego rozporządzenia zasady dokonywania rozliczeń zawarte w rozporządzeniu będą miały zastosowanie do wszystkich świadczeń, za które, zgodnie z art. 97 ustawy o świadczeniach, jest przekazywana dotacja do NFZ.

Natomiast przepisy § 6-10 obecnie obowiązującego rozporządzenia regulujące sposób i tryb finansowania świadczeń, których płatnikiem jest Minister Sprawiedliwości i Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji zostały zmienione wyłącznie poprzez:

- 1) dodanie w § 6 ust. 1, ust. 2, § 7 ust. 1 po wyrazach „leki” wyrazów „lub wyroby medyczne wydane świadczeniobiorcom w aptekach bezpłatnie lub za częściowo odpłatnością”, celem doprecyzowania przepisów.
- 2) w § 9 termin 60 dni skrócono do 30 dni celem dostosowania się do terminów przekazywania środków przez Ministra Zdrowia.

Kwestie regulowane w rozporządzeniu, wydawanym na podstawie art. 13a w projektowanym brzmieniu nie będą pokrywać się z przepisami innych aktów prawnych, w tym rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. Nr 249, poz. 1867, z późn. zm.), wydanego na podstawie art. 26a ustawy. Rozporządzenie to określa bowiem tryb pokrywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju. Nie odnosi się natomiast do kwestii technicznych przekazywania środków z dotacji i rozliczenia Funduszu z budżetem państwa. Te kwestie bowiem będą przedmiotem rozporządzenia wydanego na podstawie art. 13a ustawy.

Projekt nie podlega notyfikacji oraz nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia. Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

---

## **OCENA SKUTKÓW REGULACJI**

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

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

### **2. Konsultacje społeczne.**

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany do następujących podmiotów: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414) - został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

### **3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na wysokość wydatków budżetu państwa, gdyż reguluje wyłącznie aspekt techniczny przekazywania i rozliczania środków z dotacji budżetu państwa. Jednocześnie rozporządzenie to znacznie ureguluje sposób przekazywania i rozliczania środków z dotacji budżetu państwa w

odniesieniu do wszystkich świadczeń, w przypadku których jest przekazywana dotacja do Narodowego Funduszu Zdrowia. Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na budżety jednostek samorządu terytorialnego.

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

Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na ochronę zdrowia ludności.

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

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

#### **6. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnątrz gospodarki**

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

#### **7. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.**

Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

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

Rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

[www.inforlex.pl](http://www.inforlex.pl)