



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-79-13

Druk nr 2293
Warszawa, 1 kwietnia 2014 r.

Pani
Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z projektami aktów wykonawczych.

Projekt ma na celu wykonanie prawa Unii Europejskiej.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw^{1),2)}

Art. 1. W ustawie 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.³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 13a pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) o których mowa w art. 12 pkt 2–6 i 9–11, art. 12a i art. 42j”;
- 2) w art. 20 w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) informuje pisemnie świadczeniobiorcę o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11 i terminie udzielenia świadczenia, oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;”;
- 3) uchyla się art. 25–26a;
- 4) w dziale II po rozdziale 2 dodaje się rozdział 2a w brzmieniu:

„Rozdział 2a

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone poza granicami kraju

Art. 42a. Fundusz finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju:

- 1) na zasadzie zwrotu kosztów, o którym mowa w art. 42b;

¹⁾ Niniejsza ustawa wdraża dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45).

²⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne oraz ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

³⁾ 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, 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 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz 2014 r. poz. 24 i 295.

- 2) zgodnie z przepisami o koordynacji;
- 3) na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o których mowa w art. 42i ust. 2 i 9, albo decyzji Prezesa Funduszu, o których mowa w art. 42j ust. 1 i 2.

Art. 42b. 1. Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, zwanego dalej „zwrotem kosztów”.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do obowiązkowych szczepień ochronnych.

3. Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest uzyskanie przez świadczeniobiorcę, przed skorzystaniem ze świadczenia, o którym mowa w ust. 1, podlegającego zwrotowi kosztów, odpowiedniego skierowania lub zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego, zgodnie z art. 32, art. 33 ust. 1, art. 33a ust. 1, art. 41 lub art. 57–59 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 31d.

4. Skierowanie lub zlecenie na przejazd środkami transportu sanitarnego, wymagane zgodnie z ust. 3, może być wystawione również przez lekarza wykonującego zawód w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej. Takie skierowanie lub zlecenie traktuje się jak skierowanie lub zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

5. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest potwierdzenie skierowania zgodnie z art. 33 ust. 2, w zakresie celowości leczenia uzdrowiskowego, przed skorzystaniem z tych świadczeń.

6. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 15, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest zakwalifikowanie pacjenta do odpowiedniego programu lekowego, zgodnie z opisem programu lekowego, o którym mowa w ustawie o refundacji.

7. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, udzielanego w ramach programów zdrowotnych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 13, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest spełnienie wymogów warunkujących udział pacjenta w danym programie.

8. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, zawartego w wykazie określonym w art. 42e ust. 1, warunkiem zwrotu kosztów jest uprzednie wydanie zgody

przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej. Uprzednia zgoda obejmuje także świadczenia opieki zdrowotnej, które nie były bezpośrednio przedmiotem tej zgody, jeżeli ich udzielenie okazało się konieczne w związku z udzielaniem świadczenia opieki zdrowotnej objętego zgodą.

9. Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania zwrotu kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartych w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, lub mającego w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji, który został zakupiony w aptece działającej na terytorium:

- 1) państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie recepty wystawionej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, przez osobę uprawnioną do wystawiania recept zgodnie z przepisami tego państwa;
- 2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie recepty transgranicznej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1643, z późn. zm.⁴⁾), wystawionej przez osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji, na prośbę pacjenta, który zamierza ją zrealizować w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, zwanej dalej „receptą transgraniczną”.

10. Świadczeniobiorca jest uprawniony do uzyskania zwrotu kosztów zakupu lub naprawy wyrobu medycznego będącego świadczeniem gwarantowanym, który został zakupiony lub podlegał naprawie na terytorium:

- 1) państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie zlecenia wystawionego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, przez osobę uprawnioną do jego wystawienia zgodnie z przepisami tego państwa;

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95 i 1456 oraz z 2013 r. poz. 1245, 1287, 1645 i 1650.

- 2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji.

11. Zwrot kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, o którym mowa w ust. 9 pkt 1, dotyczy wyłącznie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych ordynowanych zgodnie z potwierdzonymi w dokumentacji medycznej wskazaniami, odpowiadającymi zakresowi wskazań objętych refundacją dla danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji.

Art. 42c. 1. Fundusz dokonuje zwrotu kosztów w wysokości odpowiadającej kwocie:

- 1) finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) finansowania danego świadczenia gwarantowanego – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12, z wyłączeniem obowiązkowych szczepień ochronnych, medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa;
- 3) limitu finansowania danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartych w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, lub mających w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji;
- 4) odpowiadającej wartości wyrobu medycznego nie wyższej niż limit finansowania ze środków publicznych dla danego wyrobu medycznego wynikający z przepisów wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, z uwzględnieniem

przepisów art. 47 ust. 1–2a – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 9.

2. W przypadku gdy dla danego świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej nie można wskazać dokładnego odpowiednika wśród świadczeń gwarantowanych, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się kwotę finansowania danego świadczenia gwarantowanego najbardziej zbliżonego pod względem medycznym.

3. W przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy dwóch lub większej liczby świadczeń, o których mowa w art. 42b ust. 1, które są rozliczane przez Fundusz w ramach jednego świadczenia gwarantowanego, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się to świadczenie.

4. W przypadku złożenia oddzielnych wniosków o zwrot kosztów, dotyczących dwóch lub większej liczby świadczeń, o których mowa w art. 42b ust. 1, rozliczanych przez Fundusz w ramach jednego świadczenia gwarantowanego, łączna kwota zwrotu kosztów uzyskana na podstawie tych wniosków nie może przekraczać kwoty finansowania tego świadczenia.

5. W przypadku gdy dla danego świadczenia gwarantowanego istnieje, na terenie kraju, ta sama wysokość kwoty finansowania stosowana w rozliczeniach między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcami, podstawą zwrotu kosztów jest wysokość kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.

6. W przypadku gdy dla danego świadczenia gwarantowanego istnieje, na terenie kraju, zróżnicowanie wysokości kwot finansowania stosowanych w rozliczeniach między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcami, podstawą zwrotu kosztów jest średnia ważona kwoty finansowania obliczona dla tego świadczenia gwarantowanego według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem, o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.

7. Jeżeli ustalenie podstawy zwrotu kosztów nie jest możliwe przy zastosowaniu przepisów ust. 5 lub 6, jako podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się odpowiednio wysokość kwoty finansowania albo średnią ważoną kwoty finansowania według stanu

obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.

8. W przypadku świadczeń gwarantowanych rozliczanych w formie ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń, podstawą zwrotu kosztów jest, obliczona na terenie kraju, średnia kwota finansowania świadczeń z danego zakresu, udzielonych jednemu pacjentowi, w ostatnim pełnym kwartale poprzedzającym kwartał, w którym zakończono udzielanie tych świadczeń, w szczególności średnia kwota finansowania:

- 1) świadczeń gwarantowanych udzielonych jednemu świadczeniobiorcy w szpitalnym oddziale ratunkowym albo w izbie przyjęć;
- 2) jednorazowej interwencji zespołu ratownictwa medycznego.

9. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, średnią ważoną, o której mowa w ust. 6, oraz średnią kwotę finansowania, o której mowa w ust. 8, oblicza minister właściwy do spraw zdrowia.

10. W przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego podstawą zwrotu kosztów jest kwota finansowania ze środków publicznych, ustalona zgodnie z ust. 1 pkt 3 lub 4, obowiązująca na dzień zakupu.

11. W przypadku gdy liczba DDD, w rozumieniu ustawy o refundacji, w opakowaniu leku zakupionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej różni się od liczby DDD w opakowaniu leku wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, kwotę zwrotu kosztów odpowiednio zwiększa lub zmniejsza się proporcjonalnie do ilorazu liczby DDD w opakowaniu leku zakupionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej i liczby DDD leku wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji.

12. Zwrotu kosztów dokonuje się w walucie polskiej.

13. Zwrot kosztów nie może przekraczać kwoty wydatków rzeczywiście poniesionych przez świadczeniobiorcę z tytułu uzyskania danego świadczenia, o którym mowa w art. 42b ust. 1, ustalonej przy zastosowaniu kursu średniego dla danej waluty ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, o którym mowa w art. 42d ust. 5 pkt 1.

14. Do zwrotu kosztów stosuje się art. 50a ust. 2.

Art. 42d. 1. Decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów wydaje, na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, zwany dalej „wnioskiem o zwrot kosztów”, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

- 1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1;
- 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określonego zgodnie z ust. 1 wydaje decyzję administracyjną o odmowie zwrotu kosztów, jeżeli:

- 1) wniosek o zwrot kosztów dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej niespełniających kryteriów określonych w art. 42b ust. 1, 9–11 lub
- 2) wniosek o zwrot kosztów dotyczy świadczeń, o których mowa w art. 42b ust. 2, lub
- 3) nie zostały spełnione warunki dotyczące posiadania przez świadczeniobiorcę skierowania lub zlecenia, o których mowa w art. 42b ust. 3–5, recepty transgranicznej albo zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 10, lub
- 4) nie zostały spełnione warunki, o których mowa w art. 42b ust. 6 albo 7, lub
- 5) świadczeniobiorca, przed udzieleniem mu świadczeń opieki zdrowotnej, nie uzyskał zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, lub
- 6) świadczeniobiorca nie przedstawił dokumentów zawierających wystarczające dane dotyczące procesu diagnostycznego lub terapeutycznego pozwalające na zidentyfikowanie świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, lub
- 7) świadczeniobiorca nie udokumentował faktu pokrycia całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, lub

- 8) świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wnioski o zwrot kosztów, zostały zakwalifikowane przez Fundusz do rozliczenia na podstawie przepisów o koordynacji, lub
- 9) wniosek o zwrot kosztów został złożony po upływie terminu, o którym mowa w ust. 12.

3. Przepisu ust. 2 pkt 5 nie stosuje się, jeżeli świadczeniobiorca po upływie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, ze względu na pilną konieczność podjęcia leczenia niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia, wynikającą z potwierdzonego stanu klinicznego, poddał się takiemu leczeniu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

4. Wniosek o zwrot kosztów zawiera następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) adres miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy oraz adres do korespondencji;
- 3) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek o zwrot kosztów składa przedstawiciel ustawowy;
- 4) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, jeżeli wniosek o zwrot kosztów składa przedstawiciel ustawowy;
- 5) termin i państwo udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów;
- 6) łączną kwotę, którą uiszczono za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, z podaniem waluty;
- 7) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 8) numer decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 42f ust. 1, jeżeli świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, znajduje się w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1;

- 9) numer rachunku bankowego, w przypadku gdy zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przelewu bankowego, a w przypadku rachunku prowadzonego za granicą również inne niezbędne dane tego rachunku;
- 10) imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego, jeżeli rachunek ten nie należy do świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów;
- 11) adres, na który ma zostać przekazany przekaz pocztowy, jeżeli zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przekazu pocztowego;
- 12) spis załączników do wniosku o zwrot kosztów;
- 13) oświadczenie osoby składającej wniosek, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

5. Do wniosku o zwrot kosztów dołącza się:

- 1) oryginał rachunku wystawionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub oryginał rachunku wystawionego w państwie członkowskim Unii Europejskiej przez aptekę albo dostawcę wyrobów medycznych;
- 2) dokument potwierdzający pokrycie całości kosztów świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w przypadku gdy nie wynika to z dokumentu, o którym mowa pkt 1;
- 3) oryginał lub kopię odpowiednio:
 - a) skierowania lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3–5,
 - b) recepty, o której mowa w art. 42b ust. 9 pkt 1, albo recepty transgranicznej,
 - c) zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 10.

6. Rachunek, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, zawiera:

- 1) dane wystawcy rachunku oraz datę jego wystawienia;
- 2) dane świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów;
- 3) dane niezbędne do zidentyfikowania świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w szczególności informacje umożliwiające określenie kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 oraz Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 albo dane dotyczące wydanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych.

7. W przypadku gdy rachunek, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, nie zawiera danych, o których mowa w ust. 6 pkt 3, dane te powinny być zawarte w dołączonej do wniosku o zwrot kosztów dokumentacji.

8. W przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15, do wniosku o zwrot kosztów dołącza się zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do odpowiedniego programu lekowego.

9. W przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego, o którym mowa w 42b ust. 9 pkt 1, do wniosku dołącza się również poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię dokumentacji medycznej, z której wynika medyczna zasadność wystawienia recepty na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny, którego dotyczy ten wniosek.

10. W przypadku gdy dokumenty, o których mowa w ust. 5–7 i 9, są sporządzone w języku obcym, do wniosku o zwrot kosztów należy dołączyć tłumaczenie tych dokumentów na język polski.

11. Przepisów ust. 5 pkt 3 lit. a i ust. 8 nie stosuje się do wniosku o zwrot kosztów dotyczącego świadczenia opieki zdrowotnej, na które świadczeniobiorca uzyskał zgodę, o której mowa w art. 42b ust. 8.

12. Wniosek o zwrot kosztów składa się w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy ten wniosek.

13. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów nie wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, decyzję, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2, wydaje się w terminie 30 dni od dnia wszczęcia postępowania.

14. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, wydanie decyzji, o których mowa w ust. 1 i 2, następuje w terminie 60 dni od dnia wszczęcia postępowania. W przypadku gdy postępowanie wyjaśniające wymaga uzupełnienia przez świadczeniobiorcę albo jego przedstawiciela ustawowego wniosku o zwrot kosztów lub prowadzenia korespondencji z instytucją krajową, do tego terminu nie wlicza się okresu:

- 1) od dnia wezwania do uzupełnienia wniosku do dnia otrzymania tego uzupełnienia przez oddział wojewódzki Funduszu albo do dnia bezskutecznego upływu terminu wyznaczonego na uzupełnienie wniosku o zwrot kosztów;

2) od dnia wysłania zapytania do instytucji krajowej do dnia otrzymania przez oddział wojewódzki Funduszu odpowiedzi tej instytucji.

15. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przy udziale krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, zwrot kosztów albo wydanie decyzji odmawiającej zwrotu kosztów następują w terminie 6 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania. Jeżeli w powyższym terminie nie dokonano ustaleń pozwalających na jednoznaczne określenie kwoty zwrotu kosztów należnej świadczeniobiorcy, zwrot kosztów następuje niezwłocznie po upływie tego terminu w wysokości odpowiadającej kwocie, którą należy uznać w danym przypadku za najbardziej prawdopodobną podstawę zwrotu kosztów. W postępowaniu wątpliwości rozstrzyga się na korzyść świadczeniobiorcy.

16. Rozpoczęcie rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów następuje zgodnie z kolejnością wpływu do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

17. Zwrot kosztów następuje w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki Funduszu wiadomości o tym, że decyzja, o której mowa w ust. 1, stała się ostateczna, z zastrzeżeniem art. 42h ust. 1.

18. Zwrotu kosztów dokonuje się w drodze przelewu na rachunek bankowy podany we wniosku o zwrot kosztów albo w drodze przekazu pocztowego.

19. Od decyzji, o których mowa w ust. 1 i 2, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.

20. W przypadku:

- 1) uchylenia decyzji, o której mowa w ust. 1, i rozpatrzenia sprawy co do istoty,
 - 2) uchylenia decyzji, o której mowa w ust. 1, w przypadku wznowienia postępowania,
 - 3) nieważności decyzji, o której mowa w ust. 1
- po dokonaniu przez Fundusz zwrotu kosztów, świadczeniobiorca, który otrzymał zwrot kosztów, jest obowiązany do zwrotu nienależnie otrzymanej kwoty.

21. Kwota, o której mowa w ust. 20, podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek zwrotu tej kwoty, jej wysokość oraz termin płatności.

22. Od kwoty, o której mowa w ust. 20, nalicza się odsetki ustawowe, poczynając od dnia, w którym upłynął termin płatności.

23. Nie wydaje się decyzji, o której mowa w ust. 21, jeżeli od dnia uchylecia lub stwierdzenia nieważności decyzji, o której mowa w ust. 1, upłynęło 5 lat.

24. Należność z tytułu zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 20, ulega przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca tę należność stała się ostateczna.

25. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku o zwrot kosztów, mając na względzie zapewnienie sprawności postępowania w sprawie zwrotu kosztów.

Art. 42e. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uzyskania zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, mając na względzie dobro świadczeniobiorców oraz gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.

2. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, może zawierać wyłącznie:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej podlegające wymogom planowania niezbędnego dla zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do pełnego zakresu opieki zdrowotnej wysokiej jakości lub wynikającego z konieczności kontrolowania kosztów i uniknięcia niegospodarności w wykorzystaniu zasobów finansowych, technicznych i ludzkich, a jednocześnie które:
 - a) wymagają pozostawania pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc lub
 - b) wymagają zastosowania wysokospecjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub aparatury i sprzętu medycznego;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej stwarzające szczególne ryzyko dla życia lub zdrowia świadczeniobiorcy.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje rozporządzenie, o którym mowa w ust. 1, lub dokonuje jego zmiany, w przypadku stwierdzenia, że brak takiego wykazu lub jego zmiany będzie skutkować nienależyтым zabezpieczeniem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie kraju.

Art. 42f. 1. Zgodę, o której mowa w art. 42b ust. 8, wydaje w drodze decyzji administracyjnej, na wniosek świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na

miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

- 1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w ogłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1;
- 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, w drodze decyzji administracyjnej, odmówić zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, jeżeli świadczenie opieki zdrowotnej objęte wnioskiem:

- 1) nie jest świadczeniem gwarantowanym;
- 2) może zostać udzielone w kraju przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w terminie nieprzekraczającym czasu oczekiwania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 lit. h;
- 3) stwarza dla zdrowia świadczeniobiorcy znaczne ryzyko, którego nie równoważą potencjalne korzyści zdrowotne, jakie może on odnieść dzięki uzyskaniu tego świadczenia;
- 4) stwarza znaczne zagrożenie zdrowotne dla społeczeństwa;
- 5) ma zostać udzielone przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, działający w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, co do którego zachodzą istotne wątpliwości w zakresie przestrzegania standardów jakości i bezpieczeństwa, ustanowionych przez państwo, w którym udziela on świadczeń zdrowotnych.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
- 1) w części wypełnianej przez świadczeniobiorcę, jego przedstawiciela ustawowego albo małżonka:
 - a) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji świadczeniobiorcy,
 - c) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy albo małżonka, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy albo małżonek,
 - d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy albo małżonka, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy albo małżonek,
 - e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego albo małżonka,
 - f) wskazanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, działającego w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, mającego udzielić świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem,
 - g) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
 - 2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 3:
 - a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,
 - b) pieczęć lekarza wypełniającego wniosek, zawierającą numer prawa wykonywania zawodu,
 - c) pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) rozpoznanie kliniczne, w zakresie którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,
 - f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,

- g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wnioski,
- h) określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wnioski,
- i) uzasadnienie wniosku,
- j) spis załączników do wniosku.

5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1:

- 1) dołącza się dokumentację medyczną oraz pisemną informację, o której mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym – tłumaczenie tej dokumentacji na język polski;
- 2) można dołączyć oświadczenie, że świadczeniobiorca na podstawie wniosku, o którym mowa w ust. 1, nie dopuszcza wydania zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1.

6. Przy rozpatrywaniu wniosku, o którym mowa w ust. 1, uwzględnia się pilność danego przypadku ocenianą przy uwzględnieniu aktualnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy, stopnia odczuwanych dolegliwości lub charakteru jego niepełnosprawności, historii choroby i przewidywanego jej rozwoju.

7. Od decyzji, o której mowa w ust. 2, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.

8. Jeżeli wniosek, o którym mowa w ust. 1, spełnia warunki do wydania zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje taką zgodę, chyba że świadczeniobiorca złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 5 pkt 2.

Art. 42g. Przepisów art. 42b–42f nie stosuje się do osób:

- 1) o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16 oraz członków ich rodzin, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej wymienionego w załączniku nr 3 do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1);
- 2) zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodzin osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1–15a, 17, 20–37, jeżeli posiadają miejsce zamieszkania na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej niż

osoba, która zgłosiła członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, a państwo zamieszkania jest wymienione w załączniku nr 3 do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Art. 42h. 1. W przypadku gdy koszty realizacji zadań wynikających z art. 42b w danym roku kalendarzowym osiągną kwotę limitu, stanowiącą sumę rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. d, oraz rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 5, Fundusz zawiesza wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca tego roku kalendarzowego. Prezes Funduszu niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, o zawieszeniu wypłaty tych kwot.

2. W przypadku gdy przed końcem pierwszego półrocza danego roku kalendarzowego zostanie przekroczony poziom 50% kwoty, o którym mowa w ust. 1, Prezes Funduszu niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, o przewidywanym terminie zawieszenia wypłaty kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów.

3. W przypadku gdy przychody ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, zrealizowane jako należne za okres od początku danego roku kalendarzowego, są niższe niż przychody planowane na ten okres, kwota limitu, o której mowa w ust. 1, ulega obniżeniu o kwotę różnicy między przychodami planowanymi a zrealizowanymi, jednak nie więcej niż o kwotę rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 5.

4. Wypłat zawieszonych na podstawie ust. 1 dokonuje się do dnia 31 stycznia roku następnego, w ramach limitu, o którym mowa w ust. 1.

5. Świadczeniobiorcy nie przysługują odsetki z tytułu zawieszenia wypłaty kwoty należnej z tytułu zwrotu kosztów, o którym mowa w ust. 1.

Art. 42i. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanej dalej „wnioskodawcą”, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego albo małżonka, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania, instytucji miejsca

pobytu albo instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „podmiotem uprawnionym”, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wydać wnioskodawcy, który uzyskał zgodę, o której mowa w ust. 1, na wniosek podmiotu uprawnionego, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu:

- 1) do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia;
- 2) do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju – najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.

3. Zgody, o których mowa w ust. 1 i 2, wydaje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

- 1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w ogłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1;
- 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę;
- 3) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

- 4) osób, o których mowa w art. 12a – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, właściwego dla miejsca zamieszkania tych osób na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) w części wypełnianej przez wnioskodawcę, jego przedstawiciela ustawowego albo małżonka:
 - a) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL wnioskodawcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji wnioskodawcy,
 - c) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy albo małżonka, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy albo małżonek,
 - d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy albo małżonka, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy albo małżonek,
 - e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego albo małżonka,
 - f) wskazanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, działającego w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w którym mają zostać udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem,
 - g) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- 2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 4:
 - a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,

- b) pieczęć lekarza wypełniającego wniosek zawierającą numer prawa wykonywania zawodu,
- c) pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,
- d) rozpoznanie kliniczne, w zakresie którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
- e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,
- f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,
- g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,
- h) określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek,
- i) uzasadnienie wniosku,
- j) spis załączników do wniosku.

6. Do dokumentacji medycznej dołączanej do wniosku, o którym mowa w ust. 1, przepis art. 42f ust. 5 pkt 1 stosuje się odpowiednio.

7. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, oprócz elementów wymienionych w ust. 5, zawiera wskazanie przez lekarza wypełniającego wniosek proponowanego środka transportu, wraz z uzasadnieniem.

8. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, oprócz elementów wymienionych w ust. 5 pkt 1, zawiera:

- 1) nazwę i adres podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w którym przebywa wnioskodawca;
- 2) wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia.

9. W przypadku gdy wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), korzystając ze świadczeń udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, na wniosek podmiotu uprawnionego, wydaje, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca

dalszego leczenia w kraju – najtańszym środkiem transportu możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy, gdy przewidywane koszty dalszego leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.

10. Do wniosku, o którym mowa w ust. 9, stosuje się odpowiednio przepisy ust. 8.

11. Do wniosku, o którym mowa w ust. 9, dołącza się:

- 1) dokumentację sporządzoną przez szpital, o którym mowa w ust. 9, zawierającą aktualne rozpoznanie kliniczne, opis aktualnego stanu zdrowia wnioskodawcy, prawdopodobny zakres i czas trwania dalszego leczenia oraz wskazanie środka transportu możliwego do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy;
- 2) wstępny kosztorys dalszego leczenia sporządzony przez szpital, o którym mowa w ust. 9;
- 3) tłumaczenie na język polski dokumentów, o których mowa w pkt 1 i 2.

12. Od decyzji odmawiających wydania zgód, o których mowa w ust. 1, 2 i 9, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.

Art. 42j. 1. Prezes Funduszu może na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego albo małżonka, w drodze decyzji administracyjnej, skierować wnioskodawcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.

2. W przypadkach określonych w ust. 1 Prezes Funduszu może wydać na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń za granicą lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych oraz tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
- 1) w części wypełnianej przez wnioskodawcę, jego przedstawiciela ustawowego albo małżonka:
 - a) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL wnioskodawcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji wnioskodawcy,
 - c) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy albo małżonka, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy albo małżonek,
 - d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy albo małżonka, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy albo małżonek,
 - e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego albo małżonka,
 - f) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
 - 2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 3:
 - a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,
 - b) pieczęć lekarza wypełniającego wniosek zawierającą numer prawa wykonywania zawodu oraz tytuł lub stopień naukowy,
 - c) pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) rozpoznanie kliniczne, w zakresie którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,
 - f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,
 - g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,

- h) wskazanie zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym mają zostać udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wnioski, wraz z uzasadnieniem,
- i) uzasadnienie wniosku,
- j) spis załączników do wniosku.

5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, stosuje się odpowiednio przepisy art. 42i ust. 7 i 8.

6. Podstawą rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, jest dokumentacja medyczna. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.

7. Decyzje w sprawach, o których mowa w ust. 1 i 2, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

8. Koszty wynikające z ust. 1 i 2 są finansowane z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 42k. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych, wiedzę i praktykę medyczną oraz kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisów o koordynacji.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosków, o których mowa w art. 42f ust. 1, art. 42i ust. 1, 2 i 9 oraz art. 42j ust. 1 i 2, oraz wzory tych wniosków,
- 2) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w art. 42i ust. 2 i 9 oraz art. 42j ust. 1 i 2

– mając na względzie zapewnienie sprawności postępowania oraz celowość wydatkowania środków publicznych.”;

5) art. 51 otrzymuje brzmienie:

„Art. 51. 1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), oddział wojewódzki Funduszu, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania

świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wydaje, na zasadach i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji, Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.

2. Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, dla osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), wydaje oddział wojewódzki Funduszu wskazany w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1, a w przypadku osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – oddział wojewódzki Funduszu wybrany przez świadczeniobiorcę.

3. Przepisy wydane na podstawie art. 49 ust. 9 pkt 4 stosuje się odpowiednio.”;

6) po art. 59 dodaje się art. 59a w brzmieniu:

„Art. 59a. 1. Skierowania wystawione przez lekarzy wykonujących zawód w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej traktuje się jako skierowania w rozumieniu ustawy, jeżeli spełniają określone w niej wymagania.

2. Do skierowania, o którym mowa w ust. 1, wystawionego w języku obcym, dołącza się jego tłumaczenie na język polski.”;

7) w art. 77 w ust. 2 uchyla się pkt 2;

8) w art. 97 w ust. 3:

a) pkt 3b otrzymuje brzmienie:

„3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 42j;”;

b) po pkt 3b dodaje się pkt 3c w brzmieniu:

„3c) dokonywanie zwrotu kosztów, w przypadku świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa, z zastrzeżeniem art. 42b ust. 2, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;”;

c) po pkt 11 dodaje się pkt 12 w brzmieniu:

„12) wykonywanie zadań Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, zwanego dalej „KPK”.”;

9) po art. 97 dodaje się art. 97a w brzmieniu:

„Art. 97a. 1. W centrali Funduszu działa KPK.

2. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom z innych państw członkowskich Unii Europejskiej, na ich wnioski, niezbędnych informacji dotyczących:

- 1) praw pacjenta uregulowanych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
- 2) świadczeniodawców, w odniesieniu do rodzajów wykonywanej działalności leczniczej;
- 3) osób wykonujących zawody medyczne, w zakresie posiadania prawa do wykonywania zawodu oraz nałożonych ograniczeń w wykonywaniu tego prawa, w oparciu o dostępne rejestry publiczne;
- 4) obowiązujących na podstawie przepisów prawa standardów jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz obowiązujących przepisów w zakresie oceny świadczeniodawców pod względem stosowania tych standardów i nadzoru nad świadczeniodawcami;
- 5) posiadanych przez dany szpital udogodnień dla osób niepełnosprawnych;
- 6) zasad dochodzenia roszczeń z tytułu wyrządzenia szkody lub krzywdy w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz zasad i trybu ustalania odszkodowania lub zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Informacji, o których mowa w ust. 2, KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, o ile jest to możliwe również w innych językach urzędowych Unii Europejskiej.

4. KPK współpracuje z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działającymi w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, w szczególności w zakresie wymiany informacji, o których mowa w ust. 2.

5. Na wniosek krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich

Unii Europejskiej KPK, we współpracy z oddziałami wojewódzkimi Funduszu, udziela niezbędnej pomocy w wyjaśnianiu zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej przez polskich świadczeniodawców, apteki i dostawców wyrobów medycznych.

6. KPK kieruje do krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej, zapytania dotyczące zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, apteki i dostawców wyrobów medycznych, działających na terytorium tych państw.

7. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom informacji dotyczących niezbędnych elementów recepty transgranicznej.

8. KPK zamieszcza na swojej stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu aktualne informacje o danych teleadresowych krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

9. KPK zamieszcza na swojej stronie internetowej, na wniosek zainteresowanych podmiotów, hiperłącza do stron internetowych stowarzyszeń i fundacji działających na rzecz promocji polskiego sektora usług medycznych.

10. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają świadczeniobiorcom oraz osobom wykonującym zawody medyczne, bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, informacji dotyczących:

- 1) możliwości uzyskania zwrotu kosztów, w tym informacji na temat przybliżonej wysokości zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej określonego świadczenia opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeń opieki zdrowotnej objętych wykazem, o którym mowa w art. 42e ust. 1;
- 3) trybu rozpatrywania i realizacji wniosków o zwrot kosztów;
- 4) trybu rozpatrywania wniosków o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8.

11. Informacje, o których mowa w ust. 10, zamieszcza się także na stronach internetowych KPK i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji

Publicznej Funduszu, z tym że informacja na temat wysokości zwrotu kosztów może ograniczać się do wybranych świadczeń gwarantowanych.”;

10) w art. 118 w ust. 2 w pkt 1 po lit. c dodaje się lit. d w brzmieniu:

„d) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z art. 42b;”;

11) w art. 188 po ust. 2 dodaje się ust. 2b w brzmieniu:

„2b. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania następujących danych pacjentów z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej, w związku z realizacją zadań, o których mowa w art. 97a ust. 2 i 5:

- 1) nazwisko i imię (imiona);
- 2) obywatelstwo;
- 3) data urodzenia;
- 4) numer identyfikacyjny pacjenta w państwie ubezpieczenia;
- 5) numer dokumentu tożsamości;
- 6) informacje o stanie zdrowia;
- 7) świadczenia zdrowotne udzielone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne zakupione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”;

12) po art. 188a dodaje się art. 188b w brzmieniu:

„Art. 188b. W celu realizacji zadań określonych w art. 97a ust. 2 pkt 3 Fundusz jest uprawniony do przetwarzania następujących danych dotyczących osób wykonujących zawody medyczne:

- 1) nazwisko i imię (imiona);
- 2) informacje na temat prawa wykonywania zawodu oraz kwalifikacji zawodowych.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.⁵⁾) po art. 99 dodaje się art. 99a w brzmieniu:

„Art. 99a. 1. Apteka ogólnodostępna oraz punkt apteczny przekazują Krajowemu Punktowi Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 31, poz. 206, Nr 92, poz. 753, Nr 95, poz. 788 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 78, poz. 513 i Nr 107, poz. 679, z 2011 r. Nr 63, poz. 322, Nr 82, poz. 451, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i Nr 122, poz. 696, z 2012 r. poz. 1342 i 1544 oraz z 2013 r. poz. 1245.

publicznych, na ich wniosek, dane dotyczące produktów leczniczych, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zakupionych przez wskazanych we wniosku pacjentów z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej, oraz ich cen.

2. Dane określone w ust. 1 przekazuje się w terminie 14 dni od otrzymania wniosku.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 oraz z 2014 r. poz. 24) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 14 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 oraz dodaje się ust. 2–4 w brzmieniu:

„2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, udziela:

- 1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;
- 2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 25 ust. 1;
- 3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu.

3. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje Krajowemu Punktowi Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa w ustawie 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.³⁾), na ich wniosek, dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym we wniosku pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cen tych świadczeń.

4. Dane określone w ust. 3 przekazuje się w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.”;

2) w art. 24 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Aktualne informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12, podaje się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia.”;

3) po art. 24 dodaje się art. 24a w brzmieniu:

„Art. 24a. 1. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, podmiot wykonujący działalność leczniczą wystawia rachunek, w którym, na wniosek pacjenta, wyszczególnia się zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

2. Rachunek, o którym mowa w ust. 1, powinien być zgodny z aktualną wysokością opłat podaną do wiadomości zgodnie z art. 24 ust. 2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie może różnicować opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta.”.

Art. 4. 1. Decyzje administracyjne wydane przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy na podstawie przepisów art. 25 lub art. 26 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują ważność po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Postępowania w sprawie wniosków, o których mowa w art. 25 lub art. 26 ustawy, o której mowa w art. 1, wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, są prowadzone na podstawie dotychczasowych przepisów.

3. Zaświadczenia i decyzje wydane przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 51 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują ważność po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, do czasu ich unieważnienia zgodnie z przepisami o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 32 ustawy, o której mowa w art. 1, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wskazanego w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1 tej ustawy.

4. Postępowania w sprawie wydania zaświadczenia, o którym mowa w art. 51 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, wszczęte przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, są prowadzone przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia do czasu wydania zaświadczenia lub decyzji odmawiającej jego wydania.

Art. 5. 1. W latach 2014–2023 maksymalny limit kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu realizacji zadania, o którym mowa w art. 42d ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi:

1) 2014 r. – 940,727 mln zł;

- 2) 2015 r. – 1039,285 mln zł;
- 3) 2016 r. – 1082,030 mln zł;
- 4) 2017 r. – 1121,484 mln zł;
- 5) 2018 r. – 1161,664 mln zł;
- 6) 2019 r. – 1202,073 mln zł;
- 7) 2020 r. – 1242,714 mln zł;
- 8) 2021 r. – 1283,595 mln zł;
- 9) 2022 r. – 1324,720 mln zł;
- 10) 2023 r. – 1365,650 mln zł.

2. Limit kosztów, o którym mowa w ust. 1, obejmuje środki rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 1, w wysokości:

- 1) 2014 r. – 634,793 mln zł;
- 2) 2015 r. – 662,836 mln zł;
- 3) 2016 r. – 696,170 mln zł;
- 4) 2017 r. – 725,977 mln zł;
- 5) 2018 r. – 756,665 mln zł;
- 6) 2019 r. – 787,354 mln zł;
- 7) 2020 r. – 818,042 mln zł;
- 8) 2021 r. – 848,731 mln zł;
- 9) 2022 r. – 879,419 mln zł;
- 10) 2023 r. – 910,108 mln zł.

3. Limit kosztów, o którym mowa w ust. 1, przewidziany na dany rok ulega zmianie o kwotę różnicy pomiędzy wysokością rezerwy, o której mowa w ust. 2, a kwotą tej rezerwy ujętej w planie finansowym na dany rok, o którym mowa w art. 121 lub art. 123 ustawy, o której mowa w art. 1.

4. W przypadku gdy przychody ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, zrealizowane jako należne za okres od początku danego roku kalendarzowego, są niższe niż przychody planowane na ten okres, limit kosztów, o którym mowa w ust. 1, przewidziany na ten rok ulega obniżeniu o kwotę różnicy między przychodami planowanymi a zrealizowanymi, jednak nie więcej niż o kwotę rezerwy na dany rok, o której mowa w art. 118 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 1.

5. W przypadku osiągnięcia w danym roku kalendarzowym limitu kosztów określonego na ten rok w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, Narodowy Fundusz Zdrowia zawiesza wypłatę

kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów, o którym mowa w art. 42b ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, do końca tego roku kalendarzowego. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia, o zawieszeniu wypłaty tych kwot.

6. Wypłat zawieszonych na podstawie ust. 5, dokonuje się do dnia 31 stycznia roku następnego, ze środków przewidzianych na realizację wniosków o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42b ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

7. Świadczeniobiorcy nie przysługują odsetki z tytułu zawieszenia wypłaty, o której mowa w ust. 5.

8. W przypadku gdy przed końcem pierwszego półrocza danego roku kalendarzowego zostanie przekroczony poziom 50% limitu kosztów, o którym mowa w ust. 1, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia, o przewidywanym terminie zawieszenia wypłaty, o której mowa w ust. 5.

9. W latach 2014–2023 maksymalny limit kosztów wynagrodzeń w Narodowym Funduszu Zdrowia, z tytułu realizacji zadań, o których mowa w art. 42d, art. 42f i art. 97a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi:

- 1) 2014 r. – 4371,8 tys. zł;
- 2) 2015 r. – 5380,2 tys. zł;
- 3) 2016 r. – 5514,6 tys. zł;
- 4) 2017 r. – 5652,4 tys. zł;
- 5) 2018 r. – 5787,6 tys. zł;
- 6) 2019 r. – 5926,2 tys. zł;
- 7) 2020 r. – 6069 tys. zł;
- 8) 2021 r. – 6214,3 tys. zł;
- 9) 2022 r. – 6363,8 tys. zł;
- 10) 2023 r. – 6510,2 tys. zł.

10. W latach 2014–2023 maksymalny limit kosztów administracyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia, innych niż koszty wynagrodzeń, związanych z realizacją zadań, o których

mowa w art. 42d, art. 42f i art. 97a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi:

- 1) 2014 r. – 2733 tys. zł;
- 2) 2015 r. – 1149 tys. zł;
- 3) 2016 r. – 1149 tys. zł;
- 4) 2017 r. – 1149 tys. zł;
- 5) 2018 r. – 1149 tys. zł;
- 6) 2019 r. – 1149 tys. zł;
- 7) 2020 r. – 1149 tys. zł;
- 8) 2021 r. – 1149 tys. zł;
- 9) 2022 r. – 1149 tys. zł;
- 10) 2023 r. – 1149 tys. zł.

11. W przypadku gdy koszty, o których mowa w ust. 9 lub 10, po pierwszym półroczu danego roku przekroczą 65% limitów przewidzianych na ten rok, wysokość tych kosztów obniża się w czwartym kwartale o kwotę gwarantującą, że limity te nie zostaną przekroczone.

12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia monitoruje wykorzystanie rocznych limitów kosztów, o których mowa w ust. 1, 9 i 10, oraz wdraża mechanizmy korygujące, o których mowa w ust. 3–5, 8 i 11.

13. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, dokona zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2014, wynikającej z niniejszej ustawy. Do zmiany tej stosuje się odpowiednio tryb określony w art. 124 ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 1.

Art. 6. 1. Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 25 ust. 5 i art. 26a ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 42k ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2015 r.

2. Akt wykonawczy wydany na podstawie art. 13a ustawy, o której mowa w art. 1, utrzymany w mocy na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 7 lutego 2014 r. o udziale zagranicznych funkcjonariuszy lub pracowników we wspólnych operacjach lub wspólnych działaniach ratowniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. poz. 295) zachowuje moc do dnia wejścia w życie aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 13a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2015 r.

Art. 7. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zwany dalej „projektem”, ma na celu transpozycję do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45–65), zwanej dalej „dyrektywą”. Zgodnie z art. 21 dyrektywy państwa członkowskie zobowiązane są do wprowadzenia w życie wszelkich aktów prawnych, niezbędnych do jej wdrożenia, najpóźniej do dnia 25 października 2013 r.

Głównym założeniem dyrektywy jest zapewnienie realizacji zasady swobody przepływu usług na terytorium Unii Europejskiej w sferze opieki zdrowotnej – zgodnie z dorobkiem orzecznictwem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości – tj. stworzenie przejrzystych ram prawnych w zakresie korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, z możliwością uzyskania przez każdego pacjenta zwrotu kosztów takich świadczeń od publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, któremu dana osoba podlega.

Przepisy wdrażające dyrektywę do polskiego porządku prawnego znajdują się przede wszystkim w znowelizowanej ustawie 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.), zwanej dalej „ustawą”.

Ponadto niezbędne jest również wprowadzenie odpowiednich przepisów wdrażających w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.), w związku z tym, iż dyrektywa zawiera również postanowienia dotyczące uprawnień pacjentów korzystających z transgranicznej opieki zdrowotnej w relacjach ze świadczeniodawcami.

1. Zmiany w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Zmiana w art. 11 ust. 1 pkt 4 jest konsekwencją nowego przepisu art. 97 ust. 3 pkt 3c. Natomiast zmiana w art. 13a ma charakter redakcyjny, w związku z zastąpieniem dotychczasowego przepisu art. 26 przepisem art. 42j. Zmiana w art. 20 ust. 2 pkt 2 ma na celu uszczegółowienie zakresu pisemnej informacji przekazywanej pacjentowi przez świadczeniodawcę przy zapisie. Informacja ta powinna oprócz terminu udzielenia

świadczenia zawierać także wskazanie kategorii medycznej (przypadek „pilny” lub „stabilny”), do której został zakwalifikowany pacjent. Takie uszczegółowienie tej informacji jest istotne, zwłaszcza przy rozpatrywaniu wniosków o wydanie zgody na przeprowadzenie leczenia w innym państwie Unii Europejskiej lub EFTA, na podstawie przepisów o koordynacji, a ponadto będzie miało znaczenie również przy rozpatrywaniu wniosków o udzielenie wcześniejszej zgody na uzyskanie świadczenia w innym państwie Unii Europejskiej, na zasadach transgranicznej opieki zdrowotnej, w przypadku świadczeń wymagających takiej zgody.

Implementacja dyrektywy wymaga wprowadzenia w ustawie instytucji zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, która stanowić będzie nową formę finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju, obok przewidzianych dotychczas przypadków pokrywania kosztów takich świadczeń, na podstawie art. 25 i art. 26 ustawy. Ze względów systemowych oraz w celu zapewnienia przejrzystości tekstu ustawy uznano za wskazane ujęcie całości zagadnień związanych z pokrywaniem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskiwanych za granicą w wyodrębnionym nowym rozdziale 2a „Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone poza granicami kraju”.

Prawodawca wspólnotowy przyjął jako generalną zasadę, że pacjent podlegający systemowi ubezpieczenia zdrowotnego jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej będzie mógł otrzymać zwrot poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych uzyskanych w innym państwie członkowskim, według stawek stosowanych przez jego rodzimą instytucję ubezpieczeniową, bez potrzeby występowania do tej instytucji o wydanie uprzedniej zgody na skorzystanie ze świadczeń za granicą – o ile tylko dane świadczenie jest przewidziane w koszyku świadczeń gwarantowanych państwa ubezpieczenia (art. 7 dyrektywy). W kategorii transgranicznej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 3 dyrektywy, mieszczą się również leki i wyroby medyczne zakupione w innym państwie członkowskim (art. 3 lit. a dyrektywy), a także leki i wyroby medyczne zakupione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie recepty wystawionej w innym państwie członkowskim (art. 3 lit. e). Analogicznie zasady należy zastosować do środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych na podstawie zlecenia. Realizację tych uprawnień na gruncie ustawodawstwa polskiego zagwarantować mają proponowane przepisy art. 42b.

W art. 42b ust. 2 zawarto przepis wyłączający możliwość uzyskania zwrotu kosztów w odniesieniu do obowiązkowych szczepień ochronnych. Rozwiązanie to jest konsekwencją art. 1 ust. 3 dyrektywy.

W art. 42b ust. 3 zawarto wymóg posiadania przez świadczeniobiorcę, przed skorzystaniem ze świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego zwrotowi kosztów, odpowiedniego skierowania albo zlecenia na transport sanitarny, wymaganego przepisami ustawy oraz rozporządzeń wydanych na podstawie art. 31d ustawy. Natomiast w art. 42b ust. 4 zawarto przepis zrównujący skierowanie wystawione przez lekarza wykonującego zawód w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej ze skierowaniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w kontekście zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Uregulowania te odzwierciedlają postanowienia art. 7 ust. 7 dyrektywy, zgodnie z którym państwa członkowskie mają prawo nakładać na pacjentów korzystających z transgranicznej opieki zdrowotnej analogiczne wymagania i formalności co w przypadku pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej na ich terytorium, o ile nie mają one charakteru dyskryminującego.

W art. 42b ust. 5 wprowadzono dodatkowy wymóg w odniesieniu do świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. W przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczyłby takiego świadczenia, warunkiem jego otrzymania będzie potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy, w zakresie celowości leczenia uzdrowiskowego, przed skorzystaniem z tego świadczenia.

W art. 42b ust. 6 wprowadzono dodatkowy wymóg w odniesieniu do świadczeń z zakresu programów lekowych. Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów takiego świadczenia udzielonego w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej powinno być uprzednie zakwalifikowanie pacjenta do danego programu realizowanego w kraju. Wymóg ten uzasadniony jest specyfiką programu lekowego, będącego świadczeniem opieki zdrowotnej udzielanym jedynie pacjentom spełniającym szczegółowo opisane warunki kwalifikacji do danego programu.

W art. 42b ust. 7 wprowadzono natomiast warunek, iż w przypadku świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest spełnienie wymogów warunkujących udział w danym programie, o ile takie szczególne wymogi zawarte są w przepisach dotyczących danego programu.

W art. 42b ust. 8 zawarto zastrzeżenie, iż w przypadku świadczeń zawartych w wykazie przewidzianym w art. 42e ust. 1 warunkiem zwrotu kosztów będzie wcześniejsze udzielenie zgody dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu na uzyskanie danego świadczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, przy czym zgoda taka obejmować będzie także świadczenia, które nie były bezpośrednio jej przedmiotem, ale ich udzielenie okazało się konieczne w związku z udzielaniem świadczenia objętego zgodą.

Natomiast w art. 42b ust. 9 i 10 doprecyzowano zasady, na jakich przysługiwać będzie świadczeniobiorcom zwrot kosztów odpowiednio leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę oraz wyrobów medycznych wydawanych na podstawie zlecenia. W przypadku leków nabywanych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej na podstawie recept transgranicznych wystawionych w Polsce uzasadnione jest zastrzeżenie, iż warunkiem zwrotu kosztów będzie wystawienie takiej recepty przez osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 112, poz. 696, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji”. Natomiast w przypadku wyrobów medycznych nabywanych w innych państwach członkowskich na podstawie zleceń wystawionych w Polsce wprowadzono wymóg, aby zlecenia takie uprawniały do nabywania wyrobów medycznych na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie ustawy o refundacji.

W art. 42b ust. 11 zawarto dodatkowe zastrzeżenie, że zwrot kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego dotyczyć będzie wyłącznie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia lub wyrobów medycznych przepisanych zgodnie z potwierdzonymi w dokumentacji medycznej wskazaniami refundacyjnymi określonymi w wykazach wydawanych na podstawie art. 37 ustawy o refundacji. Zastrzeżenie to dotyczy tylko leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia i wyrobów medycznych zakupionych na podstawie recept wystawianych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, z uwagi na to, że w przypadku realizacji za granicą recept wystawionych przez polskich lekarzy zwrot kosztów warunkowany będzie (zgodnie z art. 42b ust. 9 pkt 2) posiadaniem przez wnioskodawcę recepty wystawionej przez osobę uprawnioną do wystawiania recept refundowanych. Zatem w tym przypadku kontrola medycznej zasadności wystawienia

recepty będzie się odbywać na zasadach ogólnych, zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i umowami upoważniającymi do wystawiania recept refundowanych.

W projektowanym art. 42c określono zasady dotyczące wysokości należnego zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 42c ust. 1 pkt 1 i 2 wysokość zwrotu kosztów powinna odpowiadać kwocie finansowania danego świadczenia stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami, z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo kwocie finansowania z budżetu państwa, w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych, medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego (w tym lotniczego) oraz świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia.

W art. 42c ust. 1 pkt 3 i 4 określono zasady zwrotu kosztów leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zakupionych na zasadach transgranicznej opieki zdrowotnej. W tym przypadku zwrot kosztów dokonywany będzie w wysokości odpowiadającej kwocie refundacji, którą otrzymuje apteka, zgodnie z art. 46 ust. 1 i 2 ustawy o refundacji. Natomiast w przypadku wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie zwrot kosztów odpowiadać będzie kwocie finansowania ze środków publicznych dla danego wyrobu medycznego, wynikającej z przepisów wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

W art. 42c ust. 2–4 zawarto bardziej szczegółowe uregulowania, niezbędne z uwagi na specyfikę mechanizmów rozliczania świadczeń przez Fundusz. Regulacja zawarta w ust. 2 odnosi się do sytuacji, gdy dla danego świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej nie będzie można wskazać dokładnego odpowiednika wśród świadczeń finansowanych przez Fundusz – w szczególności w przypadku, gdy dane świadczenie mieszczące się w koszyku świadczeń gwarantowanych nie będzie aktualnie przedmiotem kontraktów zawartych przez Fundusz. Jako przykład wskazać można ściśle określoną technikę radioterapii, która nie jest aktualnie stosowana (zakontraktowana przez Fundusz) w kraju, natomiast mieści się w zakresie radioterapii, która znajduje się w załączniku do odpowiedniego rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego świadczeń gwarantowanych. W takich sytuacjach za podstawę zwrotu

kosztów powinno zostać przyjęte świadczenie najbardziej zbliżone pod względem medycznym do świadczenia wykazanego w rachunku. Regulacja zawarta w ust. 3 dotyczy sytuacji, gdy w rachunkach przedstawionych przez świadczeniobiorcę wykazanych będzie kilka konkretnych procedur medycznych, które w stosowanym modelu rozliczeń Funduszu ze świadczeniodawcami rozliczane są w ramach jednego świadczenia – ujętego jako produkt kontraktowy, w szczególności JGP. Wówczas podstawę zwrotu kosztów powinno stanowić takie kompleksowe świadczenie. Reguła zawarta w ust. 4 zapobiega powstaniu niedopuszczalnych sytuacji, w których świadczeniobiorcy mogliby żądać wielokrotnego zwrotu kosztów na poziomie wartości określonej JGP, składając oddzielne wnioski o zwrot kosztów dla poszczególnych procedur diagnostycznych lub terapeutycznych, które zgodnie z obowiązującym modelem rozliczeń między Funduszem a świadczeniobiorcami są rozliczane w ramach jednej pozycji – JGP.

W art. 42c ust. 5 doprecyzowano zasady ustalania wysokości należnego zwrotu kosztów, w przypadku świadczeń, dla których na terenie kraju obowiązują jednolite stawki finansowania. Podstawą zwrotu kosztów powinna być w tym przypadku, co do zasady, wysokość kwoty finansowania według stanu istniejącego w umowach obowiązujących na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielania danego świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej. Natomiast w art. 42c ust. 6 doprecyzowano zasady ustalania wysokości zwrotu kosztów, w sytuacji gdy dla danego świadczenia istnieć będzie zróżnicowanie wysokości kwot finansowania, stosowanych w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami. W takich sytuacjach zwrot kosztów następować będzie przy zastosowaniu średniej ważonej kwoty finansowania dla danego świadczenia, obliczonej według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielania danego świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej. W art. 42c ust. 7 ustanowiono dodatkową regułę, niezbędną w związku z możliwością wystąpienia sytuacji, gdy ustalenie podstawy zwrotu kosztów nie byłoby możliwe, przy zastosowaniu reguł określonych w ust. 5 lub 6, co może dotyczyć w szczególności sytuacji, gdy określone świadczenie zostanie objęte umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trakcie danego roku. Wówczas jako podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się odpowiednio wysokość kwoty finansowania lub średnią ważoną kwoty finansowania według stanu istniejącego w umowach

obowiązujących na dzień, w którym zakończono udzielania świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów.

Przepis art. 42c ust. 8 reguluje zasady ustalania wysokości zwrotu kosztów w odniesieniu do świadczeń, dla których w Rzeczypospolitej Polskiej przyjęto ryczałtową formę rozliczania, co dotyczy zarówno świadczeń finansowanych ze środków Funduszu (SOR, izby przyjęć), jak i świadczeń finansowanych z budżetu państwa (medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez zespoły lotnictwa medycznego). W takich przypadkach podstawą zwrotu kosztów będzie średnia kwota finansowania świadczeń z danego zakresu, udzielonych jednemu pacjentowi w ostatnim pełnym kwartale poprzedzającym dzień udzielenia tych świadczeń.

W art. 42c ust. 9 zawarto przepis nakładający na Ministra Zdrowia obowiązek obliczania średniej ważonej oraz średniej kwoty finansowania w przypadku świadczeń finansowanych z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji Ministra Zdrowia. Chodzi w tym przypadku o świadczenia, których nie kontraktuje Fundusz.

Natomiast w art. 42c ust. 10 doprecyzowano zasady ustalania zwrotu kosztów w przypadku leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydawanych na podstawie zlecenia. Podstawą zwrotu kosztów powinna być w tym przypadku odpowiednio wysokość refundacji lub wysokości finansowania ze środków publicznych obowiązująca na dzień zakupu danego artykułu.

W przepisie art. 42c ust. 11 zawarto przepis odnoszący się do sytuacji, gdy lek zakupiony w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej występować będzie w opakowaniu o innej wielkości niż ten sam lek refundowany w Rzeczypospolitej Polskiej. W takiej sytuacji zwrot kosztów powinien podlegać proporcjonalnemu zwiększeniu lub zmniejszeniu, w zależności od różnicy w wielkości opakowań (liczby DDD leku w każdym z opakowań jednostkowych). Celem art. 42c ust. 13 jest ograniczenie kwoty zwrotu kosztów do wysokości wydatków rzeczywiście poniesionych przez świadczeniobiorcę, przy czym przy ustalaniu tej wysokości będzie miał zastosowanie kurs średni danej waluty ogłaszany przez Narodowy Bank Polski, obowiązujący w dniu wystawienia rachunku za świadczenie będące przedmiotem wniosku o zwrot kosztów.

W art. 42c ust. 14 zawarto odesłanie do przepisu art. 50a ust. 2 ustawy, który będzie miał odpowiednio zastosowanie do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej.

W konsekwencji Fundusz zwracać będzie jedynie odpowiednią część kosztów świadczenia, trwającego więcej niż jeden dzień, w sytuacji stwierdzenia, że wnioskodawca utracił prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w trakcie udzielania świadczenia objętego wnioskiem.

W przepisie art. 42d zawarto podstawowe zasady dotyczące postępowania w sprawie zwrotu kosztów. Zwrot kosztów dokonywany będzie, na pisemny wniosek świadczeniobiorcy, przez właściwy oddział wojewódzki Funduszu na podstawie decyzji administracyjnej dyrektora tego oddziału. Wnioski o zwrot kosztów powinny być kierowane, co do zasady, do oddziału właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Odrębne reguły ustalono dla dwóch kategorii świadczeniobiorców wymienionych w ust. 1 pkt 1 i 2, które nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W ust. 2 omawianego art. 42d zawarto katalog przesłanek wydania decyzji o odmowie zwrotu kosztów. Wydanie decyzji odmownej następować będzie w przypadku, gdy:

- 1) wniosek dotyczyć będzie świadczeń nienależących do świadczeń gwarantowanych lub świadczeń niespełniających kryterium transgranicznej opieki zdrowotnej;
- 2) wniosek dotyczyć będzie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów narządów od dawców zmarłych albo szczepień ochronnych;
- 3) wnioskodawca nie spełni warunków dotyczących posiadania skierowania lub zlecenia na transport sanitarny lub recepty albo zlecenia na wyrób medyczny, wymaganych na mocy odpowiednich przepisów art. 42b;
- 4) wnioskodawca nie spełni warunku dotyczącego zakwalifikowania do odpowiedniego programu lekowego albo wymogów warunkujących skorzystanie ze świadczeń w ramach określonego programu zdrowotnego;
- 5) wnioskodawca nie uzyskał wymaganej uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w przypadku świadczenia, dla którego wprowadzono wymóg posiadania takiej zgody;
- 6) wnioskodawca nie przedstawi dokumentów, pozwalających Funduszowi na zidentyfikowanie rodzaju świadczeń, których dotyczy wniosek;
- 7) wnioskodawca nie udokumentuje, iż pokrył koszty świadczeń, których dotyczy wniosek;
- 8) okaże się, że świadczenia, których dotyczy wniosek, zostały zakwalifikowane przez Fundusz w ramach unijnego systemu koordynacji;

9) wniosek zostanie złożony z naruszeniem 6-miesięcznego terminu zawitego.

Przesłanka odmowy zwrotu kosztów, wymieniona w pkt 8, może mieć zastosowanie jedynie w sytuacji posiadania przez Fundusz jednoznacznej informacji, iż świadczenia objęte wnioskiem o zwrot powinny zostać rozliczone na podstawie przepisów o koordynacji – najczęściej w sytuacji udowodnienia przez instytucję miejsca pobytu, iż zagraniczny świadczeniodawca zwrócił polskiemu świadczeniobiorcy wpłacone wcześniej środki i dokonał następnie rozliczenia na podstawie przepisów o koordynacji. Przesłanka ta nie będzie w żaden sposób ograniczała praw świadczeniobiorców, a zapewnić ma jedynie prawidłowość wydatkowania środków publicznych przez Fundusz przez ograniczenie ryzyka możliwych nadużyć ze strony świadczeniobiorców, jak również ryzyka nadużyć ze strony świadczeniodawców zagranicznych w zakresie możliwości dwukrotnego obciążania kosztami świadczeń.

W art. 42d ust. 3 zawarto przepis wyłączający w szczególnych okolicznościach zastosowanie przesłanki odmowy zwrotu kosztów, zawartej w ust. 2 pkt 5. Brak uprzedniej zgody nie powinien być podstawą odmowy, jeżeli świadczeniobiorca poddał się leczeniu na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, po upływie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o wydanie uprzedniej zgody, ze względu na pilną konieczność podjęcia leczenia niezbędnego do ratowania życia lub zdrowia, podyktowaną potwierdzonym stanem klinicznym. W art. 42d ust. 4 wymieniono elementy, które powinny być zawarte we wniosku o zwrot kosztów, natomiast w art. 42d ust. 5–9 określono dokumenty wymagane jako załączniki do wniosku o zwrot kosztów. Wykaz tych dokumentów ściśle koresponduje z przesłankami zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, zawartymi w art. 42b. Ponadto w art. 42d ust. 10 zawarto wymóg dołączania do wniosku tłumaczeń na język polski, w przypadku dokumentów sporządzonych w językach obcych. Przepis art. 42d ust. 11 zawiera regulację wyłączającą stosowanie wymogów dotyczących posiadania niektórych dokumentów, w przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczyłby świadczenia objętego uprzednią zgodą dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Dodatkowo w art. 42d ust. 12 zawarto 6-miesięczny termin zawity do złożenia wniosku o zwrot kosztów, biegnący od dnia wystawienia rachunku za świadczenie objęte tym wnioskiem. Termin taki pozostawia świadczeniobiorcom wystarczająco dużo czasu na dopełnienie formalności związanych ze złożeniem wniosku.

W przepisach art. 42d ust. 13–15 zawarto uregulowania w zakresie terminów rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów, uznając za zasadne, z uwagi na specyfikę tego postępowania, ustanowienie norm szczególnych, odbiegających od przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego. Wprowadzono podstawowy 30-dniowy termin, w którym powinna zostać wydana decyzja administracyjna w sprawie zwrotu kosztów. Termin ten dotyczy sytuacji niewymagających przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego. Natomiast w razie konieczności prowadzenia postępowania wyjaśniającego, w szczególności wymagającego prowadzenia korespondencji, zwrot kosztów albo wydanie decyzji odmawiającej zwrotu kosztów powinny nastąpić w terminie 60 dni od dnia wszczęcia postępowania. W przypadku gdy postępowanie to wymagać będzie przekazania dodatkowych informacji lub dostarczenia dodatkowych dokumentów przez wnioskodawcę, do 60-dniowego terminu nie będzie wliczany czas oczekiwania oddziału wojewódzkiego Funduszu na odpowiedź wnioskodawcy. Zawieszenie biegu tego terminu dotyczyć będzie także okresu prowadzenia korespondencji z instytucjami krajowymi (np. ZUS), niezbędnej do ustalenia, czy świadczeniobiorca podlegał ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie korzystania ze świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej. Przewidziano również szczególne sytuacje, w których wydanie decyzji wymagać będzie wyjaśnienia załączonego przez wnioskodawcę rachunku lub innych dokumentów wystawionych przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, za pośrednictwem krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającego w państwie leczenia. Dotychczasowe doświadczenia Funduszu ze współpracy z instytucjami łącznikowymi innych państw, działającymi w ramach unijnego mechanizmu koordynacji, wskazują, że czas oczekiwania na odpowiedź instytucji innego państwa Unii Europejskiej może niekiedy sięgać wielu miesięcy. Z tego względu uzasadnione jest wprowadzenie możliwości pozytywnego rozpatrzenia wniosku, w przypadku gdy nie będzie możliwe zakończenie postępowania wyjaśniającego w ciągu 6 miesięcy, a dostarczone przez świadczeniobiorcę dokumenty pozwalają być przynajmniej na przybliżone zidentyfikowanie rodzaju świadczenia podlegającego zwrotowi kosztów. W takich przypadkach powinna też obowiązywać zasada rozstrzygnięcia wątpliwości na korzyść wnioskodawcy.

W art. 42d ust. 16 uregulowano kwestię kolejności rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów. Natomiast w art. 42d ust. 17 zawarto zasadę, iż zwrot kosztów następować

będzie w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki Funduszu wiadomości o tym, że pozytywna decyzja w tym przedmiocie stała się ostateczna. W przepisie art. 42d ust. 18 określono dwa alternatywne sposoby dokonywania zwrotu kosztów: w drodze przelewu na rachunek bankowy świadczeniobiorcy lub w drodze przekazu pocztowego. Zgodnie z art. 42d ust. 19 od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego przysługiwać będzie odwołanie do Prezesa Funduszu, na ogólnych zasadach uregulowanych w Kodeksie postępowania administracyjnego. W art. 42d ust. 20–24 zawarto regulacje odnoszące się do sytuacji, gdy po dokonaniu zwrotu kosztów przez Fundusz okaże się, że był on nienależny albo należał się w kwocie niższej od kwoty wypłaconej świadczeniobiorcy. Taka sytuacja może się zdarzyć w szczególności, jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów oddział wojewódzki Funduszu stwierdzi, na podstawie dokumentów uzyskanych od instytucji innego państwa członkowskiego, że dane świadczenie zostało już wcześniej rozliczone na podstawie przepisów o koordynacji, albo otrzyma od Krajowego Punktu Kontaktowego do Spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej (KPK) innego państwa informację pozwalającą na ustalenie, że świadczenie w rzeczywistości udzielone odpowiadało świadczeniu gwarantowanemu o niższej wycenie niż świadczenie przyjęte jako podstawa zwrotu kosztów. W przypadku stwierdzenia, w szczególności w wyniku wznowienia postępowania albo stwierdzenia nieważności decyzji, że zwrot kosztów był nienależny albo należał się w kwocie niższej od kwoty wypłaconej, świadczeniobiorca będzie zobowiązany do zwrotu nienależnej kwoty. Kwota ta będzie mogła zostać ściągnięta w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Natomiast w art. 42d ust. 25 zawarto upoważnienie dla Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wzoru wniosku o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej.

Art. 8 dyrektywy zawiera odstępstwo od generalnej zasady sformułowanej w art. 7, upoważniając państwa członkowskie do wprowadzenia w swoich przepisach krajowych wymogu uzyskania przez pacjenta uprzedniej zgody płatnika, jako warunku otrzymania refundacji kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Jednocześnie wyraźnie wskazano, jakiego rodzaju opieka zdrowotna może zostać objęta wymaganiami uzyskania takiej uprzedniej zgody.

W projektowanym art. 42e ust. 1 zawarto upoważnienie dla Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazu świadczeń wymagających wcześniejszego udzielenia zgody na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym

państwie członkowskim Unii Europejskiej. W art. 42e ust. 2 doprecyzowano zakres tego wykazu, odpowiadający przesłankom sformułowanym w art. 8 ust. 2 dyrektywy.

W art. 42f wskazano dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu jako organ właściwy w sprawie wydania uprzedniej zgody na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej oraz określono przesłanki wydania decyzji odmawiającej takiej zgody, które w pełni korespondują z art. 8 ust. 6 dyrektywy. Właściwość danego oddziału wojewódzkiego Funduszu określono analogicznie do reguł przyjętych w art. 42d ust. 1. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługiwać będzie odwołanie do Prezesa Funduszu. W art. 42f ust. 4 wymieniono obligatoryjne elementy wniosku o wydanie uprzedniej zgody, natomiast w ust. 5 wskazano, iż do wniosku powinna zostać dołączona dokumentacja medyczna oraz informacja dotycząca czasu oczekiwania pacjenta na udzielenie świadczenia, którego dotyczy wniosek, wydana przez świadczeniodawcę, u którego znajduje się on na liście oczekujących. Ponadto do wniosku może zostać dołączone także oświadczenie, iż wnioskodawca wyklucza wydanie zgody na podstawie przepisów o koordynacji, a zatem jest zainteresowany wyłącznie wydaniem zgody określonej w art. 42f. Zgodnie z art. 42f ust. 7 od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługiwać będzie odwołanie do Prezesa Funduszu, na ogólnych zasadach uregulowanych w Kodeksie postępowania administracyjnego. W art. 42f ust. 8 zawarto przepis, na mocy którego dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, mimo skierowania wniosku o wydanie uprzedniej zgody, o której mowa w art. 42b ust. 7, zobligowany będzie do wydania zgody na leczenie w ramach przepisów o koordynacji, w sytuacji gdy w toku weryfikacji wniosku okaże się, że spełnione są warunki do wydania takiej zgody, chyba że wnioskodawca złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 4 pkt 2.

W art. 42g zawarto przepisy zawężające zakres podmiotowy stosowania przepisów dotyczących zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, będące konsekwencją art. 3 lit. c dyrektywy. Zgodnie z tym unormowaniem do kręgu osób uprawnionych należą wszystkie osoby, wobec których Fundusz jest instytucją właściwą do wydania zgody na uzyskanie planowych świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Grupa ta nie

pokrywa się całkowicie z grupą świadczeniobiorców w rozumieniu ustawy. Nie należą do niej osoby ubezpieczone z tytułu pobierania emerytury lub renty oraz osoby ubezpieczone jako członkowie rodziny, które posiadają miejsce zamieszkania w państwach członkowskich Unii Europejskiej wymienionych w załączniku nr 3 do rozporządzenia wykonawczego (WE) nr 987/2009, w których nie zamieszkują jednocześnie osoby, od których wywodzą one swój tytuł ubezpieczenia. Dla tych osób państwem członkowskim ubezpieczenia w rozumieniu dyrektywy jest państwo zamieszkania, bowiem to właśnie państwo jest właściwe w sprawie wydania zgody na leczenie planowe, w myśl art. 20 ust. 4 oraz art. 27 ust. 5 rozporządzenia (WE) nr 883/2004.

W art. 42h zawarto przepisy niezbędne z punktu widzenia zachowania równowagi finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Konieczne jest wprowadzenie reguły ostrożnościowej, która zapobiegnie nadmiernemu obciążeniu płatnika z tytułu zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, w stopniu zagrażającym realizacji podstawowego zadania, jakim jest zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w kraju. W związku z tym zaproponowano ustanowienie maksymalnej kwoty wydatków Funduszu z tytułu realizacji zadań wynikających z art. 42b ustawy, w wysokości sumy rezerwy na realizację wniosków o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej i rezerwy ogólnej. Po osiągnięciu tej kwoty w danym roku kalendarzowym Fundusz będzie zawieszać wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca tego roku, o czym świadczeniobiorcy będą niezwłocznie informowani, w drodze ogłoszenia, na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu. Wypłaty zawieszono w danym roku będą realizowane w roku następnym, w terminie do dnia 31 stycznia. Dodatkowo przewidziano również obowiązek informowania świadczeniobiorców o możliwości wystąpienia sytuacji, w której konieczne będzie zawieszenie wypłat z tytułu zwrotu kosztów. Wprowadzenie powyższej reguły ostrożnościowej jest dopuszczalne w świetle art. 7 ust. 9 dyrektywy, który stanowi, że „państwo członkowskie ubezpieczenia może ograniczyć stosowanie przepisów dotyczących zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie nadrzędnych względów podyktowanych interesem ogólnym, takich jak wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania kosztów i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa

zasobów finansowych, technicznych i ludzkich”. W art. 42h ust. 3 zawarto normę niezbędną w związku z możliwością wystąpienia sytuacji, gdy w trakcie trwania danego roku kalendarzowego przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne za ten rok okażą się niższe niż przychody planowane. W takim przypadku łączna kwota przewidziana jako maksymalny limit wydatków z tytułu finansowania świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej na ten rok powinna ulec obniżeniu o kwotę różnicy między przychodami planowanymi a zrealizowanymi, jednak nie więcej niż o kwotę rezerwy ogólnej. Przepis ten stanowi dodatkową regułę ostrożnościową na wypadek nieprzewidzianego spadku przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Projektowany art. 42i odpowiada zasadniczo obecnemu art. 25 ustawy, z następującymi modyfikacjami:

1. Zgoda na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub EFTA, w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji, lub decyzja odmowna w tym przedmiocie wydawana byłaby przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Właściwość oddziału w przypadkach poszczególnych kategorii wnioskodawców uregulowano w ust. 3. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługiwałoby natomiast odwołanie do Prezesa Funduszu. Zastosowano więc w tym przypadku analogiczny tryb jak w przypadku wydawania zgód na uzyskanie świadczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, jako warunku otrzymania zwrotu kosztów. Rozwiązanie takie uzasadnia w szczególności przepis art. 8 ust. 3 dyrektywy, zgodnie z którym w odniesieniu do wniosków o udzielenie uprzedniej zgody składanych przez ubezpieczonego w celu skorzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej państwo członkowskie ubezpieczenia ustala, czy spełnione zostały warunki rozporządzenia (WE) nr 883/2004. Jeżeli te warunki są spełnione, zgoda jest wydawana w myśl tego rozporządzenia, chyba że pacjent wyraża inną wolę.

2. Uzupełniono regulacje dotyczące finansowania przez Fundusz transportu do kraju, w ten sposób, że możliwość uzyskania zgody na pokrycie takiego transportu wnioskodawcy, który uzyskał zgodę na leczenie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub EFTA, nie będzie już uzależniona od przesłanki dotyczącej wysokości kosztów takiego transportu i dalszego leczenia w kraju w porównaniu z kosztami dalszego leczenia za granicą. Przesłanka ta będzie natomiast miała zastosowanie w przypadku wniosków o pokrycie kosztów transportu osób, które znalazły się

w szpitalach na terenie państw członkowskich Unii Europejskiej lub EFTA w wyniku zdarzeń nagłych (tj. korzystają z leczenia na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego).

3. W art. 42i ust. 5 wymieniono elementy wniosku o udzielenie zgody na świadczenia opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub EFTA. W zakresie dokumentów wymaganych do tego wniosku odesłano do odpowiedniego przepisu art. 42f, natomiast w art. 42i ust. 7 uregulowano zawartość wniosku o pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia, składanego wraz z wnioskiem o zgodę na przeprowadzenie leczenia, natomiast w ust. 8 zawarto elementy wniosku o pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, dotyczącego osoby, która wcześniej otrzymała zgodę na leczenie. W art. 42i ust. 9 odrębnie uregulowano możliwość uzyskania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju osoby, która przebywa w szpitalu, na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub EFTA, korzystając ze świadczeń udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji (w trybie nagłym, tj. bez wcześniejszej zgody Funduszu). Zgodnie z ust. 9 do takiego wniosku mają odpowiednie zastosowanie przepisy określające zawartość wniosku o zgodę na pokrycie kosztów transportu określone w ust. 7. Natomiast w ust. 10 określono dokumenty niezbędne do rozpatrzenia takiego wniosku, w szczególności do dokonania oceny, czy spełniona została przesłanka, iż koszty dalszego leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i dalszego leczenia w kraju.

Projektowany art. 42j stanowi zasadniczo odpowiednik dotychczasowego art. 26 ustawy, poszerzony o wskazanie zawartości wniosku, analogicznie do rozwiązań przyjętych w art. 42f i art. 42i. W odniesieniu do zgód na leczenie niewykonywane w kraju nie zdecydowano się na zmianę trybu ich wydawania, analogicznie do art. 42i, mając na uwadze wyjątkowy charakter przypadków objętych wnioskami składanymi na podstawie dotychczasowego art. 26 ustawy i bardzo wysokie zazwyczaj koszty leczenia w tych przypadkach. W związku z tym pozostawiono dotychczasowy tryb wydawania zgód przez Prezesa Funduszu, z możliwością zaskarżania decyzji odmownych do sądu administracyjnego.

Wszystkie wnioski przewidziane w projekcie będą składane pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Przepis art. 42k ust. 1 jest powtórzeniem dotychczasowego art. 25 ust. 5 ustawy. W art. 42k ust. 2 zawarto upoważnienie dla Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia:

- 1) trybu składania i rozpatrywania oraz wzoru wniosku o wydanie zgody na:
 - a) uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach art. 42b, objętego wymogiem uzyskania wcześniejszej zgody,
 - b) uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach obowiązujących w przepisach o koordynacji oraz pokrycie kosztów transportu,
 - c) udzielenie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej, którego aktualnie nie można udzielić w kraju, oraz pokrycie kosztów transportu;
- 2) trybu pokrywania kosztów transportu oraz kosztów świadczeń udzielonych za granicą na zasadach art. 42j.

Zmiana art. 51 ustawy służy uporządkowaniu kwestii właściwości oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie wydawania Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń na koszt Funduszu w miejscu zamieszkania na terytorium w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub EFTA. Dokumenty te, w przypadku osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej lub EFTA, wydawać będzie oddział wojewódzki Funduszu wskazany w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku nieubezpieczonych dzieci do lat 18, bez miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oddział wybrany przez świadczeniobiorcę.

Dodanie nowego przepisu art. 59a ma na celu zapewnienie pełnej implementacji art. 5 lit. c dyrektywy, który stanowi, iż „w przypadku gdy pacjent skorzystał z transgranicznej opieki zdrowotnej i gdy konieczna jest dalsza obserwacja medyczna, dostępna była taka sama obserwacja medyczna, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium”. Brak takiego unormowania prowadziłby do sytuacji, w których świadczeniobiorcy otrzymujący skierowanie na dalsze leczenie w kraju od świadczeniodawcy działającego w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, po uzyskaniu określonego świadczenia

transgranicznej opieki zdrowotnej, byłoby zmuszeni mimo posiadania takiego skierowania udawać się po kolejne skierowanie do polskiego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Stanowiłoby to, w opinii Ministerstwa Spraw Zagranicznych, naruszenie ww. normy dyrektywy, a równocześnie oznaczałoby niepotrzebną uciążliwość dla pacjenta, a także przejaw nieracjonalnego wykorzystania zasobów w systemie opieki zdrowotnej – ze względu na generowanie zbędnych z medycznego punktu widzenia, a potrzebnych jedynie dla dopełnienia formalności, wizyt u lekarzy. Stąd konieczne było wprowadzenie normy nakazującej traktowanie skierowań wystawionych przez lekarzy wykonujących zawód w innych państwach Unii Europejskiej, jako tożsame ze skierowaniami, o których mowa w art. 32, art. 33 ust. 1, art. 33a ust. 1 i art. 57–59 ustawy, o ile spełniają szczególne wymogi odnoszące się do tych skierowań.

Zmiana w art. 77 jest konsekwencją zmiany art. 51. Zrezygnowano więc ze wskazywania Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu jako właściwego w sprawach osób ubezpieczonych z tytułu pobierania emerytury lub renty, zamieszkujących na terytorium innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub EFTA, na rzecz możliwości wyboru oddziału. Za takim uregulowaniem przemawia dodatkowo fakt, iż dotychczasowe rozwiązanie powodowało zbyt duże obciążenie administracyjne dla Mazowieckiego Oddziału Funduszu.

W art. 97 ustawy wprowadzono następujące zmiany w ust. 3:

- 1) w pkt 3b zastąpiono odesłanie do art. 26 odesłaniem do nowego art. 42j;
- 2) dodano pkt 3c nakładający na Fundusz zadanie polegające na dokonywaniu na rzecz świadczeniobiorców zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, w przypadku świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa;
- 3) dodano nowy pkt 10, co wiąże się z nałożeniem dodatkowego zadania na centralę Funduszu, na mocy nowego art. 97a.

Dodany w ustawie art. 97a powołuje w centrali Funduszu Krajowy Punkt Kontaktowy do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej (KPK), przewidziany w art. 6 ust. 1 dyrektywy, oraz reguluje jego zadania. Za utworzeniem KPK w centrali Funduszu przemawia fakt, iż instytucja ta dysponuje odpowiednim potencjałem fachowym niezbędnym do właściwego wypełniania tej funkcji.

Katalog zadań informacyjnych KPK zawarty w art. 97a ust. 2 odpowiada wymogom dyrektywy sformułowanym w art. 4 ust. 2 lit. a oraz art. 6 ust. 3 dyrektywy. Informacji

wymienionych w ust. 2 udzielać będą pacjentom z innych państw Unii Europejskiej, obok KPK, również oddziały wojewódzkie Funduszu. Będą one udzielane zarówno bezpośrednio w KPK lub oddziale wojewódzkim Funduszu, jak i przy użyciu dostępnych środków komunikacji, takich jak telefon czy poczta elektroniczna. Za celowe uznano wprowadzenie wymogu udzielania informacji również w innych językach urzędowych Unii Europejskiej, mimo iż nie został on sformułowany wprost w dyrektywie, bowiem w przypadku udzielania informacji obcokrajowcom tylko w języku polskim KPK nie spełniałby w praktyce swojej roli, jako instytucji mającej ułatwić pacjentom z innych państw członkowskich korzystanie z opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgodnie z art. 97a ust. 4 KPK będzie obowiązany do współpracy z Komisją Europejską oraz z krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działającymi w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, w zakresie wymiany niezbędnych informacji. W ust. 5 nałożono na KPK szczegółowe zadanie, mieszczące się w zakresie tej współpracy, polegające na udzielaniu krajowym punktom kontaktowym innych państw niezbędnej pomocy przy weryfikacji rachunków i innych dokumentów (w szczególności chodzi tu o szczegółowe raporty na temat wykonanych procedur) wystawionych pacjentom z tych państw przez polskie podmioty wykonujące działalność leczniczą. Natomiast w ust. 6 upoważniono KPK do kierowania zapytań w sprawie niejasnych rachunków i innych dokumentów wystawianych polskim świadczeniobiorcom przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w innych państwach Unii Europejskiej, do swoich odpowiedników w tych państwach. Przepisy te korespondują z art. 6 ust. 2 i art. 10 ust. 1 dyrektywy.

W art. 97a ust. 7 nałożono na KPK dodatkowy obowiązek udzielania pacjentom informacji odnośnie do elementów recepty transgranicznej, w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich. Przepis ten jest niezbędny ze względu na wymóg zawarty w art. 4 dyrektywy wykonawczej Komisji 2012/52/UE z dnia 20 grudnia 2012 r. ustanawiającej środki ułatwiające uznawanie recept lekarskich wystawionych w innym państwie członkowskim (Dz. Urz. UE L 356 z 22.12.2012, str. 68). Natomiast w art. 97a ust. 8 zawarto obowiązek zamieszczania przez KPK, na jego stronie internetowej oraz w BIP Funduszu, aktualnych danych teleadresowych krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działających w innych państwach

członkowskich Unii Europejskiej. Zgodnie z art. 97a ust. 9 KPK zamieszczać będzie na swojej stronie internetowej oraz w BIP Funduszu, na wniosek zainteresowanych podmiotów, linki do stron internetowych organizacji działających na rzecz promocji polskiego sektora usług medycznych. Takie uregulowanie powinno sprzyjać promocji polskiego sektora usług medycznych. W art. 97a ust. 10 zawarto przepisy odpowiadające wymogom art. 5 lit. b dyrektywy, regulujące obowiązki informacyjne Funduszu wobec świadczeniobiorców, dotyczące korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z tymi przepisami oddziały wojewódzkie Funduszu oraz KPK udzielać będą świadczeniobiorcom, bezpośrednio w swoich biurach lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, wszelkich niezbędnych informacji dotyczących: możliwości uzyskania zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, w tym informacji na temat wysokości zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej konkretnego świadczenia opieki zdrowotnej; świadczeń wymagających uprzedniej zgody; trybu rozpatrywania i realizacji wniosków o zwrot kosztów oraz rozpatrywania wniosków o wydanie uprzedniej zgody. Natomiast zgodnie z ust. 11 ww. informacje umieszczane będą ponadto, w łatwo dostępny sposób, na stronach internetowych KPK oraz oddziałów wojewódzkich Funduszu, przy czym informacja na temat wysokości zwrotu kosztów w odniesieniu do konkretnych świadczeń opieki zdrowotnej może ograniczać się do wybranych świadczeń (zakłada się, że będzie to dotyczyć świadczeń najbardziej popularnych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej).

Zmiana w art. 118 ustawy, polegająca na dodaniu w ust. 2 pkt 1 lit. d, związana jest z koniecznością uwzględniania w planie finansowym Funduszu rezerwy na koszty realizacji wniosków o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej.

Zmiany wprowadzone w art. 188 są konieczne ze względu na to, iż Fundusz, działając jako KPK, obowiązany będzie, na wniosek analogicznych instytucji innych państw członkowskich Unii Europejskiej, do udzielania niezbędnej pomocy w zakresie wyjaśniania zawartości rachunków wystawionych pacjentom z tych państw przez polskich świadczeniodawców. Przy realizacji tego zadania przetwarzane będą dane takich pacjentów, w szczególności dane pozwalające na ich identyfikację oraz dane nt. udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz zakupionych produktów leczniczych lub wyrobów medycznych.

Ponadto konieczne jest dodanie nowego art. 188a, w związku z realizacją przez Fundusz zadań określonych w nowym art. 97a ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy, wymagających przetwarzania niektórych danych osób wykonujących zawody medyczne.

2. Zmiana w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne

W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne dodano art. 99a, nakładający na apteki obowiązek udzielania KPK informacji na temat produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zakupionych przez wskazanych pacjentów z innych państw członkowskich Unii Europejskiej oraz ich cen, analogiczny do przepisu zawartego w dodanym przepisie art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

3. Zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Dyrektywa zawiera postanowienia zobowiązujące państwa członkowskie do zagwarantowania, iż świadczeniodawcy działający w danym państwie respektować będą nałożone w niej zobowiązania wobec pacjentów korzystających z transgranicznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 4 ust. 1 lit. b dyrektywy świadczeniodawcy powinni przekazywać „odpowiednie informacje pomagające poszczególnym pacjentom w dokonaniu świadomego wyboru, w tym informacje na temat możliwości leczenia, dostępności, jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, którą świadczą w państwie członkowskim leczenia”, a ponadto wystawiać „jasne faktury” i przekazywać „jasne informacje o cenach, jak również na temat swojej sytuacji w kontekście zezwolenia na działalność i rejestracji oraz na temat zakresu swojego ubezpieczenia lub innych środków osobistej lub zbiorowej ochrony w odniesieniu do odpowiedzialności zawodowej”. Jednocześnie w art. 4 ust. 4 dyrektywy zawarto zobowiązanie do zagwarantowania przez państwa członkowskie, że wobec pacjentów z innych państw Unii Europejskiej stosowane będą te same stawki za udzielone świadczenia zdrowotne, co w przypadku pacjentów krajowych. Implementacji powyższych postanowień dyrektywy służą proponowane przepisy nowelizujące ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Dodane w art. 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej przepisy zawarte w ust. 2 nakładają obowiązek udzielania pacjentowi przez podmioty wykonujące działalność leczniczą:

- 1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;
- 2) informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- 3) informacji objętych wpisem tego podmiotu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Ponadto w art. 14 wprowadzono przepis ust. 3, nakładający na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązek udzielania KPK oraz oddziałom wojewódzkim Funduszu informacji nt. świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym pacjentom z innych państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cen tych świadczeń. Regulacja taka jest niezbędna w celu zagwarantowania Funduszowi możliwości realizacji zadania, określonego w nowym art. 97a ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zmieniony przepis art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nakazuje podmiotom prowadzącym działalność leczniczą podawanie aktualnych informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12, do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu. Celem tej nowelizacji jest zapewnienie właściwego udostępniania pacjentom informacji istotnych z punktu widzenia realizacji obowiązków wynikających z dyrektywy, takich jak: rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych; wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz wysokość opłat za świadczenia zdrowotne. Obecne brzmienie tego przepisu, nakazujące udostępnianie ww. informacji „w sposób zwyczajowo przyjęty” nie jest wystarczające dla właściwej implementacji dyrektywy.

Dodany przepis art. 24a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ma na celu realizację zawartego w dyrektywie wymogu wystawiania przez podmioty prowadzące działalność leczniczą przejrzystych rachunków oraz zapewnienie przestrzegania zakazu dyskryminacji pacjentów z innych państw członkowskich Unii Europejskiej w zakresie opłat za świadczenia zdrowotne.

Projekt zawiera następujące przepisy przejściowe:

1. W art. 4 zawarto regulacje przejściowe dotyczące decyzji wydanych na podstawie art. 25 lub art. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych, a niezrealizowanych przed wejściem w życie nowych przepisów art. 42i i art. 42j, oraz postępowań wszczętych na podstawie art. 25 lub art. 26 i niezakończonych do dnia wejścia w życie ustawy, a także zaświadczeń i decyzji wydanych przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Funduszu na podstawie art. 51 ust. 3 oraz wszczętych i niezakończonych postępowań w sprawie zaświadczeń wydawanych na podstawie ww. przepisu.

2. W art. 5 zawarto przepisy stanowiące realizację wytycznych zawartych w art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Określono więc kwoty limitów kosztów Funduszu na kolejne lata 2014–2023, z wyodrębnieniem wydatków na realizację wniosków o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej i wydatków na koszty administracyjne Funduszu. Wskazano również organ odpowiedzialny za monitorowanie kosztów oraz wdrażanie odpowiednich mechanizmów korygujących. W ust. 5 art. 5 wprowadzono regułę ostrożnościową, przewidującą, że łączne wydatki poniesione przez Fundusz z tytułu realizacji wniosków o zwrot kosztów w danym roku kalendarzowym nie będą mogły przekroczyć limitu określonego na dany rok w ust. 1, z zastrzeżeniem dodatkowych reguł korygujących zawartych w ust. 3 i 4. Po osiągnięciu limitu wydatków na dany rok wypłata kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów będzie zawieszana. Nie będzie to miało jednak wpływu na rozpatrywanie wniosków o zwrot kosztów. Zgodnie z ust. 6 wnioski rozpatrzone pozytywnie, w przypadku których nie mogła zostać dokonana wypłata należnego zwrotu kosztów w danym roku, na skutek zawieszenia wypłat, realizowane będą w roku następnym, do dnia 31 stycznia. Zawarty w ust. 8 obowiązek ogłaszania przez Prezesa Funduszu przewidywanego terminu osiągnięcia limitu wydatków na dany rok, wynika z konieczności informowania świadczeniobiorców z odpowiednim wyprzedzeniem o prawdopodobnej dacie, po której nastąpi wstrzymanie wypłaty kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów. Przepisy art. 5, w zakresie, w jakim dotyczą kosztów świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej, stanowią więc w istocie powtórzenie przepisów nowego art. 42h ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w wersji doprecyzowanej o wskazanie konkretnych kwot limitu kosztów na poszczególne lata. W ust. 13 art. 5 zawarto przepis zobowiązujący Prezesa Funduszu do dokonania, w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy, odpowiedniej zmiany planu finansowego Funduszu na rok 2014. Zmiana ta powinna uwzględniać koszty nowych zadań wynikających z projektowanej ustawy, w szczególności wyodrębnienie rezerwy

na finansowanie zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Niniejsza zmiana planu finansowego może być dokonana po zmianie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, poprzez zmianę załączników nr 1 (wzór planu) i nr 2 (wzór sprawozdania z realizacji planu) do ww. rozporządzenia poprzez dodanie pozycji B.2.19. „rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej”.

3. W art. 6 zawarto przepis utrzymujący w mocy rozporządzenia wydane na podstawie zmienianych lub uchylanych przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w dotychczasowym brzmieniu, do dnia wejścia w życie nowych rozporządzeń wydanych na mocy odpowiednich przepisów niniejszej ustawy.

Do pełnego wdrożenia dyrektywy konieczna będzie także zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. poz. 260 i 1506 oraz z 2013 r. poz. 321) wydawanego na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.), tak aby farmaceuta wiedział, jakich czynności musi dokonać, realizując receptę wystawioną w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej. Zgodnie bowiem z art. 86 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, apteka świadczy usługi farmaceutyczne polegające m.in. na wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, określonych w odrębnych przepisach, co stanowi także podstawę wydania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przepisanych na ww. receptę.

Cele nowych regulacji i mierniki ich realizacji

Projektowana ustawa ma na celu przede wszystkim umożliwienie świadczeniobiorcom uzyskanie zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, zgodnie z dyrektywą.

Stopień realizacji powyższego celu określany będzie w szczególności przy zastosowaniu następujących mierników:

- liczba i wartość świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej, w poszczególnych zakresach, za które uzyskano zwrot kosztów w danym roku,
- liczba udzielonych zgód na uzyskanie świadczeń wymagających uprzedniej zgody Narodowego Funduszu Zdrowia i koszty będące ich następstwem.

Zakłada się, że projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt ustawy nie podlega procedurze notyfikacji 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. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projekt wdraża postanowienia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45–65).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projektowana ustawa będzie oddziaływała przede wszystkim na świadczeniobiorców i Narodowy Fundusz Zdrowia.

W pewnym stopniu projektowana ustawa będzie oddziaływała również na podmioty wykonujące działalność leczniczą i apteki, w zakresie, w jakim nakłada na te podmioty określone obowiązki informacyjne w stosunku do pacjentów oraz Krajowego Punktu Kontaktowego do Spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej (KPK) i Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie przewiduje się jednak, aby realizacja tych obowiązków mogła skutkować dodatkowymi kosztami działalności po stronie ww. podmiotów. Określone w projekcie obowiązki informacyjne wobec pacjentów oraz obowiązek wystawiania czytelnych i precyzyjnych rachunków za odpłatne świadczenia zdrowotne powinny być i zapewne są już obecnie realizowane przez wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, które są zainteresowane udzielaniem komercyjnych usług zdrowotnych. Natomiast realizacja dodatkowego obowiązku informacyjnego w odniesieniu do KPK i Oddziałów Wojewódzkich Funduszu, jak się przewiduje, będzie miała charakter incydentalny i nie powinna generować realnych obciążeń.

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na funkcjonowanie Biura Rzecznika Praw Pacjenta, gdyż zadania KPK tylko w niewielkim zakresie pokrywają się z zadaniami tego Biura (informowanie o prawach pacjenta), a ponadto KPK pełnić ma rolę wyspecjalizowanej jednostki realizującej przewidziane w projekcie zadania informacyjne wobec pacjentów z innych państw członkowskich Unii Europejskiej.

2. Konsultacje społeczne

Niniejszy projekt był przedmiotem konsultacji społecznych z następującymi podmiotami:

- 1) Konwentem Marszałków Województw;
- 2) Związkiem Powiatów Polskich;
- 3) Związkiem Miast Polskich;
- 4) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 5) Polską Konfederacją Pracodawców Prywatnych;
- 6) Konfederacją Pracodawców Polskich;

- 7) Pracodawcami RP;
- 8) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia;
- 9) Naczelną Izbą Aptekarską;
- 10) Naczelną Izbą Lekarską;
- 11) Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych;
- 12) Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych;
- 13) Stowarzyszeniem Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 14) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych;
- 15) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 16) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 17) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;
- 18) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Stomatologów;
- 20) Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 21) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 22) Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Prywatnych;
- 23) Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Samorządowych;
- 24) Polską Federacją Szpitali;
- 25) Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego;
- 26) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 27) Stowarzyszeniem Pacjentów „Primum Non Nocere”;
- 28) Federacją Pacjentów Polskich;
- 29) Porozumieniem 1 Czerwca.

Uwagi do projektu zostały przekazane przez: Naczelną Radę Lekarską, Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność, Fundację „My Pacjenci”, Porozumienie 1 Czerwca, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego, Pracodawców RP, Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”.

Przekazane stanowiska zawierały szereg zastrzeżeń, które zostały uznane za niezasadne. W szczególności wskazywano, że:

- 1) projekt nie zawiera regulacji realizujących zasadę przejrzystości w określaniu wysokości zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej; kwoty refundacji poszczególnych świadczeń powinny być określone na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia;
- 2) projekt prowadzi do nierównego traktowania polskich pacjentów w porównaniu z pacjentami z innych państw członkowskich Unii Europejskiej;
- 3) dopuszczalny czas oczekiwania pacjenta na określone leczenie będzie ustalany administracyjnie;
- 4) wprowadzenie wymogu zgody Funduszu na uzyskanie świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej nie powinno być uzasadniane względami gospodarności i celowości wydatkowania środków publicznych;
- 5) celowe byłoby uregulowanie w projekcie takich kwestii, jak możliwość i tryb udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty lecznicze sfery publicznej;
- 6) zbyt rygorystyczny jest wymóg uzyskania przez pacjenta, przed skorzystaniem z transgranicznej opieki zdrowotnej, skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- 7) projekt dopuszcza możliwość wystawiania skierowań na świadczenia gwarantowane wszystkim lekarzom z państw Unii Europejskiej, poza Rzeczpospolitą Polską, podczas gdy w kraju uprawnionymi do tego są tylko lekarze ubezpieczenia zdrowotnego;
- 8) niczym nieuzasadniony jest wymóg przedstawienia przez pacjenta tłumaczenia dokumentacji medycznej sporządzonej za granicą;
- 9) ustawa powinna uwzględniać możliwość przedłużenia 6-miesięcznego terminu składania wniosków o zwrot kosztów w szczególnych okolicznościach;
- 10) zawieszanie wypłat z tytułu zwrotu kosztów po przekroczeniu limitu narusza zasadę równości, gdyż pacjenci korzystający z transgranicznej opieki zdrowotnej na początku roku będą mieli większe szanse na uzyskanie zwrotu;
- 11) zmiany proponowane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej powodują obciążenia finansowe dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W wyniku konsultacji w projekcie wprowadzone zostały w szczególności następujące zmiany:

- 1) doprecyzowano przepisy ust. 3 i 4 w art. 42b, tak aby nie było wątpliwości, że w przypadku wymienionych w nich zleceń chodzi o zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego;
- 2) zmieniono przepis art. 42c ust. 13 (za podstawę zwrotu kosztów przyjęto kurs średni dla danej waluty ogłaszany przez Narodowy Bank Polski, obowiązujący w dniu wystawienia rachunku, zamiast w dniu wpływu wniosku);
- 3) wprowadzono wymóg dołączania do wniosku tłumaczenia wymaganej dokumentacji medycznej na język polski, również w przypadku dokumentacji sporządzonej w języku angielskim;
- 4) doprecyzowano projektowany przepis art. 24a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, poprzez wskazanie państwa zamieszkania pacjenta, jako kryterium, według którego niedopuszczalne jest różnicowanie opłat za świadczenia zdrowotne.

Projekt ustawy – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia oraz – stosownie do postanowień uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin Pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979) – w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. W trybie określonym ww. ustawą nie zgłoszono zainteresowania pracami nad tym projektem.

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

3.1. Skutki finansowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia

Koszty świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej

Wejście w życie projektowanej ustawy spowoduje skutki finansowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Zakłada się, że będą one związane głównie z korzystaniem przez pacjentów z transgranicznych usług zdrowotnych w zakresie:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

- świadczeń szpitalnych (w szczególności w zakresie zabiegów wykonywanych w trybie jednodniowym),
- leczenia uzdrowiskowego,
- leczenia w ramach programów lekowych.

W wyniku przeprowadzonych analiz oszacowano, że prawdopodobne koszty ww. świadczeń, w związku z koniecznością ich przynajmniej częściowego zrefundowania przez Fundusz, w pierwszym pełnym roku obowiązywania projektowanej ustawy, wyniosą:

- 1) około 281 mln zł – w przypadku świadczeń ambulatoryjnych,
- 2) około 34 mln zł – w przypadku świadczeń szpitalnych (głównie jednodniowych),
- 3) około 46 mln zł – w przypadku świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego,
- 4) około 6 mln zł – w przypadku programów lekowych

– co daje łącznie około 367 mln zł.

W poniższej tabeli przedstawiono przewidywaną dynamikę kosztów świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej w latach 2014–2023, z uwzględnieniem wskaźnika CPI (w mln zł):

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
305,711	376,175	385,579	395,219	404,704	414,417	424,363	434,548	444,977	455,211

Koszty wynagrodzeń

Koszty wynagrodzeń w związku z koniecznością zatrudnienia nowych pracowników w centrali i oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2014–2023, z uwzględnieniem wskaźnika CPI:

rok	wynagrodzenie pracownika	narzuty pracodawcy	całkowite koszty wynagrodzenia	liczba etatów	koszty wynagrodzeń łącznie (w tys. zł)
2014	5264	984	6248	70	4371,8
2015	5396	1009	6405	70	5380,2
2016	5531	1034	6565	70	5514,6
2017	5669	1060	6729	70	5652,4
2018	5805	1085	6890	70	5787,6

2019	5944	1111	7055	70	5926,2
2020	6087	1138	7225	70	6069
2021	6233	1165	7398	70	6214,3
2022	6383	1193	7576	70	6363,8
2023	6530	1220	7750	70	6510,2

Pozostałe koszty administracyjne

1. Jednorazowe koszty budowy systemu informatycznego wspierającego realizację przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia zadań refundacyjnych i informacyjnych oraz działalność KPK, w tym koszty budowy strony internetowej KPK – 1300 tys. zł.
2. Jednorazowe koszty wyposażenia nowych stanowisk pracy w wysokości – 476 tys. zł (szacowany koszt jednego stanowiska 6800 zł x 70).
3. Koszty wynajmu powierzchni biurowych – 370 tys. zł rocznie.
4. Koszty administracyjne inne niż koszty osobowe – 779 tys. zł rocznie (liczone, jako roczne koszty administracyjne Narodowego Funduszu Zdrowia, z wyłączeniem amortyzacji, kosztów osobowych, kosztów utrzymania systemów informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, wg wartości zrealizowanych za rok 2012 w przeliczeniu na liczbę zatrudnionych w Funduszu, wg sprawozdania nr 8 za II półrocze 2012 r. i pomnożone przez liczbę planowanych etatów).

3.2. Skutki finansowe dla budżetu państwa

Projektowana ustawa może spowodować również pewne nieznaczące skutki finansowe dla budżetu państwa, w związku z możliwością występowania o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej przez osoby należące do kategorii świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, w których przypadku koszty świadczeń opieki zdrowotnej pokrywane są z dotacji przekazywanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia przez Ministra Zdrowia.

Przewidywane koszty w tys. zł:

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
223	274	281	288	295	302	309	317	324	331

Projektowana regulacja nie będzie powodowała skutków dla jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana ustawa nie powinna mieć wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Wprowadzenie w życie projektowanych przepisów w istotny sposób ułatwi polskim pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, co powinno oznaczać ogólną poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Wejście w życie projektowanej ustawy może wyrzucić również pewien wpływ na funkcjonowanie publicznego sektora ochrony zdrowia. Podmioty lecznicze, działające w ramach tego sektora, powinny także, obok podmiotów działających na zasadach komercyjnych, odnieść korzyści ze wzrostu zainteresowania pacjentów z innych państw członkowskich Unii Europejskiej leczeniem w naszym kraju, zwłaszcza mając na uwadze fakt, iż niejednokrotnie dysponują one potencjałem przewyższającym możliwości Funduszu w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla polskich świadczeniobiorców. Poprawa kondycji ekonomicznej podmiotów leczniczych działających w ramach umów o udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia powinna wpłynąć na poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla polskich pacjentów.

Można także przyjąć, że pewien odsetek pacjentów zrezygnuje ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych przez polskie podmioty lecznicze i skorzysta z oferty podmiotów zagranicznych, ponieważ wdrażane przepisy będą im gwarantować pokrycie (przynajmniej części) kosztów tych świadczeń

przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Może to w pewnym stopniu wpłynąć na skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na niektóre świadczenia opieki zdrowotnej w kraju.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Wejście w życie projektowanej ustawy powinno wywrzeć pozytywny wpływ na warunki życia ludności przez poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz jakości tych świadczeń.

TABELA ZBIEŻNOŚCI

TYTUŁ PROJEKTU USTAWY:	PROJEKT USTAWY O ZMIANIE USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH ORAZ NIEKTÓRYCH INNYCH USTAW
TYTUŁ WDRAŻANEGO AKTU PRAWNEGO:	Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45 - 65)

Jedn. red.	Przepisy dyrektywy	Konieczność wdrożenia T/N	Jedn. red.	Proponowane przepisy ustawy wdrażającej (lub wskazanie przepisów obowiązujących)	Uzasadnienie uwzględnienia w projekcie przepisów wykraczających poza minimalne wymogi prawa UE
Art. 1 ust. 1	1. Niniejsza dyrektywa ustanawia przepisy ułatwiające dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości i promuje współpracę w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji krajowych w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej. Niniejsza dyrektywa zmierza także do wyjaśnienia jej związku z istniejącymi ramami prawnymi dotyczącymi koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, rozporządzeniem (WE) nr 883/2004, celem stosowania praw pacjentów.	N			
Art. 1 ust. 2	2. Niniejsza dyrektywa ma zastosowanie do świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów, niezależnie od tego, jak jest ona zorganizowana, udzielana i finansowana.	N			
Art. 1 ust. 3	3. Niniejsza dyrektywa nie ma zastosowania do: a) świadczeń w dziedzinie opieki długoterminowej, której celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego; b) przydziału narządów przeznaczonych do przeszczepów i dostępu do tych narządów; c) z wyjątkiem rozdziału IV, programów powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym mających na celu wyłącznie ochronę zdrowia ludności na terytorium danego państwa członkowskiego i objętych szczegółowymi środkami planistycznymi i wykonawczymi.	T	Art. 42b ust. 2 u.ś.o.z.	2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do obowiązkowych szczepień ochronnych.	
Art. 1 ust. 4	4. Niniejsza dyrektywa nie narusza przepisów ustawowych ani wykonawczych państw członkowskich dotyczących organizacji i finansowania opieki zdrowotnej w sytuacjach niezwiązanych z transgraniczną opieką zdrowotną. W szczególności żaden przepis niniejszej dyrektywy nie zobowiązuje państwa członkowskiego do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej przez świadczeniodawców działających na jego terytorium, jeżeli tacy świadczeniodawcy nie są częścią systemu zabezpieczenia społecznego lub publicznego systemu opieki zdrowotnej	N			

	tego państwa członkowskiego.				
Art. 2	<p>Związek z innymi przepisami unijnymi</p> <p>Niniejszą dyrektywę stosuje się bez uszczerbku dla:</p> <p>a) dyrektywy Rady 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. dotyczącej przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych [18];</p> <p>b) dyrektywy Rady 90/385/EWG z dnia 20 czerwca 1990 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw państw członkowskich odnoszących się do wyrobów medycznych aktywnego osadzania [19], dyrektywy Rady 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 r. dotyczącej wyrobów medycznych [20] oraz dyrektywy 98/79/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 października 1998 r. w sprawie wyrobów medycznych używanych do diagnozy in vitro [21];</p> <p>c) dyrektywy 95/46/WE oraz dyrektywy 2002/58/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 lipca 2002 r. dotyczącej przetwarzania danych osobowych i ochrony prywatności w sektorze łączności elektronicznej [22];</p> <p>d) dyrektywy 96/71/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1996 r. dotyczącej delegowania pracowników w ramach świadczenia usług [23];</p> <p>e) dyrektywy 2000/31/WE;</p> <p>f) dyrektywy Rady 2000/43/WE z dnia 29 czerwca 2000 r. wprowadzającej w życie zasadę równego traktowania osób bez względu na pochodzenie rasowe lub etniczne [24];</p> <p>g) dyrektywy 2001/20/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zbliżania przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, odnoszących się do wdrożenia zasady dobrej praktyki klinicznej w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych, przeznaczonych do stosowania przez człowieka [25];</p> <p>h) dyrektywy 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi [26];</p> <p>i) dyrektywy 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiającej normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi [27];</p> <p>j) rozporządzenia (WE) nr 859/2003;</p> <p>k) dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich [28];</p> <p>l) rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiającego wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiającego Europejską Agencję Leków [29];</p> <p>m) rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i rozporządzenia (WE) nr 987/2009 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego [30];</p> <p>n) dyrektywy 2005/36/WE;</p>	N			

	<p>o) rozporządzenia (WE) nr 1082/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie europejskiego ugrupowania współpracy terytorialnej (EUWT) [31];</p> <p>p) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy [32];</p> <p>q) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 593/2008 z dnia 17 czerwca 2008 r. w sprawie prawa właściwego dla zobowiązań umownych (Rzym I) [33], rozporządzenia (WE) nr 864/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczącego prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych (Rzym II) [34] oraz innych unijnych przepisów w zakresie prawa prywatnego międzynarodowego, w szczególności przepisów dotyczących właściwości sądów i prawa właściwego;</p> <p>r) dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/53/UE z dnia 7 lipca 2010 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia [35];</p> <p>s) rozporządzenia (UE) nr 1231/2010.</p>				
Art. 3	<p>Definicje</p> <p>Do celów niniejszej dyrektywy zastosowanie mają następujące definicje:</p> <p>a) "opieka zdrowotna" oznacza usługi zdrowotne świadczone przez pracowników służby zdrowia pacjentom w celu oceny, utrzymania lub poprawy ich stanu zdrowia, łącznie z przepisywaniem, wydawaniem i udostępnianiem produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych;</p> <p>b) "ubezpieczony" oznacza:</p> <p>(i) osoby, w tym członków ich rodzin i osoby pozostałe przy życiu, objęte art. 2 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i które są ubezpieczone w znaczeniu art. 1 lit. c) tego rozporządzenia; oraz</p> <p>(ii) obywateli państwa trzeciego, którzy są objęci rozporządzeniem (WE) nr 859/2003 lub rozporządzeniem (UE) nr 1231/2010 lub którzy spełniają przewidziane w prawodawstwie państwa członkowskiego ubezpieczenia warunki uprawniające do świadczeń;</p> <p>c) "państwo członkowskie ubezpieczenia" oznacza:</p> <p>(i) w odniesieniu do osób, o których mowa w lit. b) ppkt (i): państwo członkowskie, które jest właściwe do udzielenia ubezpieczonemu uprzedniej zgody na właściwe leczenie w innym państwie członkowskim zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 883/2004 i rozporządzeniem (WE) nr 987/2009;</p> <p>(ii) w odniesieniu do osób, o których mowa w lit. b) ppkt (ii): państwo członkowskie, które jest właściwe do udzielenia ubezpieczonemu uprzedniej zgody na właściwe leczenie w innym państwie członkowskim, zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 859/2003 lub rozporządzeniem (UE) nr 1231/2010. Jeżeli żadne państwo członkowskie nie jest właściwe w myśl tych rozporządzeń, państwem członkowskim ubezpieczenia jest to państwo członkowskie, w którym dana osoba jest ubezpieczona lub w którym jest uprawniona do świadczeń chorobowych zgodnie z prawodawstwem tego państwa członkowskiego;</p> <p>d) "państwo członkowskie leczenia" oznacza państwo członkowskie, na którego terytorium faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna. W przypadku telemedycyny uważa się, że opieka zdrowotna świadczona jest w tym państwie członkowskim, w którym ma siedzibę świadczeniodawca;</p>	N		(Definicje zawarte w art. 3 dyrektywy mają na celu jednoznaczne wskazanie, w jakim znaczeniu używane są poszczególne terminy na gruncie jej przepisów. Nie wynika z niego, ani z innych przepisów dyrektywy, że państwa członkowskie są zobowiązane do wprowadzenia tych definicji w aktach prawa krajowego.)	

	<p>e) "transgraniczna opieka zdrowotna" oznacza opiekę zdrowotną świadczoną lub przepisaną w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia;</p> <p>f) "pracownik służby zdrowia" oznacza lekarza, pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę ogólną, lekarza dentyście, położną lub farmaceutę w rozumieniu dyrektywy 2005/36/WE lub innego pracownika wykonującego czynności w sektorze opieki zdrowotnej, które są ograniczone do zawodów regulowanych w rozumieniu art. 3 ust.1 lit. a) dyrektywy 2005/36/WE, lub osobę uznawaną za pracownika służby zdrowia zgodnie z prawem państwa członkowskiego leczenia;</p> <p>g) "świadczeniodawca" oznacza każdą osobę fizyczną lub prawną lub inną jednostkę organizacyjną legalnie świadczącą opiekę zdrowotną na terenie państwa członkowskiego;</p> <p>h) "pacjent" oznacza każdą osobę fizyczną, która chce otrzymać lub otrzymuje opiekę zdrowotną w państwie członkowskim;</p> <p>i) "produkt leczniczy" oznacza produkt leczniczy w rozumieniu dyrektywy 2001/83/WE;</p> <p>j) "wyrób medyczny" oznacza wyrób medyczny w rozumieniu dyrektywy 90/385/EWG, dyrektywy 93/42/EWG lub dyrektywy Rady 98/79/WE;</p> <p>k) "recepta" oznacza receptę na produkt leczniczy lub na wyrób medyczny wydaną przez osobę wykonującą zawód regulowany w zakresie opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 3 ust. 1 lit. a) dyrektywy 2005/36/WE, uprawnioną zgodnie z prawem do wykonywania tego zawodu w państwie członkowskim, w którym recepta została wydana;</p> <p>l) "technologia medyczna" oznacza produkt leczniczy, wyrób medyczny lub procedury medyczne i chirurgiczne, a także środki stosowane w opiece zdrowotnej w celu zapobiegania chorobom oraz ich diagnozowania lub leczenia;</p> <p>m) "dokumentacja medyczna" oznacza wszystkie dokumenty zawierające wszelkiego rodzaju dane, oceny i informacje dotyczące stanu pacjenta i przebiegu choroby w okresie świadczenia opieki zdrowotnej.</p>				
Art. 4 ust. 1	<p>Obowiązki państwa członkowskiego leczenia</p> <p>1. Z uwzględnieniem zasad powszechności, dostępu do opieki wysokiej jakości oraz zasad równości i solidarności transgraniczna opieka zdrowotna jest świadczona zgodnie z:</p> <p>a) przepisami państwa członkowskiego leczenia;</p> <p>b) normami i wytycznymi dotyczącymi jakości i bezpieczeństwa określonymi przez państwo członkowskie leczenia; oraz</p> <p>c) przepisami Unii dotyczącymi norm bezpieczeństwa.</p>	N			
Art. 4 ust. 2 a)	<p>2. Państwo członkowskie leczenia zapewnia, aby:</p> <p>a) pacjenci otrzymywali na wniosek z krajowego punktu kontaktowego, o którym mowa w art. 6, odpowiednie informacje dotyczące norm i wytycznych, o których mowa w ust. 1 lit. b) niniejszego artykułu, w tym rozwiązań w zakresie nadzoru nad świadczeniodawcami i ich oceny, informacje o tym, którzy świadczeniodawcy podlegają tym normom i wytycznym oraz informacje na temat dostępności szpitali dla osób niepełnosprawnych;</p>	T	Art. 97a ust. 2 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadcze	2. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom z innych państw członkowskich Unii Europejskiej niezbędnych informacji dotyczących: (...)	4) obowiązujących na podstawie przepisów prawa standardów jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz obowiązujących przepisów w zakresie oceny świadczeniodawców pod względem stosowania tych standardów i nadzoru nad świadczeniodawcami;

			niach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.ś.o.z.)	5) posiadanych przez dany szpital udogodnień dla osób niepełnosprawnych;	
Art. 4 ust. 2 b)	b) świadczeniodawcy przekazywali odpowiednie informacje pomagające poszczególnym pacjentom w dokonaniu świadomego wyboru, w tym informacje na temat możliwości leczenia, dostępności, jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, którą świadczą w państwie członkowskim leczenia, a także wystawiali jasne faktury i przekazywali jasne informacje o cenach, jak również na temat swojej sytuacji w kontekście zezwolenia na działalność i rejestracji oraz na temat zakresu swojego ubezpieczenia lub innych środków osobistej lub zbiorowej ochrony w odniesieniu do odpowiedzialności zawodowej. W zakresie, w jakim świadczeniodawcy już przekazują odpowiednie informacje na ten temat pacjentom zamieszkującym w państwie członkowskim leczenia, niniejsza dyrektywa nie nakłada na tych świadczeniodawców obowiązku dostarczania bardziej szczegółowych informacji pacjentom z innych państw członkowskich;	T	Art. 14 ust. 2-4; art. 24 ust. 2 i art. 24a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	Art. 14 2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, udziela: 1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod; 2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 25 ust. 1; 3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu. 3. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje Krajowemu Punktowi Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa w ustawie 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. ³⁾), na ich wniosek, dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym we wniosku pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cen tych świadczeń. 4. Dane określone w ust. 3 przekazuje się w terminie 14 dni od otrzymania wniosku. Art. 24 2. Aktualne informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12, podaje się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia. Art. 24a. 1. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, podmiot wykonujący działalność leczniczą wystawia rachunek, w którym, na wniosek pacjenta, wyszczególnia się zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.	
Art. 4 ust. 2 c)	c) istniały przejrzyste procedury i mechanizmy umożliwiające pacjentom składanie reklamacji w celu dochodzenia środków naprawczych zgodnie z prawodawstwem państwa członkowskiego leczenia, w przypadku gdyby ponieśli oni szkody wynikające z otrzymanej opieki zdrowotnej;	Przepis wdrożony		<i>Polskie prawo przewiduje możliwość dochodzenia odszkodowania za szkodę wyrządzoną pacjentowi przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, jak również zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na ogólnych zasadach, ustanowionych w przepisach Kodeksu cywilnego (w szczególności: art. 415, 444, 445). Odszkodowania lub zadośćuczynienia można dochodzić w drodze powództwa przed sądem powszechnym, na ogólnych zasadach określonych w</i>	

			<p>przepisach Kodeksu postępowania cywilnego. Ponadto na mocy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i poz. 742) ustanowiony został szczególny tryb pozasądowy ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, umożliwiający pacjentowi, który doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na skutek zdarzenia medycznego, mającego miejsce w związku z leczeniem szpitalnym, uzyskanie odszkodowania lub zadośćuczynienia w wysokości do 100 000 zł. Postępowanie w sprawie ustalenia, czy miało miejsce zdarzenie medyczne powodujące uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia toczy się przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Tryb dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia w tym postępowaniu określają przepisy zawarte w rozdziale 13a ww. ustawy.</p>	
Art. 4 ust. 2 d)	d) odnośnie do leczenia realizowanego na jego terytorium, istniały systemy ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej lub gwarancje lub podobne rozwiązania, równoważne lub zasadniczo porównywalne pod względem celu, odpowiadające rodzajowi i wielkości ryzyka;	Przepis wdrożony	<p>Obowiązki podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie posiadania odpowiedniego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, z tytułu szkody lub krzywdy wyrządzonej pacjentowi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określają następujące przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.): art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 18 ust. 1 pkt 5, art. 19 ust. 1 pkt 7, art. 25.</p>	
Art. 4 ust. 2 e)	e) podstawowe prawo do prywatności w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych było chronione zgodnie z krajowymi środkami wdrażającymi unijne przepisy z zakresu ochrony danych osobowych, w szczególności dyrektywy 95/46/WE i 2002/58/WE;	Przepis wdrożony	<p>Ochronę danych osobowych pacjenta zapewniają przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Ponadto ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zawiera przepisy zobowiązujące osoby udzielające pacjentowi świadczeń zdrowotnych do zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych (art. 13 - 14).</p>	
Art. 4 ust. 2 f)	f) w celu zapewnienia ciągłości opieki pacjentowi, którzy skorzystali z leczenia, byli uprawnieni do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej tego leczenia i mieli dostęp do co najmniej jednej kopii tej dokumentacji zgodnie z krajowymi środkami wdrażającymi unijne przepisy o ochronie danych osobowych, w szczególności dyrektywy 95/46/WE i 2002/58/WE.	Przepis wdrożony	<p>Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej zagwarantowany jest na mocy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 23 - 30).</p>	
Art. 4 ust. 3	<p>3. W odniesieniu do pacjentów z innych państw członkowskich stosowana jest zasada niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową.</p> <p>Nie narusza to możliwości przyjęcia przez państwo członkowskie leczenia – jeżeli jest to uzasadnione nadrzędnymi względami poddyktowanymi interesem ogólnym, takimi jak wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania kosztów i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich – środków dotyczących dostępu do leczenia służących wypełnieniu podstawowego obowiązku, jakim jest zapewnienie wystarczającego i stałego dostępu do opieki zdrowotnej na jego terytorium. Środki takie są ograniczone do tego, co jest konieczne i proporcjonalne, i nie mogą stanowić środka arbitralnej dyskryminacji oraz są z wyprzedzeniem podawane do publicznej wiadomości.</p>	Przepis wdrożony	<p>W przepisach polskiego prawa, dotyczących praw pacjenta oraz wykonywania działalności leczniczej, nie ma regulacji dyskryminujących obywateli innych państw Unii Europejskiej, albo mogących usprawiedliwiać taką dyskryminację.</p>	

Art. 4 ust. 4	<p>4. Państwa członkowskie zapewniają, aby świadczeniodawcy stosowali na swoim terytorium wobec pacjentów z innych państw członkowskich tę samą skalę opłat za opiekę zdrowotną, która jest stosowana wobec pacjentów krajowych w porównywalnej sytuacji zdrowotnej, lub pobierali opłatę skalkulowaną zgodnie z obiektywnymi, niedyskryminacyjnymi kryteriami, jeżeli nie istnieje porównywalna cena dla pacjentów krajowych.</p> <p>Niniejszy ustęp nie narusza przepisów krajowych, które umożliwiają świadczeniodawcom ustalanie własnych cen, pod warunkiem że nie dyskryminują oni pacjentów z innych państw członkowskich.</p>	T	art. 24a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	2. Rachunek, o którym mowa w ust. 1, powinien być zgodny z aktualną wysokością opłat podaną do wiadomości zgodnie z art. 24 ust. 2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie może różnicować opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta.
Art. 4 ust. 5	5. Niniejsza dyrektywa nie narusza przepisów ustawowych ani wykonawczych państw członkowskich dotyczących stosowania języków. Państwa członkowskie mogą zdecydować o dostarczaniu informacji w innych językach niż języki urzędowe danego państwa członkowskiego.	N		
Art. 5 a)	<p>Obowiązki państwa członkowskiego ubezpieczenia</p> <p>Państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia, aby:</p> <p>a) koszt transgranicznej opieki zdrowotnej był zwracany zgodnie z przepisami rozdziału III;</p>	T		Przepisy wdrażające zostały omówione przy art. 7 dyrektywy.
Art. 5 b)	b) istniały mechanizmy umożliwiające udzielanie pacjentom na wniosek informacji o ich prawach i uprawnieniach w tym państwie członkowskim w odniesieniu do uzyskiwania transgranicznej opieki zdrowotnej, w szczególności w odniesieniu do warunków zwrotu kosztów zgodnie z art. 7 ust. 6 oraz procedur uzyskiwania dostępu do tych uprawnień i ich określania, a także procedur odwoławczych i zadośćuczynienia, w przypadku gdyby pacjenci uważali, że ich prawa nie są respektowane, zgodnie z art. 9. W informacjach na temat transgranicznej opieki zdrowotnej zachowane jest wyraźne rozróżnienie między prawami pacjenta na mocy niniejszej dyrektywy i prawami wynikającymi z rozporządzenia (WE) nr 883/2004;	T	Art. 97a ust. 10 i 11 u.ś.o.z	<p>10. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają świadczeniobiorcom oraz osobom wykonującym zawody medyczne, bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, informacji dotyczących:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) możliwości uzyskania zwrotu kosztów, w tym informacji na temat przybliżonej wysokości zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej określonego świadczenia opieki zdrowotnej; 2) świadczeń opieki zdrowotnej objętych wykazem, o którym mowa w art. 42e ust. 1; 3) trybu rozpatrywania i realizacji wniosków o zwrot kosztów; 4) trybu rozpatrywania wniosków o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8. <p>11. Informacje, o których mowa w ust. 10, zamieszcza się także na stronach internetowych KPK i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, z tym że informacja na temat wysokości zwrotu kosztów może ograniczać się do wybranych świadczeń gwarantowanych.</p>
Art. 5 c)	c) w przypadku gdy pacjent skorzystał z transgranicznej opieki zdrowotnej i gdy konieczna jest dalsza obserwacja medyczna, dostępna była taka sama obserwacja medyczna, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium;	T	Art. 59a u.ś.o.z	<p>Art. 59a. 1. Skierowania wystawione przez lekarzy wykonujących zawód w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej traktuje się jako skierowania w rozumieniu ustawy, jeżeli spełniają określone w niej wymogi.</p> <p>2. Do skierowania, o którym mowa w ust. 1, wystawionego w języku obcym załącza się jego tłumaczenie na język polski.</p>
Art. 5	d) pacjenci, którzy chcą skorzystać lub korzystają z transgranicznej opieki	Przepis wdrożony		<i>Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej jest wyczerpująco uregulowany w</i>

d)	zdrowotnej, mieli co najmniej jedną kopię swojej dokumentacji medycznej lub mieli do niej zdalny dostęp, zgodnie z krajowymi środkami wdrażającymi unijne przepisy o ochronie danych osobowych, w szczególności dyrektywy 95/46/WE i 2002/58/WE.			<i>art. 23 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.</i>	
Art. 6 ust. 1	Krajowe punkty kontaktowe do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej 1. Każde państwo członkowskie powołuje co najmniej jeden krajowy punkt kontaktowy do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej oraz podaje Komisji jego nazwę i dane kontaktowe. Komisja i państwa członkowskie podają te informacje do publicznej wiadomości. Państwa członkowskie zapewniają, aby krajowe punkty kontaktowe konsultowały się z organizacjami pacjentów, świadczeniodawcami i podmiotami oferującymi ubezpieczenia zdrowotne.	T	Art. 97 ust. 3 pkt 12; Art. 97a ust. 1 u.ś.o.z.	Art. 97 3. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności: 12) wykonywanie zadań Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, zwanego dalej „KPK”. Art. 97a 1. W centrali Funduszu działa KPK.	
Art. 6 ust. 2	2. Krajowe punkty kontaktowe ułatwiają wymianę informacji, o których mowa w ust. 3, i ściśle współpracują między sobą oraz z Komisją. Krajowe punkty kontaktowe udzielają pacjentom na wniosek informacji o krajowych punktach kontaktowych w innych państwach członkowskich.	T	Art. 97 ust. 4 i 8 u.ś.o.z.	4. KPK współpracuje z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającymi w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, w szczególności w zakresie wymiany informacji, o których mowa w ust. 2. (...) 8. KPK zamieszcza na swojej stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu aktualne informacje o danych teleadresowych krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działających w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.	
Art. 6 ust. 3	3. W celu umożliwienia pacjentom korzystania z ich praw w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej krajowe punkty kontaktowe w państwie członkowskim leczenia udzielają pacjentom informacji o świadczeniodawcach, w tym – na wniosek – informacji o uprawnieniach konkretnego świadczeniodawcy do świadczenia usług lub o jakichkolwiek ograniczeniach nałożonych na jego praktykę, informacji, o których mowa w art. 4 ust. 2 lit. a), a także informacji o prawach pacjentów, procedurach reklamacyjnych oraz mechanizmach dochodzenia środków naprawczych, zgodnie z prawodawstwem tego państwa członkowskiego, jak również o istniejących możliwościach prawnych i administracyjnych rozstrzygnięcia sporów, w tym w przypadku szkody powstałej w związku ze świadczeniem transgranicznej opieki zdrowotnej.	T	Art. 97 ust. 2 u.ś.o.z.	2. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom z innych państw członkowskich Unii Europejskiej, na ich wniosek, niezbędnych informacji dotyczących: 1) praw pacjenta uregulowanych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa; 2) świadczeniodawców, w odniesieniu do rodzajów wykonywanej działalności leczniczej; 3) osób wykonujących zawody medyczne, w zakresie posiadania prawa do wykonywania zawodu oraz nałożonych ograniczeń w wykonywaniu tego prawa, w oparciu o dostępne rejestry publiczne; 4) obowiązujących na podstawie przepisów prawa standardów jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz obowiązujących przepisów w zakresie oceny świadczeniodawców pod względem stosowania tych standardów i nadzoru nad świadczeniodawcami; 5) posiadanych przez dany szpital udogodnień dla osób niepełnosprawnych; 6) zasad dochodzenia roszczeń z tytułu wyrządzenia szkody lub krzywdy w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz zasad i trybu ustalania odszkodowania lub zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.	
Art. 6 ust. 4	4. Krajowe punkty kontaktowe w państwie członkowskim ubezpieczenia udzielają pacjentom i pracownikom służby zdrowia informacji, o których mowa w art. 5 lit. b.	T		Przepisy wdrażające zostały wskazane w pozycji dot. art. 5 lit. b dyrektywy.	

Art. 6 ust. 5	5. Informacje, o których mowa w niniejszym artykule, są łatwo dostępne i, w stosownych przypadkach, upowszechniane za pomocą środków elektronicznych i w formatach dostępnych dla osób niepełnosprawnych.	T	Art. 97a ust. 3, 10 i 11 u.ś.o.z	3. Informacji, o których mowa w ust. 2, KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, o ile jest to możliwe również w innych językach urzędowych Unii Europejskiej. (...) 10. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają świadczeniobiorcom oraz osobom wykonującym zawody medyczne, bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, informacji dotyczących: (...) 11. Informacje, o których mowa w ust. 10, zamieszcza się także na stronach internetowych KPK i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, z tym że informacja na temat wysokości zwrotu kosztów może ograniczać się do wybranych świadczeń gwarantowanych.	
Art. 7 ust. 1	Ogólne zasady zwrotu kosztów 1. Bez uszczerbku dla rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i z zastrzeżeniem przepisów art. 8 i 9 państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia.	T	Art. 42b ust. 1, 9 i 10 u.ś.o.z	1. Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, zwanego dalej „zwrotem kosztów”. (...) 9. Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania zwrotu kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartego w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, lub mającego w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji, który został zakupiony w aptece działającej na terytorium: 1) państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie recepty wystawionej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, przez osobę uprawnioną do wystawiania recept zgodnie z przepisami tego państwa; 2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie recepty transgranicznej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, wystawionej przez osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji, na prośbę pacjenta, który zamierza ją zrealizować w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej. 10. Świadczeniobiorca jest uprawniony do uzyskania zwrotu kosztów zakupu lub naprawy wyrobu medycznego, będącego świadczeniem gwarantowanym, który został zakupiony lub podlegał naprawie na terytorium: 1) państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie zlecenia wystawionego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, przez osobę uprawnioną do jego wystawienia zgodnie z przepisami tego państwa;	

				2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji.	
Art. 7 ust. 2	<p>2. W drodze odstępstwa od ust. 1:</p> <p>a) jeżeli państwo członkowskie zostało wymienione w załączniku IV do rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i zgodnie z tym rozporządzeniem uznano uprawnienia do świadczeń chorobowych emerytów i członków ich rodzin zamieszkałych w innym państwie członkowskim, to w przypadku kiedy przebywają oni na jego terytorium, udzieli im opieki zdrowotnej na mocy niniejszej dyrektywy na swój własny koszt, zgodnie z własnym prawodawstwem, tak jak gdyby te osoby zamieszkiwały w tym państwie członkowskim wymienionym w tym załączniku;</p> <p>b) jeżeli opieka zdrowotna świadczona zgodnie z niniejszą dyrektywą nie jest objęta wymogiem uzyskania uprzedniej zgody, nie jest świadczona zgodnie z tytułem III rozdział 1 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i jest świadczona na terytorium państwa członkowskiego, które zgodnie z tym rozporządzeniem i rozporządzeniem (WE) nr 987/2009 jest ostatecznie odpowiedzialne za zwrot kosztów, koszty tej opieki są przejmowane przez to państwo członkowskie. To państwo członkowskie może pokryć koszty tej opieki zdrowotnej zgodnie z warunkami, kryteriami przysługiwania uprawnień oraz formalnościami prawnymi i administracyjnymi, które ustaliło, pod warunkiem że jest to zgodne z TFUE.</p>	N		(Polska należy do państw wymienionych w załączniku IV do rozporządzenia (WE) nr 883/2004. Oznacza to, że polscy emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin, zamieszkali w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, podczas pobytu w Polsce mają prawo do pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej. Jeżeli świadczenie opieki zdrowotnej zostanie udzielone na terytorium Polski, która będzie państwem ostatecznie odpowiedzialne za pokrycie kosztów takiego świadczenia na podstawie przepisów rozporządzenia (WE) nr 883/2004, to Polska będzie w takiej sytuacji również państwem ubezpieczenia, w rozumieniu dyrektywy, a więc udzielone na jej terytorium świadczenie opieki zdrowotnej nie będzie spełniało kryterium transgranicznej opieki zdrowotnej.)	
Art. 7 ust. 3	<p>3. Do państwa członkowskiego ubezpieczenia należy rozstrzygnięcie o pokryciu kosztów i poziomie pokrycia kosztów opieki zdrowotnej, do której ubezpieczony jest uprawniony, czy to na szczeblu lokalnym, regionalnym czy krajowym, niezależnie od tego, gdzie opieka zdrowotna została świadczona.</p>	Przepis wdrożony		<i>Świadczenia gwarantowane są określone art. 15 ust. 2 u.ś.o.z. oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 31d tej ustawy.</i>	
Art. 7 ust. 4	<p>4. Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej.</p> <p>W przypadku gdy pełny koszt transgranicznej opieki zdrowotnej przekracza poziom kosztów, jakie byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, państwo członkowskie ubezpieczenia może mimo wszystko zdecydować o zwrocie kosztów w pełnej wysokości.</p> <p>Państwo członkowskie ubezpieczenia może zdecydować o zwrocie innych związanych kosztów, takich jak koszty noclegu i podróży, lub dodatkowych kosztów, jakie mogą ponieść osoby niepełnosprawne podczas otrzymywania transgranicznej opieki zdrowotnej ze względu na jedną lub więcej niepełnosprawności, zgodnie z przepisami krajowymi oraz pod warunkiem, że istnieje wystarczająca dokumentacja określająca te koszty.</p>	T	Art. 42c ust. 1 i 13 u.ś.o.z	<p>1. Fundusz dokonuje zwrotu kosztów w wysokości odpowiadającej kwocie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; 2) finansowania danego świadczenia gwarantowanego – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12, z wyłączeniem obowiązkowych szczepień ochronnych, medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa; 3) limitu finansowania danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego zawartego w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, lub mającego w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w 	

				<p>rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji;</p> <p>4) odpowiadającej wartości wyrobu medycznego nie wyższej niż limit finansowania ze środków publicznych dla danego wyrobu medycznego wynikający z przepisów wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, z uwzględnieniem przepisów art. 47 ust. 1-2a – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 9. (...)</p> <p>13. Zwrot kosztów nie może przekraczać kwoty wydatków rzeczywiście poniesionych przez świadczeniobiorcę z tytułu uzyskania danego świadczenia opieki zdrowotnej, ustalonej przy zastosowaniu kursu średniego dla danej waluty ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, o którym mowa w art. 42d ust. 4 pkt 1.</p>	
Art. 7 ust. 5	5. Państwa członkowskie mogą przyjąć przepisy zgodne z TFUE, których celem będzie zagwarantowanie, by pacjentom korzystającym z transgranicznej opieki zdrowotnej przysługiwały te same prawa, jakie przysługiwałyby im, gdyby korzystali z opieki zdrowotnej w porównywalnej sytuacji w państwie członkowskim ubezpieczenia.	N			
Art. 7 ust. 6	6. Do celów przepisów ust. 4 państwa członkowskie muszą mieć przejrzysty mechanizm obliczania kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, które mają być zwrócone ubezpieczonemu przez państwo członkowskie ubezpieczenia. Mechanizm ten musi być oparty na obiektywnych, niedyskryminacyjnych, znanych z góry kryteriach i stosowany na odpowiednim (lokalnym, regionalnym lub krajowym) poziomie administracyjnym.	T	Art. 42c ust. 2-11 u.ś.o.z	<p>2. W przypadku gdy dla danego świadczenia opieki zdrowotnej, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, nie można wskazać dokładnego odpowiednika wśród świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się świadczenie najbardziej zbliżone pod względem medycznym.</p> <p>3. W przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy dwóch lub większej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, które są rozliczane w ramach jednego świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego przez Fundusz, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się to świadczenie.</p> <p>4. W przypadku złożenia oddzielnych wniosków o zwrot kosztów, dotyczących dwóch lub większej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, rozliczanych w ramach jednego świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego przez Fundusz, łączna kwota zwrotu kosztów uzyskana na podstawie tych wniosków nie może przekraczać kwoty finansowania tego świadczenia.</p> <p>5. W przypadku gdy dla danego świadczenia gwarantowanego istnieje, w skali kraju, jednolita wysokość kwoty finansowania stosowana w rozliczeniach między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcami, podstawą zwrotu kosztów jest wysokość kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.</p> <p>6. W przypadku gdy dla danego świadczenia gwarantowanego istnieje, w skali kraju, zróżnicowanie wysokości kwot finansowania stosowanych w rozliczeniach między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcami, podstawą zwrotu kosztów jest średnia ważona kwoty finansowania obliczona dla tego świadczenia gwarantowanego. Średnią ważoną kwoty finansowania oblicza się według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono</p>	

				<p>udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.</p> <p>7. Jeżeli ustalenie podstawy zwrotu kosztów nie jest możliwe przy zastosowaniu reguł określonych w ust. 5 lub 6, jako podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się odpowiednio wysokość kwoty finansowania lub średnią ważoną kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.</p> <p>8. W przypadku świadczeń gwarantowanych rozliczanych w formie ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń, podstawą zwrotu kosztów jest, obliczona w skali kraju, średnia kwota finansowania świadczeń z danego zakresu, udzielonych jednemu pacjentowi, w ostatnim pełnym kwartale poprzedzającym kwartał, w którym zakończono udzielanie tych świadczeń, w szczególności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) średnia kwota finansowania świadczeń udzielonych jednemu świadczeniobiorcy w szpitalnym oddziale ratunkowym albo w izbie przyjęć; 2) średnia kwota finansowania jednorazowej interwencji zespołu ratownictwa medycznego. <p>9. W przypadku świadczeń finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, średnią ważoną, o której mowa w ust. 6, oraz średnią kwotę finansowania, o której mowa w ust. 8, oblicza minister właściwy do spraw zdrowia.</p> <p>10. W przypadku świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i 4 podstawą zwrotu kosztów jest odpowiednio wysokość refundacji lub wysokość finansowania ze środków publicznych obowiązująca na dzień zakupu.</p> <p>11. W przypadku gdy liczba DDD, w rozumieniu ustawy o refundacji, w opakowaniu leku zakupionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej różni się od liczby DDD w opakowaniu leku wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, kwotę zwrotu kosztów odpowiednio zwiększa lub zmniejsza się proporcjonalnie do ilorazu liczby DDD w opakowaniu leku zakupionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej i liczby DDD leku wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji.</p>	
Art. 7 ust. 7	<p>7. Państwo członkowskie ubezpieczenia może nałożyć na osobę ubezpieczoną, która dochodzi zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, w tym opieki zdrowotnej otrzymanej za pomocą telemedycyny, te same warunki, kryteria przysługiwania uprawnień i wymogi prawno-administracyjne, ustalone na szczeblu lokalnym, regionalnym lub krajowym, jakie byłyby nałożone, gdyby ten sam rodzaj opieki zdrowotnej był świadczony na terytorium tego państwa członkowskiego. Mogą one obejmować ocenę przez pracownika służby zdrowia lub pracownika administracyjnego służby zdrowia realizującego świadczenia w ramach ustawowego systemu zabezpieczenia społecznego lub krajowego systemu opieki zdrowotnej państwa członkowskiego ubezpieczenia, np. przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, u którego dany pacjent jest zarejestrowany, jeżeli jest to konieczne do ustalenia, czy ten pacjent jest uprawniony do uzyskania opieki</p>	T	<p>Art. 42b ust. 3-8 u.ś.o.z.</p>	<p>3. Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest uzyskanie przez świadczeniobiorcę, przed skorzystaniem ze świadczenia opieki zdrowotnej, podlegającego zwrotowi kosztów, odpowiedniego skierowania lub zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego, zgodnie z art. 32, art. 33 ust. 1, art. 33a, art. 41 lub art. 57-59 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 31d.</p> <p>4. Skierowanie lub zlecenie na przejazd środkami transportu sanitarnego, wymagane zgodnie z ust. 3, może być wystawione również przez lekarza wykonującego zawód w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej. Takie skierowanie lub zlecenie traktuje się jak skierowanie lub zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.</p> <p>5. W przypadku świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest potwierdzenie skierowania</p>	

	<p>zdrowotnej. Jednakże warunki, kryteria przysługiwania uprawnień i wymogi prawno-administracyjne nałożone zgodnie z niniejszym ustępem nie mogą być dyskryminacyjne ani nie mogą stanowić przeszkody w swobodnym przepływie pacjentów, usług lub towarów, o ile nie jest to obiektywnie uzasadnione wymogami planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczącymi woli kontrolowania kosztów i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich.</p>			<p>zgodnie z art. 33 ust. 2, w zakresie celowości leczenia uzdrowiskowego, przed skorzystaniem z tych świadczeń.</p> <p>6. W przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest zakwalifikowanie pacjenta do odpowiedniego programu lekowego, zgodnie z opisem programu lekowego, o którym mowa w ustawie o refundacji.</p> <p>7. W przypadku świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 13, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest spełnienie wymogów warunkujących udział pacjenta w danym programie.</p> <p>8. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1, warunkiem zwrotu kosztów jest uprzednie wydanie zgody przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej. Uprzednia zgoda obejmuje także świadczenia, które nie były bezpośrednio przedmiotem tej zgody, jeżeli ich udzielenie okazało się konieczne w związku z udzielaniem świadczenia objętego zgodą.</p>	
Art. 7 ust. 8	<p>8. Z wyjątkiem przypadków określonych w art. 8 państwo członkowskie ubezpieczenia nie może uzależniać zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody.</p>	T		<p>(Przepisy projektowanej ustawy co do zasady nie uzależniają zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uprzedniej zgody Funduszu, z wyjątkiem świadczeń ujętych w wykazie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.)</p>	
Art. 7 ust. 9	<p>9. Państwo członkowskie ubezpieczenia może ograniczyć stosowanie przepisów dotyczących zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie nadrzędnych względów podyktowanych interesem ogólnym, takich jak wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania kosztów i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich.</p>	T	Art. 42h u.ś.o.z.	<p>1. W przypadku gdy koszty realizacji zadań wynikających z art. 42b w danym roku kalendarzowym osiągną kwotę limitu, stanowiącą sumę rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. d oraz rezerwy, o której mowa w art. art. 118 ust. 5, Fundusz zawiesza wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca tego roku kalendarzowego. Prezes Funduszu niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, o zawieszeniu wypłaty tych kwot.</p> <p>2. W przypadku gdy przed końcem pierwszego półrocza danego roku kalendarzowego zostanie przekroczony poziom 50% kwoty, o którym mowa w ust. 1, Prezes Funduszu niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, o przewidywanym terminie zawieszenia wypłaty kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów.</p> <p>3. W przypadku gdy przychody ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, zrealizowane jako należne za okres od początku danego roku kalendarzowego, są niższe niż przychody planowane na ten okres, kwota limitu, o której mowa w ust. 1, ulega obniżeniu o kwotę różnicy między przychodami planowanymi a zrealizowanymi, jednak nie więcej niż o kwotę rezerwy, o której mowa w art. art. 118 ust. 5.</p> <p>4. Wypłat zawieszonych na podstawie ust. 1 dokonuje się niezwłocznie w roku następnym, w ramach limitu, o którym mowa w ust. 1.</p> <p>5. Świadczeniobiorcy nie przysługują odsetki z tytułu zawieszenia wypłaty</p>	

				kwoty należnej z tytułu zwrotu kosztów, o którym mowa w ust. 1.	
Art. 7 ust. 10	10. Niezależnie od ust. 9 państwa członkowskie zapewniają, aby zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, na którą udzielono uprzedniej zgody, następował zgodnie z udzieloną zgodą.	T		(W przypadku zastosowania klauzuli ostrożnościowej określonej w art. 42h zwrot kosztów świadczeń uzyskanych na podstawie uprzedniej zgody nastąpi na zasadach ogólnych - czyli w przypadku wyczerpania limitu nastąpi on niezwłocznie w roku następnym.)	
Art. 7 ust. 11	11. Decyzja w sprawie ograniczenia stosowania niniejszego artykułu zgodnie z ust. 9 jest ograniczona do tego, co niezbędne i proporcjonalne i nie może stanowić środka arbitralnej dyskryminacji ani nieuzasadnionej przeszkody w swobodnym przepływie towarów, osób lub usług. Państwa członkowskie powiadamiają Komisję o wszelkich decyzjach o ograniczeniu zwrotu kosztów opartych na względach wymienionych w ust. 9.	T		(Przepis art. 42h u.ś.o.z. spełnia ten warunek.)	
Art. 8 ust. 1, 2	Opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody 1. Państwo członkowskie ubezpieczenia może przewidzieć system udzielania uprzedniej zgody na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej zgodnie z niniejszym artykułem oraz art. 9. System udzielania uprzedniej zgody, w tym jego kryteria i stosowanie tych kryteriów, oraz indywidualne decyzje o odmowie udzielenia uprzedniej zgody ograniczają się do tego, co jest konieczne i proporcjonalne do celu, jaki ma zostać osiągnięty, i nie mogą stanowić środka arbitralnej dyskryminacji ani nieuzasadnionej przeszkody w swobodnym przepływie pacjentów. 2. Opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody jest ograniczona do opieki zdrowotnej, która: a) podlega wymogom planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczącym woli kontrolowania kosztów i uniknięcia, na ile jest to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych technicznych i ludzkich oraz: (i) obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc; lub (ii) występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej; b) obejmuje leczenie stwarzające szczególne ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa; lub c) jest świadczona przez świadczeniodawcę, który w poszczególnych przypadkach może budzić poważne i szczególnie wątpliwości związane z jakością lub bezpieczeństwem opieki, z wyłączeniem opieki zdrowotnej, która podlega prawodawstwu unijnemu zapewniającemu minimalny poziom bezpieczeństwa i jakości w całej Unii. Państwa członkowskie powiadamiają Komisję o kategoriach opieki zdrowotnej, o których mowa w lit. a).	T	Art. 42e u.ś.o.z	1. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uprzedniej zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, mając na względzie dobro świadczeniobiorców oraz gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych. 2. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, może zawierać wyłącznie: 1) świadczenia opieki zdrowotnej podlegające wymogom planowania niezbędnego dla zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do pełnego zakresu opieki zdrowotnej wysokiej jakości lub wynikającego z konieczności kontrolowania kosztów i uniknięcia niegospodarności w wykorzystaniu zasobów finansowych, technicznych i ludzkich, a jednocześnie które: a) wymagają pozostawiania pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc, lub b) wymagają zastosowania wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub aparatury medycznej; 2) świadczenia opieki zdrowotnej stwarzające szczególne ryzyko dla życia lub zdrowia świadczeniobiorcy. 3. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje rozporządzenie, o którym mowa w ust. 1, lub dokonuje jego zmiany, w przypadku stwierdzenia, że brak takiego wykazu skutkować będzie nienależytym zabezpieczeniem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium kraju.	
Art. 8 ust. 3	3. W odniesieniu do wniosków o udzielenie uprzedniej zgody składanych przez ubezpieczonego w celu skorzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej państwo członkowskie ubezpieczenia ustala, czy spełnione zostały warunki	T	Art. 42f ust. 8 u.ś.o.z.	8. Jeżeli wniosek, o którym mowa w ust. 1, spełnia warunki do wydania zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje taką zgodę, chyba że z treści wniosku wynika, że	

	rozporządzenia (WE) nr 883/2004. Jeżeli te warunki są spełnione, zgoda jest wydawana w myśl tego rozporządzenia, chyba że pacjent wyraża inną wolę.			świadczeniobiorca złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 4 pkt 2.
Art. 8 ust. 4	4. W przypadku gdy o udzielenie uprzedniej zgody występuje pacjent cierpiący na rzadką chorobę lub gdy zachodzi podejrzenie, że cierpi on na rzadką chorobę, eksperci w tej dziedzinie mogą przeprowadzić ocenę kliniczną. Jeżeli w państwie członkowskim ubezpieczenia nie ma takich ekspertów lub jeżeli opinia eksperta nie daje jednoznacznego wyniku, państwo członkowskie ubezpieczenia może wystąpić o poradę naukową.	N		
Art. 8 ust. 5, 6	5. Bez uszczerbku dla ust. 6 lit. a)–c) państwo członkowskie ubezpieczenia nie może odmówić wydania uprzedniej zgody, jeżeli pacjent jest uprawniony do danej opieki zdrowotnej na mocy art. 7 i jeżeli taka opieka zdrowotna nie może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, w oparciu o obiektywną ocenę stanu zdrowia pacjenta, historii i prawdopodobnego przebiegu jego choroby, stopnia występującego u niego bólu lub charakteru jego niepełnosprawności w chwili składania lub ponawiania wniosku o udzielenie zgody. 6. Państwo członkowskie ubezpieczenia może odmówić wydania uprzedniej zgody z poniższych przyczyn: a) jeżeli w świetle oceny klinicznej istnieje dostateczna pewność, że bezpieczeństwo pacjenta będzie narażone na ryzyko, którego nie można zaakceptować, biorąc pod uwagę potencjalne korzyści dla pacjenta wynikające z planowanej transgranicznej opieki zdrowotnej; b) jeżeli istnieje dostateczna pewność, że społeczeństwo zostanie narażone na znaczne zagrożenie bezpieczeństwa w wyniku świadczenia danego rodzaju transgranicznej opieki zdrowotnej; c) jeżeli dany rodzaj opieki zdrowotnej jest udzielany przez świadczeniodawcę, który budzi poważne i szczególne wątpliwości związane z poszanowaniem norm i wytycznych odnośnie do jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów, w tym przepisów dotyczących nadzoru, niezależnie od tego, czy wspomniane normy i wytyczne są ustanowione przepisami ustawowymi i wykonawczymi czy poprzez systemy akredytacji ustanowione przez państwo członkowskie leczenia; d) jeżeli taka opieka zdrowotna może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia i prawdopodobnego przebiegu choroby każdego zainteresowanego pacjenta.		Art. 42f ust. 2 u.ś.o.z.	2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, w drodze decyzji administracyjnej, odmówić uprzedniej zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, jeżeli świadczenie opieki zdrowotnej objęte wnioskiem: 1) nie jest świadczeniem gwarantowanym; 2) może zostać udzielone w kraju, przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w terminie nieprzekraczającym czasu oczekiwania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 lit. h; 3) stwarza dla zdrowia pacjenta znaczne ryzyko, którego nie równoważą potencjalne korzyści zdrowotne, jakie może on odnieść dzięki uzyskaniu tego świadczenia; 4) stwarza znaczne zagrożenie zdrowotne dla społeczeństwa; 5) ma zostać udzielone przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, działający w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, co do którego zachodzą istotne wątpliwości w zakresie przestrzegania standardów jakości i bezpieczeństwa, ustanowionych przez państwo, w którym udziela on świadczeń zdrowotnych.
Art. 8 ust. 7	7. Państwo członkowskie ubezpieczenia podaje do publicznej wiadomości, jaki rodzaj opieki zdrowotnej do celów niniejszej dyrektywy podlega obowiązkowi uzyskania uprzedniej zgody, a także wszelkie istotne informacje dotyczące systemu uprzedniej zgody.	T	Art. 97a ust. 10 pkt 2, 4 i ust. 11 u.ś.o.z.	10. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają świadczeniobiorcom oraz osobom wykonującym zawody medyczne, bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, informacji dotyczących: (...) 2) świadczeń opieki zdrowotnej objętych wykazem, o którym mowa w art. 42e ust. 1; (...) 4) trybu rozpatrywania wniosków o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8.

				11. Informacje, o których mowa w ust. 10, zamieszcza się także na stronach internetowych KPK i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, z tym że informacja na temat wysokości zwrotu kosztów może ograniczać się do wybranych świadczeń gwarantowanych.
Art. 9 ust. 1 i 2	<p>Procedury administracyjne odnoszące się do transgranicznej opieki zdrowotnej</p> <p>1. Państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia, aby procedury administracyjne dotyczące korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej oraz zwrotu kosztów opieki zdrowotnej poniesionych w innym państwie członkowskim były oparte na obiektywnych i niedyskryminujących kryteriach, które są konieczne i proporcjonalne do celu, jaki ma zostać osiągnięty.</p> <p>2. Wszelkie rodzaje procedur administracyjnych, o których mowa w ust. 1, są łatwo dostępne, a informacje dotyczące tych procedur są podawane do publicznej wiadomości na właściwym szczeblu. Takie procedury muszą zapewniać rozpatrywanie wniosków w sposób obiektywny i bezstronny.</p>	T	Art. 42d ust. 1-12, 16-18 i 25; art. 42f ust. 1, 3-5 i 7 u.ś.o.z	<p>Art. 42d</p> <p>1. Decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów wydaje, na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, zwany dalej „wnioskiem o zwrot kosztów”, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1; 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę. <p>2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określonego zgodnie z ust. 1 wydaje decyzję administracyjną o odmowie zwrotu kosztów, jeżeli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wniosek o zwrot kosztów dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej niespełniających kryteriów określonych w art. 42b ust. 1, 9-11 lub 2) wniosek o zwrot kosztów dotyczy świadczeń, o których mowa w art. 42b ust. 2, lub 3) nie zostały spełnione warunki dotyczące posiadania przez świadczeniobiorcę skierowania lub zlecenia, o których mowa w art. 42b ust. 3-5, recepty transgranicznej, albo zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 10, lub 4) nie zostały spełnione warunki, o których mowa w art. 42b ust. 6 albo ust. 7, lub 5) świadczeniobiorca, przed udzieleniem mu świadczeń opieki zdrowotnej, nie uzyskał zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, lub 6) świadczeniobiorca nie przedstawił dokumentów, zawierających wystarczające dane dotyczące procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, pozwalające na zidentyfikowanie świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, lub 7) świadczeniobiorca nie udokumentował faktu pokrycia całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, lub 8) świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, zostały zakwalifikowane przez Fundusz do rozliczenia na podstawie przepisów o koordynacji, lub 9) wniosek o zwrot kosztów został złożony po upływie terminu, o którym mowa w ust. 12. <p>3. Przepisu ust. 2 pkt 5 nie stosuje się, jeżeli świadczeniobiorca po</p>

			<p>upływie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, ze względu na pilną konieczność podjęcia leczenia niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia, podyktowaną potwierdzonym stanem klinicznym, poddał się takiemu leczeniu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej.</p> <p>4. Wniosek o zwrot kosztów zawiera następujące informacje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL świadczeniobiorcy – a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; 2) adres miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy oraz adres do korespondencji; 3) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy – a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek o zwrot kosztów składa przedstawiciel ustawowy; 4) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, jeżeli wniosek o zwrot kosztów składa przedstawiciel ustawowy; 5) termin i państwo udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów; 6) łączną kwotę, którą uiszczono za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, z podaniem waluty; 7) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego; 8) numer decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 42f ust. 1, jeżeli świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów znajduje się w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1; 9) numer rachunku bankowego, w przypadku gdy zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przelewu bankowego, a w przypadku rachunku prowadzonego za granicą również inne niezbędne dane tego rachunku; 10) imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego, jeżeli rachunek ten nie należy do świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów; 11) adres, na który ma zostać przekazany przekaz pocztowy, jeżeli zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przekazu pocztowego; 12) spis załączników do wniosku o zwrot kosztów; <ol style="list-style-type: none"> 13) oświadczenie osoby składającej wniosek, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. <p>5. Do wniosku o zwrot kosztów dołącza się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oryginał rachunku wystawionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub oryginał rachunku wystawionego w państwie członkowskim Unii Europejskiej przez aptekę albo dostawcę wyrobów medycznych; 2) dokument potwierdzający pokrycie całości kosztów świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w przypadku jeżeli nie wynika to z dokumentu, o którym mowa pkt 1; 	
--	--	--	---	--

			<p>3) oryginał lub kopię odpowiednio:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) skierowania lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3-5, b) recepty, o której mowa w art. 42b ust. 9 pkt 1, albo recepty transgranicznej, c) zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 10. <p>6. Rachunek, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, powinien zawierać:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) dane wystawcy rachunku oraz datę jego wystawienia; 2) dane świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów; 3) dane niezbędne do zidentyfikowania świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w szczególności informacje umożliwiające określenie kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 oraz Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 albo dane, dotyczące wydanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych. <p>7. W przypadku, gdy rachunek, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, nie zawiera danych, o których mowa w ust. 6 pkt 3, dane te powinny być zawarte w dołączonej do wniosku o zwrot kosztów dokumentacji.</p> <p>8. W przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15, do wniosku o zwrot kosztów dołącza się zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do odpowiedniego programu lekowego.</p> <p>9. W przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego, o którym mowa w 42b ust. 9 pkt 1, do wniosku dołącza się również poświadczoną za zgodność o oryginałem kopię dokumentacji medycznej, z której wynika medyczna zasadność wystawienia recepty na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny, którego dotyczy ten wniosek.</p> <p>10. W przypadku gdy dokumenty, o których mowa w ust. 5-7 i 9, są sporządzone w języku obcym, do wniosku o zwrot kosztów należy dołączyć tłumaczenie tych dokumentów na język polski.</p> <p>11. Przepisów ust. 5 pkt 3 lit. a i ust. 8 nie stosuje się do wniosku o zwrot kosztów dotyczącego świadczenia opieki zdrowotnej, na które świadczeniobiorca uzyskał zgodę, o której mowa w art. 42b ust. 8.</p> <p>12. Wniosek o zwrot kosztów składa się w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy ten wniosek. (...)</p> <p>16. Rozpoczęcie rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów następuje zgodnie z kolejnością wpływu do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.</p> <p>17. Zwrot kosztów następuje w terminie 7 dni o od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki Funduszu wiadomości o tym, że decyzja, o której mowa w ust. 1, stała się ostateczna, z zastrzeżeniem art. 42h ust. 1.</p> <p>18. Zwrotu kosztów dokonuje się w drodze przelewu, na rachunek bankowy, podany we wniosku o zwrot kosztów, albo w drodze przekazu pocztowego. (...)</p> <p>25. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia wzór wniosku o zwrot kosztów, mając na względzie zapewnienie sprawności postępowania.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Art. 42f</p> <p>1. Uprzednią zgodę, o której mowa w art. 42b ust. 8, wydaje w drodze decyzji administracyjnej, na wniosek świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin zamieszkałych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1; 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę. (...) <p>3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.</p> <p>4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w części wypełnianej przez świadczeniobiorcę, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka: <ol style="list-style-type: none"> a) imię i nazwisko, data urodzenia, numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji świadczeniobiorcy, c) imię i nazwisko, data urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy lub małżonka, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy lub małżonek, d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy lub małżonka, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy lub małżonek, e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej do celów kontaktowych; f) wskazanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, działającego w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, mającego udzielić świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem, g) deklarację, iż świadczeniobiorca jest zainteresowany wyłącznie wydaniem uprzedniej zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8 – jeżeli nie jest on zainteresowany wydaniem zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1. 2) w części wypełnianej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie
--	--	--	---

				<p>medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek, pieczęć lekarza wypełniającego wniosek, zawierającą numer prawa wykonywania zawodu oraz tytuł naukowy, pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej, rozpoznanie kliniczne, w zakresie, którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współlistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu, prognozę co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby, wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek, określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania pacjenta na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, uzasadnienie wniosku, spis załączników do wniosku. <p>5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumentację medyczną oraz pisemną informację, o której mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2, dotyczącą czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski. (...)</p> <p>7. Od decyzji, o której mowa w ust. 2, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.</p>	
Art. 9 ust. 3	<p>3. Państwa członkowskie ustalają rozsądne terminy, w jakich wnioski o transgraniczną opiekę zdrowotną muszą zostać rozpatrzone, i podają je z wyprzedzeniem do publicznej wiadomości. Rozpatrując wniosek o skorzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej, państwa członkowskie uwzględniają:</p> <ol style="list-style-type: none"> określony stan chorobowy, pilność i indywidualne okoliczności. 	T	<p>Art. 42d ust. 13-15 i art. 42f ust. 6 u.ś.o.z.</p>	<p>Art. 42d</p> <p>13. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów nie wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, decyzję, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2, wydaje się w terminie 30 dni od dnia wszczęcia postępowania.</p> <p>14. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego wydanie decyzji, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2, następuje w terminie 60 dni od dnia wszczęcia postępowania. W przypadku, gdy postępowanie wyjaśniające wymaga uzupełnienia przez świadczeniobiorcę albo jego przedstawiciela ustawowego wniosku o zwrot kosztów lub prowadzenia korespondencji z instytucją krajową, do tego terminu nie wlicza się okresu:</p> <ol style="list-style-type: none"> od dnia wezwania do uzupełnienia wniosku do dnia otrzymania tego uzupełnienia przez oddział wojewódzki Funduszu albo do dnia bezskutecznego upływu terminu wyznaczonego na uzupełnienie wniosku o zwrot kosztów; od dnia wysłania zapytania do instytucji krajowej do dnia otrzymania przez oddział wojewódzki Funduszu odpowiedzi tej instytucji. <p>15. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przy udziale krajowego</p>	

				<p>punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, zwrot kosztów albo wydanie decyzji odmawiającej zwrotu kosztów następują w terminie 6 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania. Jeżeli w powyższym terminie nie dokonano ustaleń pozwalających na jednoznaczne określenie kwoty zwrotu kosztów, należyj świadczeniobiorcy, zwrot kosztów następuje niezwłocznie po upływie tego terminu w wysokości odpowiadającej kwocie, którą należy uznać w danym przypadku za najbardziej prawdopodobną podstawę zwrotu kosztów. W postępowaniu wątpliwości rozstrzyga się na korzyść świadczeniobiorcy.</p> <p>Art. 42f</p> <p>6. Przy rozpatrywaniu wniosku, o którym mowa w ust. 1, uwzględnia się pilność danego przypadku, ocenianą przy uwzględnieniu aktualnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy, stopnia odczuwanych dolegliwości lub charakteru niepełnosprawności, historii choroby i przewidywanego jej rozwoju.</p>	
Art. 9 ust. 4	<p>4. Państwa członkowskie zapewniają, aby poszczególne decyzje dotyczące korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej i zwrotu kosztów opieki zdrowotnej poniesionych w innym państwie członkowskim były właściwie uzasadniane i poddawane w każdym przypadku przeglądowi administracyjnemu oraz by istniała możliwość zaskarżenia ich na drodze sądowej, obejmująca możliwość wydania środków tymczasowych.</p>	T	<p>Art. 42f ust. 17 i art. 42f ust. 6 u.ś.o.z</p>	<p>Art. 42d</p> <p>17. Od decyzji, o której mowa w ust. 1 i 2, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.</p> <p>Art. 42f</p> <p>6. Od decyzji, o której mowa w ust. 2, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. (Obowiązek uzasadniania decyzji wynika z przepisów KPA.)</p>	
Art. 9 ust. 5	<p>5. Niniejsza dyrektywa nie narusza prawa państw członkowskich do zaferowania pacjentom dobrowolnego systemu uprzedniego powiadamiania, w którym w odpowiedzi na powiadomienie pacjent otrzymuje pisemne potwierdzenie szacunkowej kwoty podlegającej zwrotowi. Przy szacowaniu tej kwoty bierze się pod uwagę kliniczny przypadek pacjenta, określając procedury medyczne, które mogą zostać zastosowane.</p> <p>Państwa członkowskie mogą zdecydować o zastosowaniu mechanizmów rekompensaty finansowej między właściwymi instytucjami przewidzianych w rozporządzeniu (WE) nr 883/2004. W przypadku gdy państwo członkowskie ubezpieczenia nie stosuje takich mechanizmów, zapewnia ono otrzymanie przez pacjentów zwrotu kosztów bez zbędnej zwłoki.</p>	N			
Art. 10 ust. 1	<p>Artykuł 10</p> <p>Wzajemna pomoc i współpraca</p> <p>1. Państwa członkowskie udzielają sobie wzajemnie pomocy, jaka jest konieczna do wykonywania niniejszej dyrektywy, łącznie ze współpracą w zakresie norm i wytycznych dotyczących jakości i bezpieczeństwa oraz wymianą informacji, zwłaszcza pomiędzy ich krajowymi punktami kontaktowymi zgodnie z art. 6, w tym na temat przepisów dotyczących nadzoru oraz wzajemnej pomocy w wyjaśnianiu zawartości merytorycznej faktur.</p>	T	<p>Art. 97a ust. 4 i 5 u.ś.o.z.</p>	<p>4. KPK współpracuje z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającymi w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, w szczególności w zakresie wymiany informacji, o których mowa w ust. 2.</p> <p>5. Na wniosek krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej, KPK, we współpracy z oddziałami wojewódzkimi Funduszu, udziela niezbędnej pomocy w wyjaśnianiu zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych</p>	

				pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej przez polskich świadczeniodawców, apteki i dostawców wyrobów medycznych.	
Art. 10 ust. 2	2. Państwa członkowskie ułatwiają współpracę w zakresie świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym, a także za pomocą TIK i innych form współpracy transgranicznej.	N			
Art. 10 ust. 3	3. Komisja zachęca państwa członkowskie, w szczególności sąsiadujące państwa członkowskie, do zawarcia między sobą umów. Komisja zachęca również do współpracy między państwami członkowskimi w dziedzinie świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej w regionach przygranicznych.	N			
Art. 10 ust. 4	4. Państwa członkowskie leczenia zapewniają, aby informacje na temat prawa do wykonywania zawodu przez pracowników służby zdrowia wymienionych w krajowych lub lokalnych rejestrach ustanowionych na ich terytorium były na wniosek udostępniane organom innych państw członkowskich do celów świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej zgodnie z rozdziałami II i III oraz zgodnie z krajowymi środkami wdrażającymi unijne przepisy o ochronie danych osobowych, w szczególności dyrektywy 95/46/WE i 2002/58/WE, oraz z zasadą domniemania niewinności. Wymiana informacji następuje za pośrednictwem systemu wymiany informacji rynku wewnętrznego ustanowionego na mocy decyzji Komisji 2008/49/WE z dnia 12 grudnia 2007 r. w sprawie wdrożenia systemu wymiany informacji rynku wewnętrznego (IMI) pod względem ochrony danych osobowych [36].	Przepis wdrożony	<p><i>Ustawa z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, w art. 20, stanowi że właściwy organ przekazuje, na wniosek zainteresowanych organów właściwych z państw członkowskich, informacje o toczących się i prawomocnie zakończonych postępowaniach dyscyplinarnych lub karnych, oraz innych okolicznościach, które mogą wywierać skutki na prawo do wykonywania zawodu regulowanego lub działalności na terytorium RP.</i></p> <p><i>Ponadto:</i></p> <p><i>Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, w art. 6a ust. 2a stanowi, że okręgowa rada lekarska współpracuje z właściwymi organami państw członkowskich UE oraz przekazuje tym organom informacje o toczących się i prawomocnie zakończonych postępowaniach dyscyplinarnych lub karnych oraz innych poważnych okolicznościach, które mogą mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry.</i></p> <p><i>Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w art. 45 ust. 2, stanowi że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych na wniosek odpowiednich władz lub organizacji państwa członkowskiego UE udostępnia z rejestru niezbędne do uznania kwalifikacji informacje, o które wnoszą odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, a które mogą mieć wpływ na podjęcie lub wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej na terytorium tego państwa.</i></p> <p><i>Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, w art. 60 ust., stanowi, że okręgowa rada aptekarska jest obowiązana udzielić na wniosek odpowiednich władz lub organizacji innego niż państwa członkowskiego UE informacji o ukaraniu farmaceuty.</i></p>		
Art. 11 ust. 1	Uznawanie recept wystawionych w innym państwie członkowskim 1. W przypadku gdy produkt leczniczy jest dopuszczony do obrotu na ich terytorium, zgodnie z dyrektywą 2001/83/WE lub rozporządzeniem (WE) nr 726/2004, państwa członkowskie zapewniają, aby recepty wystawione na taki produkt w innym państwie członkowskim na nazwisko określonego pacjenta mogły być zrealizowane na terytorium państw zgodnie z aktualnie obowiązującym prawodawstwem krajowym oraz by zakazane były jakiegokolwiek ograniczenia w zakresie uznawania konkretnych recept, chyba że takie wymogi: a) są ograniczone do tego, co jest konieczne i proporcjonalne do	Przepis wdrożony	<p><i>Polskie prawo dopuszcza obecnie wydawanie produktów leczniczych na podstawie recepty wystawionej w innych państwach. Zgodnie § 25 z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2012 r. poz. 260) wymagane jest, aby recepta taka zawierała: imię, nazwisko i adres pacjenta; międzynarodową lub własną nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzajową lub handlową nazwę wyrobu medycznego; dawkę; ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, albo wyrobu medycznego; datę wystawienia recepty oraz dane osoby wystawiającej receptę w formie nadruku lub pieczęci i</i></p>		

	<p>zagwarantowania ochrony zdrowia ludzkiego, oraz nie mają charakteru dyskryminującego; lub</p> <p>b) opierają się na uzasadnionych i usprawiedliwionych wątpliwościach co do autentyczności, treści lub zrozumiałości konkretnej recepty.</p> <p>Uznawanie takich recept nie może naruszać krajowych przepisów dotyczących przepisywania i wydawania, jeżeli te przepisy są zgodne z prawem unijnym, w tym przepisów dotyczących leków generycznych lub innych zamienników. Uznawanie recept nie może naruszać przepisów dotyczących zwrotu kosztów produktów leczniczych. Zwrot kosztów produktów leczniczych uregulowany jest w rozdziale III niniejszej dyrektywy.</p> <p>W szczególności uznawanie recept nie wpływa na prawo farmaceuty, na mocy przepisów krajowych, do odmowy – ze względów etycznych – wydania produktu przepisanego w innym państwie członkowskim, jeżeli farmaceuta miałby prawo odmowy wydania produktu, gdyby recepta została wydana w państwie członkowskim ubezpieczenia.</p> <p>W przypadku gdy w państwie członkowskim leczenia zostaje wystawiona recepta na produkty lecznicze lub wyroby medyczne dostępne w państwie członkowskim ubezpieczenia i jeżeli realizacja recepty następuje w państwie członkowskim ubezpieczenia, państwo członkowskie ubezpieczenia podejmuje wszelkie niezbędne kroki, poza uznaniem recepty, w celu zapewnienia ciągłości leczenia.</p> <p>Niniejszy ustęp ma zastosowanie również do wyrobów medycznych, które są legalnie wprowadzane do obrotu w odnośnym państwie członkowskim.</p>		<p><i>podpis osoby wystawiającej receptę.</i></p>	
<p>Art. 11 ust. 2-6</p>	<p>2. Aby ułatwić wykonanie ust. 1, Komisja przyjmuje:</p> <p>a) środki umożliwiające pracownikowi służby zdrowia sprawdzenie autentyczności recepty oraz tego, czy recepta została wystawiona w innym państwie członkowskim przez osobę wykonującą zawód regulowany w zakresie opieki zdrowotnej, upoważnioną zgodnie z prawem do jej wystawienia, poprzez opracowanie niewyczerpującego wykazu elementów, które mają być zawarte w receptach i które muszą być jednoznaczne we wszystkich formatach recept, w tym elementów ułatwiających, w razie potrzeby, kontakt między stroną wystawiającą receptę i stroną ją realizującą w celu osiągnięcia całkowitego zrozumienia sposobu leczenia, z należytym poszanowaniem ochrony danych;</p> <p>b) wytyczne, które pomagają państwom członkowskim rozwijać interoperacyjność e-recept;</p> <p>c) środki ułatwiające prawidłową identyfikację produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przepisanych w jednym państwie członkowskim, a wydawanych w innym, łącznie ze środkami umożliwiającymi uwzględnienie czynników bezpieczeństwa pacjentów w odniesieniu do stosowania ich zamienników w transgranicznej opiece zdrowotnej, w przypadku gdy prawodawstwo państwa członkowskiego wydającego zezwala na stosowanie takich zamienników. Komisja rozważy m.in. stosowanie międzynarodowej niezastrzeżonej nazwy oraz dawkowanie produktu leczniczego;</p> <p>d) środki ułatwiające rozumienie przez pacjentów informacji dotyczących recepty i dołączonych instrukcji stosowania produktu, w tym określenie substancji czynnej i dawkowania.</p> <p>Komisja przyjmuje środki, o których mowa w lit. a), najpóźniej do dnia 25 grudnia 2012 r., a środki, o których mowa w lit. c) i d), najpóźniej do dnia 25 października 2012 r.</p> <p>3. Środki i wytyczne, o których mowa w ust. 2 lit. a)–d), przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną, o której mowa w art. 16 ust. 2.</p> <p>4. Przyjmując środki lub wytyczne przewidziane w ust. 2, Komisja ma na uwadze proporcjonalność wszelkich kosztów osiągnięcia zgodności z wymogami, a także</p>	<p>N</p>		

	<p>prawdopodobne korzyści wynikające z zastosowania danego środka lub danych wytycznych.</p> <p>5. Do celów ust. 1 Komisja przyjmuje również, w drodze aktów delegowanych zgodnie z art. 17 i z zastrzeżeniem warunków zawartych w art. 18 i 19 i nie później niż do dnia 25 października 2012 r., środki wyłączające szczegółowo określone kategorie produktów leczniczych lub wyrobów medycznych z systemu uznawania recept przewidzianego w niniejszym artykule, jeżeli jest to konieczne dla ochrony zdrowia publicznego.</p> <p>6. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do produktów leczniczych, przepisanych na specjalnych receptach lekarskich, jak przewidziano w art. 71 ust. 2 dyrektywy 2001/83/WE.</p>				
<p>Art. 12</p>	<p>Europejskie sieci referencyjne</p> <p>1. Komisja wspiera państwa członkowskie w rozwoju europejskich sieci referencyjnych skupiających świadczeniodawców i centra wiedzy w państwach członkowskich, w szczególności w zakresie chorób rzadkich. Sieci są oparte na dobrowolnym udziale ich członków, którzy uczestniczą w działaniach sieci i wnoszą do nich swój wkład zgodnie z prawodawstwem państwa członkowskiego, w którym członkowie mają siedzibę; są one zawsze otwarte dla nowych świadczeniodawców, którzy chcieliby do nich przystąpić, pod warunkiem że świadczeniodawcy ci spełniają wszystkie wymagane warunki i kryteria, o których mowa w ust. 4.</p> <p>2. Europejskie sieci referencyjne mają co najmniej trzy z poniższych celów:</p> <p>a) przyczynianie się do wykorzystywania w interesie pacjentów oraz systemów opieki zdrowotnej potencjału współpracy europejskiej w zakresie wysokospecjalistycznej opieki zdrowotnej wypływającego z innowacji w naukach medycznych i technologiach medycznych;</p> <p>b) przyczynianie się do gromadzenia wiedzy dotyczącej zapobiegania chorobom;</p> <p>c) ułatwianie postępu w zakresie diagnozowania i w zakresie świadczenia efektywnej kosztowo, dostępnej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości na rzecz wszystkich pacjentów, których stan chorobowy wymaga szczególnej koncentracji wiedzy fachowej w dziedzinach medycyny, w których wiedza fachowa jest rzadka;</p> <p>d) wykorzystanie zasobów w sposób maksymalnie efektywny ekonomicznie przez ich koncentrację w stosownych przypadkach;</p> <p>e) intensyfikacja badań naukowych i nadzoru epidemiologicznego, np. w postaci rejestrów, oraz organizacja szkoleń dla pracowników służby zdrowia;</p> <p>f) ułatwianie mobilności sił fachowych, w wymiarze wirtualnym lub w wymiarze fizycznym, oraz opracowywanie, wymiana i rozpowszechnianie informacji, wiedzy i najlepszych praktyk oraz pobudzanie rozwoju diagnozowania i leczenia chorób rzadkich, w ramach sieci i poza nimi;</p> <p>g) zachęcanie do opracowania wzorców jakości i bezpieczeństwa oraz pomoc w rozwoju i rozpowszechnianiu najlepszych praktyk w ramach sieci i poza nią;</p> <p>h) pomoc państwom członkowskim ze zbyt małą liczbą pacjentów z danym stanem chorobowym albo nieposiadającym technologii lub wiedzy w zapewnieniu świadczeń wyskospecjalistycznych wysokiej jakości.</p> <p>3. Zachęca się państwa członkowskie, aby ułatwiały rozwój europejskich sieci referencyjnych:</p> <p>a) przez przyłączenie odpowiednich świadczeniodawców i centrów wiedzy na swoim terytorium oraz przez zapewnienie przekazywania informacji odpowiednim świadczeniodawcom i centrom wiedzy na swoim terytorium;</p> <p>b) przez zachęcanie świadczeniodawców i centrów wiedzy do udziału w europejskich sieciach referencyjnych.</p> <p>4. Na potrzeby ust. 1 Komisja:</p> <p>a) przyjmuje wykaz szczególnych kryteriów i warunków, które muszą spełniać europejskie sieci referencyjne oraz kryteria i warunki, których spełnienia wymaga się od świadczeniodawców pragnących wstąpić do europejskiej sieci referencyjnej. Te kryteria i warunki gwarantują między innymi, że europejskie sieci referencyjne:</p> <p>(i) posiadają wiedzę i biegłość w zakresie diagnozowania, obserwacji oraz, w razie</p>	<p>N</p>			

	<p>potrzeby, zarządzania przypadkami pacjentów, których dokumentacja wskazuje na dobre wyniki;</p> <p>(ii) postępują zgodnie z podejściem wielodyscyplinarnym;</p> <p>(iii) oferują wysoki poziom biegłości i posiadają potencjał do wypracowania wytycznych w zakresie dobrych praktyk i stosowania pomiaru rezultatów i kontroli jakości;</p> <p>(iv) wnoszą wkład w badania naukowe;</p> <p>(v) organizują działania w zakresie nauczania i szkolenia; oraz</p> <p>(vi) ściśle współpracują z innymi centrami wiedzy i sieciami na poziomie krajowym i międzynarodowym;</p> <p>b) opracowuje i publikuje kryteria tworzenia i oceny europejskich sieci referencyjnych;</p> <p>c) ułatwia wymianę informacji i wiedzy fachowej w odniesieniu do tworzenia europejskich sieci referencyjnych i ich oceny.</p> <p>5. Komisja przyjmuje środki, o których mowa w ust. 4 lit. a), w drodze aktów delegowanych zgodnie z art. 17 i z zastrzeżeniem warunków art. 18 i 19. Środki, o których mowa w ust. 4 lit. b) i c), przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną, o której mowa w art. 16 ust. 2.</p> <p>6. Środki przyjęte zgodnie z niniejszym artykułem nie harmonizują żadnych przepisów ustawowych ani wykonawczych państw członkowskich i w pełni respektują odpowiedzialność państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej.</p>				
Art. 13	<p>Choroby rzadkie</p> <p>Komisja wspiera państwa członkowskie współpracujące w rozwoju diagnostyki i potencjału w zakresie leczenia, mając w szczególności na celu:</p> <p>a) informowanie pracowników służby zdrowia o narzędziach będących do ich dyspozycji na szczeblu Unii, które mają pomóc im w prawidłowej diagnozie chorób rzadkich, w szczególności o bazie Orphanet, a także o europejskich sieciach referencyjnych;</p> <p>b) informowanie pacjentów, pracowników służby zdrowia i organów odpowiedzialnych za finansowanie opieki zdrowotnej o możliwości – stworzonej przez rozporządzenie (WE) nr 883/2004 – zwrócenia się przez pacjentów cierpiących na rzadkie choroby do innych państw członkowskich o diagnozę i leczenie niedostępne w państwie członkowskim ubezpieczenia.</p>	N			
Art. 14	<p>e-Zdrowie</p> <p>1. Unia wspiera i ułatwia współpracę i wymianę informacji między państwami członkowskimi działającymi w ramach dobrowolnej sieci skupiającej wyznaczone przez państwa członkowskie organy krajowe odpowiedzialne za e-Zdrowie.</p> <p>2. Celami sieci e-Zdrowia są:</p> <p>a) działania na rzecz wygenerowania trwałych korzyści ekonomicznych i społecznych europejskich systemów i świadczeń e-Zdrowia oraz interoperacyjnych zastosowań użytkowych, aby osiągnąć wysoki poziom zaufania i bezpieczeństwa, zwiększyć ciągłość opieki i zapewnić dostęp do bezpiecznej opieki zdrowotnej wysokiej jakości;</p> <p>b) sporządzanie wytycznych dotyczących:</p> <p>(i) niewyczerpującego wykazu danych, które mają się znaleźć w kartotekach pacjentów i które mogą być wymieniane między pracownikami służby zdrowia, aby umożliwić ciągłość opieki i bezpieczeństwo pacjenta w aspekcie transgranicznym; oraz</p> <p>(ii) skutecznych metod udostępniania informacji medycznych do celów zdrowia publicznego i badań naukowych;</p> <p>c) wspieranie państw członkowskich w działaniach na rzecz opracowania wspólnych środków identyfikacji i uwierzytelniania, aby ułatwić przenoszalność danych w transgranicznej opiece zdrowotnej.</p> <p>Cele, o których mowa w lit. b) i c), realizowane są z należytym uwzględnieniem zasad ochrony danych określonych w szczególności w dyrektywach 95/46/WE i 2002/58/WE.</p> <p>3. Komisja, zgodnie z procedurą regulacyjną, o której mowa w art. 16 ust. 2, przyjmuje</p>	N			

	środki konieczne do utworzenia tej sieci, zarządzania nią i do jej przejrzystego funkcjonowania.				
Art. 15	<p>Współpraca w zakresie oceny technologii medycznych</p> <p>1. Unia wspiera i ułatwia współpracę i wymianę informacji naukowych między państwami członkowskimi w ramach dobrowolnej sieci skupiającej wyznaczone przez państwa członkowskie organy lub podmioty krajowe odpowiedzialne za ocenę technologii medycznych. Państwa członkowskie przekazują Komisji ich nazwy i dane kontaktowe. Członkowie takiej sieci do spraw oceny technologii medycznych uczestniczą w działaniach sieci i wnoszą do niej swój wkład zgodnie z prawodawstwem państwa członkowskiego, w którym mają oni siedzibę. Sieć ta oparta jest na zasadzie dobrego zarządzania, obejmującego przejrzystość, obiektywizm, niezależność wiedzy, sprawiedliwe procedury i odpowiednie konsultacje z zainteresowanymi podmiotami.</p> <p>2. Cele sieci do spraw oceny technologii medycznych są następujące:</p> <p>a) wspieranie współpracy pomiędzy organami lub podmiotami krajowymi;</p> <p>b) wspieranie państw członkowskich w zapewnieniu obiektywnych, rzetelnych, terminowych, przejrzystych, porównywalnych i możliwych do przekazania informacji na temat względnej skuteczności, jak również, w stosownym przypadku, krótko- i długoterminowej skuteczności technologii medycznych, a także umożliwianie efektywnej wymiany tych informacji między podmiotami lub organami krajowymi;</p> <p>c) wspieranie analizy charakteru i rodzaju informacji, które mogą być wymieniane;</p> <p>d) unikanie powielania ocen.</p> <p>3. Na potrzeby realizacji celów określonych w ust. 2 sieć do spraw oceny technologii medycznych może uzyskiwać pomoc unijną. Pomoc może zostać przyznana, aby:</p> <p>a) częściowo finansować wsparcie administracyjne i techniczne;</p> <p>b) wspierać współpracę między państwami członkowskimi w zakresie opracowywania i wymiany metod oceny technologii medycznych, w tym oceny względnej skuteczności;</p> <p>c) częściowo finansować udostępnianie możliwych do przekazania informacji naukowych, przeznaczonych do wykorzystania w sprawozdawczości krajowej i w indywidualnych opracowaniach studialnych zamówionych przez sieć;</p> <p>d) ułatwiać współpracę między siecią a innymi właściwymi instytucjami i organami unijnymi;</p> <p>e) ułatwiać konsultacje zainteresowanych stron w zakresie działalności sieci.</p> <p>4. Komisja, zgodnie z procedurą regulacyjną, o której mowa w art. 16 ust. 2, przyjmuje środki konieczne do utworzenia tej sieci, zarządzania nią i do jej przejrzystego funkcjonowania.</p> <p>5. Mechanizmy udzielania pomocy, warunki, na jakich może ona zostać udzielona, i kwotę pomocy ustala się zgodnie z procedurą regulacyjną, o której mowa w art. 16 ust. 2. Do pomocy unijnej kwalifikują się wyłącznie te organy i podmioty w ramach sieci, które zostały wyznaczone jako beneficjenci przez uczestniczące państwa członkowskie.</p> <p>6. Decyzję o przydziale funduszy potrzebnych na środki przewidziane w niniejszym artykule podejmuje się co roku w ramach procedury budżetowej.</p> <p>7. Środki przyjęte zgodnie z niniejszym artykułem nie mogą kolidować z kompetencjami państw członkowskich w zakresie decydowania o wprowadzaniu w życie wniosków z oceny technologii medycznych i nie stanowią harmonizacji jakichkolwiek przepisów ustawowych ani wykonawczych państw członkowskich; środki te w pełni respektują odpowiedzialność państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej.</p>	N			
Art. 16	<p>Artykuł 16</p> <p>Komitet</p> <p>1. Komisję wspiera Komitet składający się z przedstawicieli państw członkowskich, któremu przewodniczy przedstawiciel Komisji.</p>	N			

	<p>2. W przypadku odesłania do niniejszego ustępu stosuje się art. 5 i 7 decyzji 1999/468/WE, z uwzględnieniem przepisów jej art. 8.</p> <p>Termin przewidziany w art. 5 ust. 6 decyzji 1999/468/WE wynosi trzy miesiące.</p>				
Art. 17	<p>Wykonywanie przekazanych uprawnień</p> <p>1. Uprawnienia do przyjmowania aktów delegowanych, o których mowa w art. 11 ust. 5 i art. 12 ust. 5, powierza się Komisji na okres pięciu lat od dnia 24 kwietnia 2011 r. Komisja sporządza sprawozdanie na temat przekazanych uprawnień nie później niż sześć miesięcy przed upływem tego pięcioletniego okresu. Przekazanie uprawnień zostaje automatycznie przedłużane na takie same okresy, chyba że Parlament Europejski lub Rada odwołają je zgodnie z art. 18.</p> <p>2. Niezwłocznie po przyjęciu aktu delegowanego Komisja powiadamia o tym równocześnie Parlament Europejski i Radę.</p> <p>3. Uprawnienia do przyjęcia aktów delegowanych powierzone Komisji podlegają warunkom określonym w art. 18 i 19.</p>	N			
	<p>Odwołanie przekazania uprawnień</p> <p>1. Przekazanie uprawnień, o którym mowa w art. 11 ust. 5 i art. 12 ust. 5, może zostać odwołane przez Parlament Europejski lub Radę w każdym czasie.</p> <p>2. Instytucja, która wszczęła procedurę wewnętrzną mającą na celu podjęcie decyzji o ewentualnym odwołaniu przekazanych uprawnień, dokłada starań, by powiadomić drugą instytucję i Komisję w rozsądnym czasie, przed podjęciem ostatecznej decyzji, określając, które z przekazanych uprawnień mogłyby zostać odwołane, i wskazując ewentualne przyczyny takiego odwołania.</p> <p>3. Decyzja o odwołaniu kończy przekazanie uprawnień określonych w tej decyzji. Staje się ona skuteczna natychmiast lub w późniejszym, określonym w niej terminie. Nie wpływa ona na ważność obowiązujących już aktów delegowanych. Zostaje ona opublikowana w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.</p>	N			
	<p>Sprzeciw wobec aktów delegowanych</p> <p>1. Parlament Europejski lub Rada może wyrazić sprzeciw wobec aktu delegowanego w terminie dwóch miesięcy, licząc od daty powiadomienia.</p> <p>Z inicjatywy Parlamentu Europejskiego lub Rady termin ten jest przedłużany o dwa miesiące.</p> <p>2. Jeżeli do upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, ani Parlament Europejski, ani Rada nie wyrażą sprzeciwu wobec aktu delegowanego, zostaje on opublikowany w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej i wchodzi w życie z dniem w nim określonym.</p> <p>Akt delegowany może zostać opublikowany w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej i wejść w życie przed upływem tego terminu, jeżeli zarówno Parlament Europejski, jak i Rada poinformują Komisję, że nie zamierzają wyrazić sprzeciwu.</p> <p>3. Jeżeli Parlament Europejski lub Rada wyrażają sprzeciw wobec aktu delegowanego w terminie, o którym mowa w ust. 1, nie wchodzi on w życie. Instytucja, która wyraża sprzeciw wobec aktu delegowanego, przedstawia powody tego sprzeciwu.</p>	N			
	<p>Sprawozdania</p> <p>1. Komisja najpóźniej do dnia 25 października 2015 r., a następnie co trzy lata, sporządza sprawozdanie dotyczące funkcjonowania niniejszej dyrektywy oraz przekazuje je Parlamentowi Europejskiemu i Radzie.</p> <p>2. Sprawozdanie to zawiera w szczególności informacje dotyczące przepływu pacjentów, wymiaru finansowego mobilności pacjentów, wykonywania art. 7 ust. 9 i art. 8 oraz funkcjonowania europejskich sieci referencyjnych i krajowych punktów kontaktowych. W tym celu Komisja dokonuje oceny systemów i praktyk stosowanych przez państwa członkowskie w świetle wymogów niniejszej dyrektywy i innego ustawodawstwa unijnego</p>	N			

	<p>dotyczącego mobilności pacjentów.</p> <p>Państwa członkowskie zapewniają Komisji pomoc oraz wszelkie dostępne informacje niezbędne do przeprowadzenia oceny i opracowania sprawozdań.</p> <p>3. Państwa członkowskie i Komisja mogą się odwołać do Komisji Administracyjnej ustanowionej art. 71 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w celu oceny skutków finansowych stosowania niniejszej dyrektywy dla tych państw członkowskich, które wybrały możliwość zwrotu kosztów na podstawie kwot zryczałtowanych, w przypadkach objętych art. 20 ust. 4 i art. 27 ust. 5 tego rozporządzenia.</p> <p>Komisja monitoruje skutki art. 3 lit. c) ppkt (i) i art. 8 niniejszej dyrektywy oraz regularnie składa w tej sprawie sprawozdania. Pierwsze sprawozdanie zostanie przedstawione do dnia 25 października 2013 r. Na podstawie tych sprawozdań Komisja, w stosownych przypadkach, wystąpi z wnioskami mającymi na celu zniwelowanie wszelkich dysproporcji.</p>				
	<p>Transpozycja</p> <p>1. Państwa członkowskie wprowadzają w życie przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne niezbędne do wykonania niniejszej dyrektywy najpóźniej do dnia 25 października 2013 r. Niezwłocznie informują o tym Komisję.</p> <p>Przepisy przyjęte przez państwa członkowskie zawierają odniesienie do niniejszej dyrektywy lub odniesienie to towarzyszy ich urzędowej publikacji. Metody dokonania takiego odniesienia określone są przez państwa członkowskie.</p> <p>2. Państwa członkowskie przekazują Komisji teksty podstawowych przepisów prawa krajowego przyjętych w dziedzinie objętej niniejszą dyrektywą.</p>	T	Art. 7	Ustawa wchodzi w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia.	



Warszawa, dnia 14 marca 2014 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.1424.2013 / 18/msz

1048/13/6

dot.: RM-10-79-13 z 12.03.2014 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wyrażona na podstawie art. 13 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437 z późn. zm.) przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym *projektem ustawy* pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie, uwzględniając, że termin transpozycji dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej upłynął 25 października 2013 r., zwracam uwagę na konieczność pilnego procedowania projektu.

Z poważaniem Ministera Spraw Zagranicznych

Podsekretarz Stanu
Artur Naprawa-Far

Do wiadomości:

Pan Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

w ślad za faksem

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**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.²⁾) 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 9–11, art. 12a oraz art. 42j 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, 6, 9 i art. 42j 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 i 11 ustawy, są finansowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ 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, 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 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290 oraz z 2014 r. poz. 24 i 295.

- 2) art. 12 pkt 10 i 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 art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9, oraz w art. 26 ustawy. Sprawozdania sporządza się odrębnie dla świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, oraz dla świadczeń, o których mowa w art. 42j ustawy.

2. Sprawozdanie dla świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, 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 art. 42j ustawy, 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. Informacje w sprawozdaniach, o których 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.

5. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, za październik zawierają dodatkowo prognozę wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej na listopad i grudzień danego roku.

6. Sprawozdania, o których 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.

§ 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 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.

8. 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 art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, oraz dla świadczeń, o których mowa w art. 26 ustawy.

§ 6. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5 i art. 12a ustawy, inne niż leki lub wyroby medyczne wydane w aptekach bezpłatnie lub za częściową 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 art. 12 pkt 5 i art. 12a ustawy, innych niż leki lub wyroby medyczne wydane w aptekach bezpłatnie lub za częściową odpłatnością, 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) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej 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) podstawę prawną udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 7) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 8) kod świadczenia opieki zdrowotnej zgodny z katalogiem Funduszu, a w przypadku jego braku – kod choroby zgodny z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 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, 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 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;
- 12) wartość świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącą iloczyn liczby świadczeń i ich ceny;
- 13) datę wystawienia i numer faktury;
- 14) 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 10 lit. b lub pkt 11. Zgodność oświadczenia z danymi określonymi w ust. 4 pkt 11 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 w aptekach bezpłatnie lub za częściową odpłatnością wchodzące w zakres świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5, 10, 11 i art. 12a ustawy, są finansowane odpowiednio przez 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 on numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) datę urodzenia;
- 3) obywatelstwo;
- 4) podstawę prawną wydania leku;
- 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 właściwemu do spraw wewnętrznych albo Ministrowi Sprawiedliwości, 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 skazanego, 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 środki finansowe za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w:

- 1) § 6 ust. 1 – świadczeniodawcy,
- 2) § 7 ust. 1 – właściwym oddziałom wojewódzkim Funduszu,
- 3) § 8 ust. 1 – centrali Funduszu

– w terminie 30 dni od dnia otrzymania faktury i zestawienia, sporządzonego zgodnie z § 6 lub zestawienia, sporządzonego zgodnie z § 7 lub § 8.

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

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.³⁾

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:

**MINISTER
SPRAWIEDLIWOŚCI**

**MINISTER SPRAW
WEWNĘTRZNYCH**

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 225, poz. 1355), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. ... ustawy z dnia ... (Dz. U. poz. ...).

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 Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 225, poz. 1355).

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z nowelizacji upoważnienia ustawowego zawartego w art. 13a ustawy o świadczeniach.

W stosunku do obowiązującego rozporządzenia zostały wprowadzone następujące zmiany:

- 1) w § 2 ust. 2 pkt 1 rozszerzono zadania ministra właściwego do spraw wewnętrznych o finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie art. 19 ustawy z dnia o udziale zagranicznych funkcjonariuszy lub pracowników we wspólnych operacjach lub wspólnych działaniach ratowniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. poz. ...),
- 2) w § 2 ust. 2 pkt 2 rozszerzono zadania Ministra Sprawiedliwości o finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie art. 16 ust. 1 i art. 25 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 2014 r. poz. 24),
- 3) w § 1 pkt 2, § 2 ust. 1 pkt 2 i § 3 ust. 1 i 3 zastąpiono odesłanie do art. 26 ustawy odesłaniem do art. 42j ustawy.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji 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. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Projektowane rozporządzenie oddziałuje na Ministra Zdrowia, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Spraw Wewnętrznych, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawców.

2. Konsultacje społeczne

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany do następujących podmiotów: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Projekt zostanie również umieszczony na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na 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 jednoznacznie ureguje 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 na rozwój przedsiębiorstw.

7. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie określenia wzoru wniosku o zwrot kosztów

Na podstawie art. 42d ust. 25 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.²⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. Wzór wniosku o zwrot kosztów określa załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.


MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ 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, 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 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290 oraz z 2014 r. poz. 24 i 295.

**Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia ... (poz. ...)**

WZÓR

 <p>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI</p>	<p>WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANYCH W INNYCH PAŃSTWACH CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ NA PODSTAWIE ART. 42b USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH</p>
--	---

**UWAGA: NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POŁA CZYTELNIIE PISMEM
MASZYNOWYM LUB ODRĘCZNIE DRUKOWANYMI LITERAMI.**

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ ORYGINAŁY RACHUNKÓW, DOWODÓW
ZAPŁATY ORAZ INNE DOKUMENTY WYMAGANE W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU
ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM O ZWROT KOSZTÓW.

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ

<p>..... data wpływu wniosku, pieczęć właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i podpis osoby przyjmującej wniosek</p>	<p>Nr wniosku:</p>
---	------------------------------

CZĘŚĆ 2 – WYPEŁNIANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

Dane osoby, której dotyczy wniosek									
1.1	Nazwisko	1.2	Imię (imiona)	1.3	Data urodzenia (dd-mm- rrrr)	1. 4	PESEL		
					- -				
1.5	Miejsce zamieszkania:								
	Państwo		Miejscowość		Poczta		Kod pocztowy		
	Ulica				Nr domu		Nr lokalu		
1.6	Adres do korespondencji (gdy inny niż adres zamieszkania):								

	Państwo	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
	Ulica		Nr domu	Nr lokalu	
1.7	Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny	1.8	Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość	1.9 Telefon kontaktowy	
Dane osoby, która zgłosiła do ubezpieczenia zdrowotnego, jako członka rodziny, osobę wskazaną w pkt 1 (wypełnić w przypadku, gdy osoba wymieniona w pkt 1 nie posiada własnego tytułu do ubezpieczenia)					
2.1	Nazwisko	2.2	Imię (imiona)	2.3	
				2.4	
			Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	PESEL	
2.6	Miejsce zamieszkania:				
	Państwo	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
	Ulica		Nr domu	Nr lokalu	
2.7	Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny	2.8	Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość	2.9 Telefon kontaktowy	
Termin i miejsce udzielenia świadczeń (należy wypełnić wszystkie pola)					
3.1	Świadczenie zostało udzielone w terminie od do		3.2	Państwo	
				
Informacja nt decyzji w sprawie udzielenia uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ					
4.1	Czy świadczenie, którego dotyczy wniosek, zostało uzyskane na podstawie uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (zaznaczyć właściwe) W przypadku zaznaczenia „TAK” należy podać numer decyzji:				
Dodatkowe informacje					
5.1	Za przedstawione rachunki zapłacono w całości kwotę symbol waluty.....				
Do wniosku załączam następujące dokumenty (zaznaczyć właściwe)					
Poz. z.	Rodzaj dokumentu	Liczba	Poz.	Rodzaj dokumentu	Liczba
6.1	<input type="checkbox"/> oryginał imiennego rachunku/faktury	6.5	<input type="checkbox"/> kopia recepty
6.2	<input type="checkbox"/> potwierdzenie zapłaty	6.6	<input type="checkbox"/> kopia potwierdzonego zlecenia na wyroby medyczne
6.3	<input type="checkbox"/> oryginał lub kopia	6.7	<input type="checkbox"/> inne dokumenty medyczne wraz z

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia wypełnia upoważnienie zawarte w art. 42d ust. 25 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.), zwanej dalej „ustawą”, zgodnie z którym Minister Zdrowia powinien określić, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, mając na względzie zapewnienie sprawności postępowania.

Wzór wniosku zawiera elementy zgodne z przepisami art. 42d ust. 4 ustawy, określającymi zawartość wniosku o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej.

Wzór wniosku określony na mocy projektowanego rozporządzenia przyczyni się do przyspieszenia postępowań administracyjnych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, w sprawie zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej.

Projekt nie podlega procedurze notyfikacji 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. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projektowane rozporządzenie oddziałuje na świadczeniobiorców i Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. Konsultacje publiczne

Projekt będzie przedmiotem konsultacji z:

- 1) Konwentem Marszałków Województw,
- 2) Związkiem Powiatów Polskich,
- 3) Związkiem Miast Polskich,
- 4) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 5) Polską Konfederacją Pracodawców Prywatnych,
- 6) Konfederacją Pracodawców Polskich,
- 7) Pracodawcami RP,
- 8) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia,
- 9) Naczelną Izbą Aptekarską,
- 10) Naczelną Izbą Lekarską,
- 11) Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych,
- 13) Stowarzyszeniem Menedżerów Opieki Zdrowotnej,
- 14) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych,
- 15) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 16) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”,
- 17) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy,
- 18) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych,
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Stomatologów,
- 20) Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 21) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”,
- 22) Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Prywatnych,
- 23) Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Samorządowych,
- 24) Polską Federacją Szpitali,
- 25) Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego,

- 26) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,
- 27) Stowarzyszeniem Pacjentów „Primum Non Nocere”,
- 28) Federacją Pacjentów Polskich,
- 29) Porozumieniem 1 Czerwca.

Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.). Projekt rozporządzenia zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin Pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

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

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zdrowie ludzi.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody
dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Na podstawie art. 42e ust. 1 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.²⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42b ust. 1 ustawy, wymaga uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, o której mowa w art. 42b ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ 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, 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 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290 oraz z 2014 r. poz. 24 i 295.

**Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia ... (poz. ...)**

**Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody Narodowego
Funduszu Zdrowia**

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej związane z hospitalizacją świadczeniobiorcy trwającą co najmniej jedną noc, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń;
- 2) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane w trybie stacjonarnym;
- 3) świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane w trybie stacjonarnym;
- 4) leczenie w ramach programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290);
- 5) terapia izotopowa;
- 6) teleradioterapia stereotaktyczna;
- 7) terapia hiperbaryczna;
- 8) leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej;
- 9) badania genetyczne;
- 10) pozytonowa tomografia emisyjna;
- 11) badania medycyny nuklearnej;
- 12) tomografia komputerowa;
- 13) rezonans magnetyczny.

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia wypełnia delegację zawartą w art. 42e 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.), zwanej dalej „ustawą”. Zgodnie z tym przepisem Minister Zdrowia może określić wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, stanowiącej warunek otrzymania zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 42e ust. 2 ustawy wykaz ten może zawierać wyłącznie następujące kategorie świadczeń:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej podlegające wymogom planowania niezbędnego dla zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do pełnego zakresu opieki zdrowotnej wysokiej jakości lub wynikającego z konieczności kontrolowania kosztów i uniknięcia niegospodarności w wykorzystaniu zasobów finansowych, technicznych i ludzkich, a jednocześnie które:
 - a) wymagają pozostawania pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc lub
 - b) wymagają zastosowania wysokospecjalistycznej i kosztownej infrastruktury, lub aparatury medycznej;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej stwarzające szczególne ryzyko dla życia lub zdrowia.

W wykazie stanowiącym załącznik do projektowanego rozporządzenia wymieniono wyłącznie świadczenia spełniające powyższe kryteria. W szczególności:

- 1) świadczenia wymienione w pkt 1–3 wykazu spełniają warunek określony w art. 42e ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy;
- 2) świadczenia wymienione w pkt 4–6 wykazu spełniają warunki określone w art. 42e ust. 2 pkt 1 lit. b i pkt 2 (wysokie ryzyko dla pacjenta);
- 3) świadczenia wymienione w pkt 7–11 wykazu spełniają warunki określone w art. 42e ust. 2 pkt 1 lit. b.

Wprowadzenie wykazu świadczeń wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uzasadnione jest potrzebą zapobieżenia niekontrolowanemu wzrostowi kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, co powodowałoby zagrożenie dla właściwego zabezpieczenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w kraju,

a jednocześnie prowadziło do marnotrawstwa środków wydatkowanych na nowoczesną i kosztochłonną infrastrukturę medyczną, w związku z jej niedostatecznym wykorzystaniem na skutek odpływu pacjentów za granicę.

Świadczenia opieki zdrowotnej objęte wykazem, z uwagi na ich specyfikę, powinny podlegać finansowaniu ze środków publicznych na zasadach zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, tylko wówczas, gdy nie mogą one zostać udzielone w kraju, w terminie nieprzekraczającym dopuszczalnego czasu oczekiwania pacjenta.

Projekt nie podlega procedurze notyfikacji 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. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projektowane rozporządzenie oddziałuje na świadczeniobiorców i Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. Konsultacje publiczne

Projekt będzie przedmiotem konsultacji publicznych z:

- 1) Konwentem Marszałków Województw,
- 2) Związkiem Powiatów Polskich,
- 3) Związkiem Miast Polskich,
- 4) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 5) Polską Konfederacją Pracodawców Prywatnych,
- 6) Konfederacją Pracodawców Polskich,
- 7) Pracodawcami RP,
- 8) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia,
- 9) Naczelną Izbą Aptekarską,
- 10) Naczelną Izbą Lekarską,
- 11) Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych,
- 13) Stowarzyszeniem Menedżerów Opieki Zdrowotnej,
- 14) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych,
- 15) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 16) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”,
- 17) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy,
- 18) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych,
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Stomatologów,
- 20) Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 21) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”,
- 22) Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Prywatnych,
- 23) Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Samorządowych,
- 24) Polską Federacją Szpitali,
- 25) Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego,
- 26) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,

- 27) Stowarzyszeniem Pacjentów „Primum Non Nocere”,
- 28) Federacją Pacjentów Polskich,
- 29) Porozumieniem 1 Czerwca.

Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.). Projekt rozporządzenia zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin Pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979.).

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

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Uzależnienie możliwości korzystania ze zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o wysokiej kosztowności od spełnienia warunków zawartych w ustawie będzie miało pozytywny wpływ na dostępność takich świadczeń w Polsce. Dodatkowo wymóg uzyskania zgody w przypadku świadczeń stwarzających szczególne ryzyko dla pacjenta może zapobiec pochopnym decyzjom o skorzystaniu z takich świadczeń za granicą.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane
zakresy świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 42k ust. 1 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na następujące zakresy świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) leczenie szpitalne,
 - 2) świadczenia wysokospecjalistyczne
- zwane dalej „świadczeniami opieki zdrowotnej”.

§ 2. 1. Ustalenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty we właściwej dziedzinie medycyny, zwany dalej „lekarzem”.

§ 3. Dopuszczalny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej ustalany jest indywidualnie w odniesieniu do świadczeniobiorcy, na podstawie następujących kryteriów:

- 1) stanu zdrowia;
- 2) dotychczasowego przebiegu choroby;
- 3) rokowania co do dalszego przebiegu choroby;
- 4) odczuwanych dolegliwości lub charakteru niepełnosprawności.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ 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, 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 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290 oraz z 2014 r. poz. 24 i 295.

§ 4. Lekarz, ustalając dopuszczalny czas oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, bierze w szczególności pod uwagę, czy w wyniku nieudzielenia tego świadczenia w określonym czasie istnieje zagrożenie:

- 1) życia;
- 2) niezdolnością do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) całkowitą lub trwałą niezdolnością do pracy w rozumieniu przepisów, o których mowa w pkt 2.

§ 5. Lekarz określa dopuszczalny czas oczekiwania we wniosku, o którym mowa w art. 42f ust. 1 i 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia wypełnia delegację zawartą w art. 42k ust. 1 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.).

Treść projektowanego rozporządzenia stanowi zasadniczo powtórzenie treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej. Zastąpienie tego rozporządzenia nowym aktem wykonawczym podyktowane jest głównie przesłankami formalnoprawnymi i jest konsekwencją zastąpienia przepisu zawartego w dawnym art. 25 ust. 5 ww. ustawy nowym przepisem zawartym w art. 42k ust. 1 ustawy.

Jednocześnie w § 3 projektowanego rozporządzenia rozszerzono katalog kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania o odczuwane przez pacjenta dolegliwości lub charakter niepełnosprawności.

Projekt nie podlega procedurze notyfikacji 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. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projektowane rozporządzenie oddziałuje na świadczeniobiorców i świadczeniodawców.

2. Konsultacje publiczne

Projekt będzie przedmiotem konsultacji publicznych z:

- 1) Konwentem Marszałków Województw,
- 2) Związkiem Powiatów Polskich,
- 3) Związkiem Miast Polskich,
- 4) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 5) Polską Konfederacją Pracodawców Prywatnych,
- 6) Konfederacją Pracodawców Polskich,
- 7) Pracodawcami RP,
- 8) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia,
- 9) Naczelną Izbą Aptekarską,
- 10) Naczelną Izbą Lekarską,
- 11) Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych,
- 13) Stowarzyszeniem Menedżerów Opieki Zdrowotnej,
- 14) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych,
- 15) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 16) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”,
- 17) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy,
- 18) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych,
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Stomatologów,
- 20) Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 21) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”,
- 22) Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Prywatnych,
- 23) Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Samorządowych,
- 24) Polską Federacją Szpitali,
- 25) Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego,
- 26) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,

- 27) Stowarzyszeniem Pacjentów „Primum Non Nocere”,
- 28) Federacją Pacjentów Polskich,
- 29) Porozumieniem 1 Czerwca.

Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.). Projekt rozporządzenia zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie uchwałą Nr 49 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin Pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

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

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zdrowie ludzi.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu

Na podstawie art. 42k ust. 2 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku o:
 - a) wydanie zgody przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „dyrektorem oddziału Funduszu”, na uzyskanie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”,
 - b) wydanie zgody przez dyrektora oddziału Funduszu na uzyskanie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE/EFTA”, świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń, które wykonuje się w kraju, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ 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, 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 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290 oraz z 2014 r. poz. 24 i 295.

- c) skierowanie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem Funduszu”, do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a także wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń;
- 2) tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju;
- 3) tryb pokrywania kosztów leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a uzyskanych w innym państwie członkowskim UE/EFTA lub w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA;
- 4) tryb pokrywania kosztów transportu wnioskodawcy do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju oraz do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu mowa o osobie składającej wniosek należy przez to rozumieć osoby określone w art. 42f ust. 1 i w art. 42j ust. 1 ustawy oraz podmiot uprawniony w rozumieniu art. 42i ust. 1 ustawy.

§ 3. 1. W celu uzyskania zgody, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, osoba składająca wniosek składa do dyrektora oddziału Funduszu wniosek, którego wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Osoba składająca wniosek wypełnia odpowiednio część I i II wniosku i przekazuje wniosek lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego posiadającemu specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, zwanemu dalej „lekarzem specjalistą”.

3. Lekarz specjalista wypełnia część III wniosku.

4. W przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. b, lekarz specjalista, wypełniając część III wniosku stwierdza, czy w danym przypadku zachodzi konieczność zastosowania określonego środka transportu, w celu przewiezienia wnioskodawcy do miejsca udzielenia świadczeń oraz wskazuje ten środek, uzasadniając jego wybór.

5. Osoba składająca wniosek przekazuje do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „oddziałem Funduszu”, wniosek z wypełnioną częścią I, II i III wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym wnioskiem i pisemną informacją, o której mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy, zwaną dalej „pisemną informacją”.

§ 4. 1. W celu uzyskania skierowania, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, osoba składająca wniosek składa do Prezesa Funduszu wniosek, którego wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, składa się za pośrednictwem oddziału Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

- 1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin zamieszkałych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE/EFTA) – za pośrednictwem oddziału Funduszu wskazanego w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1 ustawy;
- 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – za pośrednictwem oddziału Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę;
- 3) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – za pośrednictwem oddziału Funduszu, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) osób, o których mowa w art. 12a ustawy – za pośrednictwem oddziału Funduszu, właściwego dla miejsca zamieszkania tych osób na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Osoba składająca wniosek wypełnia część I i II wniosku i przekazuje wniosek lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego – specjalście właściwej dziedziny medycyny, posiadającemu tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych.

4. Lekarz, o którym mowa w ust. 3, wypełnia część III wniosku. Przepis § 3 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

5. Osoba składająca wniosek przekazuje do oddziału Funduszu wniosek z wypełnioną częścią I, II i III wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym wnioskiem i pisemną informacją.

§ 5. Oddział Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku. W przypadku stwierdzenia braków formalnych oddział Funduszu wzywa osobę składającą wniosek do usunięcia braków formalnych, wyznaczając termin nie krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania.

§ 6. 1. W przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, dyrektor oddziału Funduszu może wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania wnioskodawcy na uzyskanie leczenia lub badań diagnostycznych w kraju, odpowiadający terminowi udzielenia świadczenia określonego przez świadczeniodawcę dla wnioskodawcy w pisemnej informacji, biorąc pod uwagę dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie, aktualny stan zdrowia wnioskodawcy, stopień odczuwanych przez niego dolegliwości, charakter niepełnosprawności oraz prawdopodobny dalszy przebieg choroby, po dokonaniu niezbędnych uzgodnień z tym świadczeniodawcą.

2. W przypadku wskazania przez dyrektora oddziału Funduszu świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1, dyrektor oddziału Funduszu wydaje decyzję w sprawie odmowy wydania wnioskodawcy zgody na uzyskanie leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim UE/EFTA, które przeprowadza się w kraju.

3. W przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. b, dyrektor Funduszu może dokonać z zagraniczną placówką opieki medycznej uzgodnień dotyczących w szczególności wstępnych kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek.

4. W przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, dyrektor oddziału Funduszu może przesłać wniosek wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem i pisemną informacją do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny właściwej dla wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, zwanego dalej „konsultantem wojewódzkim”, w celu zaopiniowania.

5. Dyrektor oddziału Funduszu przesyła wniosek wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem i pisemną informacją do konsultanta wojewódzkiego w przypadku, gdy w części I.A wniosku wnosi o to osoba składająca wniosek.

6. Konsultant wojewódzki przekazuje do oddziału Funduszu, w terminie nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku, zaopiniowany wniosek wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem i pisemną informacją.

7. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, termin wskazany w ust. 6 może zostać jednorazowo przedłużony o okres 5 dni roboczych, na wniosek konsultanta wojewódzkiego złożony przed upływem terminu wskazanego w ust. 6.

8. W przypadku gdy konsultant wojewódzki, który otrzymał wniosek, nie jest właściwy do jego rozpatrzenia, przekazuje wniosek niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia otrzymania wniosku, do konsultanta wojewódzkiego właściwego do jego

rozpatrzenia, informując o przekazaniu oddział Funduszu. Przekazanie nie wstrzymuje biegu terminów, o których mowa w ust. 6 i 7.

9. Brak uzyskania opinii konsultanta wojewódzkiego w terminach wskazanych w ust. 6 i 7 nie wstrzymuje dalszego rozpatrywania wniosku.

10. Dyrektor oddziału Funduszu, rozpatrując wniosek, może zasięgać opinii innych osób lub podmiotów posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.

11. W przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, dyrektor oddziału Funduszu może wybrać inną niż wskazana we wniosku zagraniczną placówkę opieki medycznej.

§ 7. 1. W przypadku, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. c, oddział Funduszu przekazuje wniosek Prezesowi Funduszu wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem i pisemną informacją.

2. Przed przekazaniem wniosku do Prezesa Funduszu, oddział Funduszu może dokonać z zagraniczną placówką opieki medycznej uzgodnień dotyczących w szczególności wstępnych kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek.

3. Oddział Funduszu może przesłać wniosek wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem i pisemną informacją do konsultanta wojewódzkiego, w celu zaopiniowania.

4. Do rozpatrywania wniosku, o którym mowa w ust. 1, przez oddział Funduszu oraz opiniowania tego wniosku przez konsultanta wojewódzkiego przepisy § 6 ust. 5–9 stosuje się odpowiednio.

5. Oddział Funduszu, rozpatrując wniosek, może zasięgać opinii innych osób lub podmiotów posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.

§ 8. 1. Prezes Funduszu, w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w § 7 ust. 1, wydaje decyzję w sprawie wydania lub odmowy wydania wnioskodawcy zgody na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń.

2. Decyzja, o której mowa w ust. 1, jest doręczana osobie składającej wniosek i lekarzowi oraz przesyłana do oddziału Funduszu wraz z dokumentami, o których mowa w § 7 ust. 1.

3. Przed wydaniem decyzji, o której mowa w ust. 1, Prezes Funduszu może zasięgnąć opinii konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny właściwej dla wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych oraz opinii innych osób lub podmiotów posiadających

profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych. Bieg terminu, o którym mowa w ust. 1, ulega zawieszeniu do dnia otrzymania opinii.

4. Konsultant krajowy, o którym mowa w ust. 3, dokonuje oceny wniosku w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu, w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku. Przepis § 6 ust. 9 stosuje się odpowiednio.

§ 9. Oddział Funduszu, w przypadku wydania przez Prezesa Funduszu zgody, w zakresie wniosku, o którym mowa w § 4 ust. 1, na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w placówce opieki medycznej znajdującej się w innym państwie członkowskim UE/EFTA, z którą oddział Funduszu może rozliczyć koszty leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie przepisów o koordynacji, niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia otrzymania decyzji Prezesa Funduszu, wypełnia i poświadcza odpowiednie zaświadczenie, o którym mowa w przepisach o koordynacji, oraz przekazuje je osobie składającej wniosek.

§ 10. 1. W celu uzyskania zgody, o której mowa w § 1 pkt 2, osoba składająca wniosek składa wniosek, którego wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, do:

1) dyrektora oddziału Funduszu, w przypadku gdy:

- a) wnioskodawcy została udzielona zgoda, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. b lub
- b) wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

2) Prezesa Funduszu, za pośrednictwem oddziału Funduszu, o którym mowa w § 4 ust. 2, w przypadku uzyskania skierowania przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju.

2. Po otrzymaniu wniosku oddział Funduszu niezwłocznie zwraca się do zagranicznej placówki opieki medycznej, w której przebywa wnioskodawca, w celu uzyskania potwierdzenia, iż stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania określonego środka transportu.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a, dyrektor oddziału Funduszu niezwłocznie, nie później niż następującym po dniu otrzymania potwierdzenia, o którym mowa w ust. 2, wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu albo odmawia wydania zgody.

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b, dyrektor oddziału Funduszu, w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku po dokonaniu oceny, czy spełniony został warunek określony w art. 42i ust. 8 ustawy, wydaje zgodę na pokrycie kosztów

transportu, wskazując najtańszy środek transportu możliwy do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy albo odmawia wydania zgody.

5. W przypadku nieuzyskania wstępnego kosztorysu, o którym mowa w art. 42i ust. 10 pkt 2 ustawy, dyrektor oddziału Funduszu, na podstawie dokumentacji wskazanej w art. 42i ust. 10 pkt 1 ustawy, dokonuje oceny, czy spełniony został warunek określony w art. 42i ust. 8 ustawy, i wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu, wskazując najtańszy środek transportu możliwy do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy, albo odmawia wydania zgody.

6. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2, oddział Funduszu niezwłocznie, nie później niż następującym po dniu otrzymania potwierdzenia, o którym mowa w ust. 2, przekazuje Prezesowi Funduszu wniosek, o którym mowa w ust. 1.

7. Prezes Funduszu, w terminie 3 dni roboczych od dnia przekazania wniosku przez oddział Funduszu, wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju albo odmawia wydania zgody.

8. Prezes Funduszu doręcza decyzję osobie składającej wniosek oraz przesyła decyzję do oddziału Funduszu.

§ 11. 1. Oddział Funduszu pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a uzyskanych w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA, na podstawie faktury wystawionej przez zagraniczną placówkę opieki medycznej.

2. Oddział Funduszu pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 1, na podstawie faktury wystawionej przez zagraniczną placówkę opieki medycznej w przypadku, gdy wnioskowane leczenie lub badania diagnostyczne zostały przeprowadzone przez zagraniczną placówkę opieki medycznej, z którą oddział Funduszu nie może rozliczyć kosztów leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie przepisów o koordynacji.

3. W przypadku gdy zagraniczna placówka opieki medycznej, o której mowa w ust. 1 i 2, uzależnia przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych od uprzedniego pokrycia w całości lub w części kosztów tych świadczeń, oddział Funduszu może dokonać przedpłaty na pokrycie tych kosztów na podstawie dokumentu wystawionego przez zagraniczną placówkę opieki medycznej.

4. Oddział Funduszu dokonuje weryfikacji przedstawionej faktury lub dokumentu, o którym mowa w ust. 3.

5. Kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana na rachunek wskazany przez zagraniczną placówkę opieki medycznej w terminie 14 dni od dnia dokonania weryfikacji faktury przez oddział Funduszu.

§ 12. 1. Oddział Funduszu pokrywa koszty transportu, na pokrycie kosztów którego została wydana zgoda, na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez podmiot wykonujący transport.

2. Oddział Funduszu dokonuje weryfikacji przedstawionej faktury lub rachunku potwierdzającego poniesione koszty.

3. Kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana odpowiednio na rachunek podmiotu wykonującego transport albo innego podmiotu, który pokrył koszty transportu, w terminie 14 dni od dnia dokonania przez oddział Funduszu weryfikacji, o której mowa w ust. 2.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

**Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia (poz. ...)**

Załącznik nr 1

WZÓR

CZEŚĆ I

**WNIOSEK DO DYREKTORA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA
O UZYSKANIE LECZENIA LUB BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
ALBO KONTYNUACJĘ LECZENIA LUB BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA ORAZ POKRYCIE KOSZTÓW
TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ**

INSTRUKCJA

Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim UE/EFTA oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42f ust. 1, art. 42i ust. 1 oraz art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.....),
Część I.A. wniosku wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „oddziałem Funduszu”,
Część I.B. oraz część II wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
Część III. A - C wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych,
Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki,
Część V wniosku wypełnia oddział Funduszu,
Część VI wniosku wypełnia dyrektor oddziału Funduszu.

UWAGA:

Wniosek z wypełnioną częścią I, II i III oraz kopią dokumentacji medycznej i pisemną informacją składa się w oddziale Funduszu.
W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się uwierzytelnione tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.

I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do oddziału Funduszu:

Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby przyjmującej wniosek:

Numer identyfikacyjny wniosku:	Pieczęć oddziału Funduszu:
<p>I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU: (proszę zakreślić odpowiednie pola)</p> <p>1.1. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...) w niżej wymienionej zagranicznej placówce opieki medycznej:</p> <p>.....</p> <p>(pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego świadczeniodawcy - adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)</p> <p>1.2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości zmiany przedmiotu wniosku w przypadku, gdy spełnione zostaną warunki, o których mowa w art. 20 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego:</p> <p>Miejscowość:..... Data:..... Podpis osoby składającej wniosek:.....</p> <p>1.3. <input type="checkbox"/> Nie wyrażam sprzeciwu na zastosowanie przepisów o koordynacji (wypełnić w przypadku gdy zostało podpisane oświadczenie w pkt. 1.2.):</p> <p>Miejscowość:..... Data:..... Podpis osoby składającej wniosek:.....</p> <p>2.1. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, w przypadku świadczeń, które wykonuje się w kraju, w niżej wymienionej zagranicznej placówce opieki medycznej:</p> <p>.....</p> <p>(pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego świadczeniodawcy - adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej) oraz</p> <p>2.2. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania z powodu^{1/}.....</p>	

^{1/} Zaznaczenie tego pola spowoduje obligatoryjne przesłanie wniosku do zaopiniowania przez konsultanta wojewódzkiego.

.....
.....

CZEŚĆ II
II. A. DANE WNIOSKODAWCY (ŚWIADCZENIOBIORCY)

1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku, gdy wnioskodawcy nie nadano nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres zamieszkania wnioskodawcy:	
5.	Numer telefonu wnioskodawcy lub adres poczty elektronicznej do celów kontaktowych:	

II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK
(wypełnić, jeśli wniosek składa przedstawiciel ustawowy lub małżonek)

6.	Imię i nazwisko:	
7.	Numer PESEL (w przypadku braku nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
8.	Data urodzenia:	
9.	Adres zamieszkania osoby składającej wniosek:	
10.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej do celów kontaktowych:	

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, jakie nastąpią w trakcie procedowania wniosku (w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych). W razie zaistnienia potrzeby, zwracam się z prośbą o wydanie decyzji w sprawie zgodnie z art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oświadczam, iż w okresie udzielonych świadczeń, objętych wnioskiem nie podlegałam/ em ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie UE/ EFTA.

..... Data wypełnienia wniosku (DD/ MM/ RRRR) Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby reprezentującej Wnioskodawcę
--	--

CZEŚĆ III	
III. A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK	
1	Imię i nazwisko lekarza:
2	Pieczęć lekarza zawierająca numer prawa wykonywania zawodu oraz tytuł/stopień naukowy:
3	Dane kontaktowe lekarza (adres do korespondencji/numer telefonu/faksu/adres poczty elektronicznej):
4	Pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej (z numerem umowy z OW NFZ/bez numeru umowy z OW NFZ):
5	Miejscowość:.....Data:..... Podpis lekarza wypełniającego wniosek:.....
III. B. ZAKRES LECZENIA W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA	
1	Rozpoznanie kliniczne, którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem

	Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10):	
2	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:	
3	Prognoza, co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:	
4	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wnioski (z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD - 9) wraz z uzasadnieniem konieczności leczenia w ośrodku zagranicznym:	
5	Wskazanie wnioskowanego leczenia/badań diagnostycznych w wykazie/wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie	

	art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:		
6	Czas oczekiwania wnioskodawcy na uzyskanie leczenia lub wykonanie badań diagnostycznych u świadczeniodawcy w kraju:	Przewidywany zgodnie z listą oczekujących: (dd/mm/rr)	Dopuszczalny – określony indywidualnie przez lekarza wypełniającego wniosek:
7	Czas oczekiwania wnioskodawcy na uzyskanie leczenia lub wykonanie badań diagnostycznych u zagranicznego świadczeniodawcy:		
III. C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA (wypełnić, gdy wnioskodawca/osoba składająca wniosek zaznaczyła pole 2.1. w części I.A. wniosku)			
	Wskazanie środka transportu do miejsca leczenia w innym państwie członkowskim UE/EFTA wraz z uzasadnieniem konieczności jego zastosowania:		

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....

Podpis lekarza wypełniającego

wniosek:.....

.....

Pieczęć lekarza wypełniającego wniosek:

CZEŚĆ IV

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez dyrektora oddziału Funduszu)

--

Miejscowość:.....Data wypełnienia
wniosku:.....

Podpis konsultanta wojewódzkiego opiniującego
wniosek:.....
.....

Pieczęć konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:

CZEŚĆ V

(wypełnia oddział Funduszu po weryfikacji wniosku)

1.	Przedmiot wniosku:	<p>1.1. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń, które wykonuje się w kraju, oraz</p> <p>1.2.1. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń</p>
2.	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:	<p>Koszty leczenia lub badań diagnostycznych w kraju (kwota do zwrotu):</p> <p>..... (wypełnić, gdy w pkt. 1 zaznaczono pole 1.1.)</p> <p>Koszt leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim UE/EFTA:</p> <p>.....</p>
3.	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca leczenia w innym państwie członkowskim UE/EFTA (wypełnić, gdy w pkt 1. zaznaczono pola 1.2 i 1.2.1.):	<p>..... (środek transportu)</p> <p>..... (koszty transportu)</p>

4. Miejscowość:.....Data:....
.....

Podpis osoby wypełniającej część V wniosku (pracownika właściwej komórki organizacyjnej oddziału Funduszu):.....

Pieczczę osoby wypełniającej część V wniosku:

CZEŚĆ VI
STANOWISKO DYREKTORA ODDZIAŁU FUNDUSZU

1.	Imię i nazwisko wnioskodawcy (świadczeniobiorcy):	
2.	Numer PESEL (w przypadku, gdy wnioskodawcy nie nadano nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Decyzja dyrektora oddziału Funduszu: (numer decyzji) (data wydania decyzji)
4. Podstawa prawna:		
5. Rozstrzygnięcie (wskazanie świadczeniodawcy posiadając ego umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej/zgoda/odmowa/umorzenie):		

6. Dodatkowe uwagi:

7.
Miejscowość:.....Data:.....
.....

Podpis dyrektora oddziału
Funduszu:.....
.....

Pieczęć dyrektora oddziału Funduszu:

WZÓR

CZEŚĆ I

WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
O PRZPEROWADZENIE LECZENIA LUB BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH POZA
GRANICAMI KRAJU ORAZ POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU
DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ

INSTRUKCJA

Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,

Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42i ust. 1 oraz art. 42j ust. 1 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.), Część I.A. wniosku wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „oddziałem Funduszu”,

Część I.B. oraz część II wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,

Część III. A - D wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych,

Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki,

Część V wniosku wypełnia dyrektor oddziału Funduszu,

Część VI wniosku wypełnia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Prezesem Funduszu”.

UWAGA:

Wniosek z wypełnioną częścią I, II i III oraz kopią dokumentacji medycznej i pisemną informacją składa się w oddziale Funduszu.

W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się uwierzytelnione tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.

I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do oddziału Funduszu:

Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby przyjmującej wniosek:

Numer identyfikacyjny wniosku:	Pieczęć oddziału Funduszu:
<p>I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU: (proszę zakreślić odpowiednie pola)</p> <p>1.1. <input type="checkbox"/> przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych - w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, oraz</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania z powodu^{1/}:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

^{1/} Zaznaczenie tego pola spowoduje obowiązkowe przesłanie wniosku do zaopiniowania przez konsultanta wojewódzkiego.

CZEŚĆ II
II. A. DANE WNIOSKODAWCY (ŚWIADCZENIOBIORCY)

1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku, gdy wnioskodawcy nie nadano nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres zamieszkania wnioskodawcy:	
5.	Numer telefonu wnioskodawcy lub adres poczty elektronicznej do celów kontaktowych:	

II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK
(wypełnić, jeśli wniosek składa przedstawiciel ustawowy lub małżonek)

6.	Imię i nazwisko:	
7.	Numer PESEL (w przypadku braku nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
8.	Data urodzenia:	
9.	Adres zamieszkania osoby składającej wniosek:	
10.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej do celów kontaktowych:	

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, jakie nastąpią w trakcie procedowania wniosku (w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych). W razie zaistnienia potrzeby, zwracam się z prośbą o wydanie decyzji w sprawie zgodnie z art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oświadczam, iż w okresie udzielonych świadczeń, objętych wnioskiem nie podlegałam/ em ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie UE/ EFTA.

..... Data wypełnienia wniosku (DD/ MM/ RRRR) Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby reprezentującej Wnioskodawcę
--	--

CZEŚĆ III

III. A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK

1.	Imię i nazwisko lekarza:	
2.	Pieczęć lekarza zawierająca numer prawa wykonywania zawodu oraz tytuł/stopień naukowy:	
3.	Dane kontaktowe lekarza (adres do korespondencji/numer telefonu/faksu/adres e-mail):	
4.	Pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej (z numerem umowy z OW NFZ/bez numeru umowy z OW NFZ):	
5.	Miejscowość:.....Data:..... Podpis lekarza wypełniającego wniosek:.....	

III. B. MIEJSCE LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU

1.	Państwo:	
2.	Pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego świadczeniodawcy (adres, numer telefonu/faksu, adres e-mail):	
3.	Uzasadnienie wyboru ww. zagranicznego świadczeniodawcy:	

III. C. ZAKRES LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU		
1.	Rozpoznanie kliniczne, w zakresie którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10):	
2.	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:	
3.	Prognoza, co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:	
4.	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek (z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD - 9) wraz z uzasadnieniem braku możliwości leczenia w kraju oraz konieczności leczenia w ośrodku zagranicznym:	
5.	Wskazanie wnioskowanego leczenia/badań diagnostycznych w wykazie/wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 31d ustawy o	

	świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:	
III. D. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU		
Wskazanie środka transportu do miejsca leczenia poza granicami kraju wraz z uzasadnieniem konieczności jego zastosowania:		

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....

Podpis lekarza wypełniającego wniosek:.....
.....

Pieczęć lekarza wypełniającego wniosek:

CZEŚĆ IV

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez dyrektora oddziału Funduszu)

--

Miejscowość:.....Data wypełnienia
wniosku:.....

Podpis konsultanta wojewódzkiego opiniującego
wniosek:.....
.....

Pieczczę konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:

CZEŚĆ V
(wypełnia oddział Funduszu)

1	Przedmiot wniosku:	1.1. <input type="checkbox"/> przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju 1.2. <input type="checkbox"/> przeprowadzenie badań diagnostycznych poza granicami kraju 1.3. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń
2	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:	
3	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca leczenia poza granicami kraju: (środek transportu) (koszty transportu)
4	Miejscowość:.....Data:..... Podpis dyrektora oddziału Funduszu:..... Pieczęć dyrektora oddziału Funduszu:	

--	--

CZEŚĆ VI
STANOWISKO PREZESA NFZ

1.	Imię i nazwisko wnioskodawcy (świadzeniobiorcy):	
2.	Numer PESEL (w przypadku, gdy wnioskodawcy nie nadano nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Decyzja Prezesa NFZ: (numer decyzji) (data wydania decyzji)
4. Podstawa prawna:		
5. Rozstrzygnięcie (zgoda/odmowa/umorzenie):		

6. Dodatkowe uwagi:

7.
Miejscowość:.....Data:.....
.....

Podpis Prezesa NFZ
:.....
.....

Pieczęć Prezesa NFZ:

WZÓR

CZEŚĆ I

WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA LUB DO
DYREKTORA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA O POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU
DO MIEJSCA LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W KRAJU

INSTRUKCJA

Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,

Osoby uprawnione do ubiegania się o pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju oraz osoby uprawnione

do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42i ust. 1 oraz art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.....),

Część I.A i III wniosku wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „oddziałem Funduszu”,

Część I.B oraz część II. A, B i C wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,

Część IV wniosku wypełnia dyrektor oddziału Funduszu,

Część V wniosku wypełnia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Prezesem Funduszu”.

UWAGA:

Wniosek z wypełnioną częścią I i II oraz – w odpowiednim przypadku^{1/} - kopią dokumentacji medycznej i wstępnym kosztorysem dalszego leczenia sporządzonymi przez szpital znajdujący się na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej "państwem członkowskim UE/EFTA", w którym aktualnie przebywa wnioskodawca, składa się w oddziale Funduszu.

W przypadku dokumentacji medycznej i wstępnego kosztorysu dalszego leczenia sporządzonych w języku obcym, do wniosku dołącza się uwierzytelnione tłumaczenie tych dokumentów na język polski.

I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do oddziału Funduszu:

Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby przyjmującej wniosek:

^{1/} Podstawa prawna: art. 42 ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Numer identyfikacyjny wniosku:	Pieczęć oddziału Funduszu:
<p>I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU: (proszę zakreślić odpowiednie pola)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, w przypadku wydania zgody przez dyrektora oddziału Funduszu na uzyskanie w innym państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń, które wykonuje się w kraju^{2/}</p> <p>2. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju, w przypadku, gdy wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium państwa członkowskiego UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji^{3/}</p> <p>3. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, w przypadku uzyskania skierowania przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych - w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju^{4/}</p>	

^{2/} Podstawa prawna: art. 42i ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

^{3/} Podstawa prawna: art. 42i ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

^{4/} Podstawa prawna: art. 42j ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

CZEŚĆ II II. A. DANE WNIOSKODAWCY (ŚWIADCZENIOBIORCY)		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku, gdy wnioskodawcy nie nadano nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres zamieszkania wnioskodawcy:	
5.	Numer telefonu wnioskodawcy lub adres poczty elektronicznej do celów kontaktowych:	
II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (wypełnić, jeśli wniosek składa przedstawiciel ustawowy lub małżonek)		
6.	Imię i nazwisko:	
7.	Numer PESEL (w przypadku braku nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
8.	Data urodzenia:	
9.	Adres zamieszkania osoby składającej wniosek:	
10.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej do celów kontaktowych:	
II. C. MIEJSCE LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU/MIEJSCE LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W KRAJU		
1.	Wskazanie aktualnego miejsca	- w innym państwie członkowskim UE/EFTA:

	leczenia poza granicami kraju:	
		- w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA:
2.	Wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju: (Należy wypełnić obowiązkowo, gdy wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju, w przypadku gdy wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium państwa członkowskiego UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji)	
3.	Wskazanie miejsca zamieszkania w kraju, do którego ma zostać przewieziony wnioskodawca:	

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, jakie nastąpią w trakcie procedowania wniosku (w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych). W razie zaistnienia potrzeby, zwracam się z prośbą o wydanie decyzji w sprawie zgodnie z art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oświadczam, iż w okresie udzielonych świadczeń, objętych wnioskiem nie podlegałam/ em ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie UE/ EFTA.

..... Data wypełnienia wniosku (DD/ MM/ RRRR) Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby reprezentującej Wnioskodawcę
--	--

CZEŚĆ III ^{5/}		
1	Imię i nazwisko wnioskodawcy (świadczeniobiorcy):	
2	Numer PESEL (w przypadku, gdy wnioskodawcy nie nadano nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3	Data urodzenia:	
4	Adres zamieszkania wnioskodawcy:	
5	Opinia zagranicznej placówki opieki medycznej, w której przebywa wnioskodawca, dotycząca wymogu zastosowania określonego środka transportu w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy: ^{6/}	
6	Środek transportu i koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju:	<p>.....</p> <p>(środek transportu)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(koszty transportu)</p>

^{5/} Oddział Funduszu przekazuje Część III wniosku wraz z wypełnioną częścią I i II do Prezesa Funduszu, gdy wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, w przypadku uzyskania skierowania przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych - w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju.

^{6/} Wypełnia oddział Funduszu po uzyskaniu potwierdzenia zagranicznej placówki opieki medycznej, że stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania określonego środka transportu.

7	<p>Miejscowość:.....Data:.....</p> <p>Podpis dyrektora oddziału Funduszu:.....</p> <p>Pieczęć dyrektora oddziału Funduszu:</p>

CZEŚĆ IV
STANOWISKO DYREKTORA ODDZIAŁU FUNDUSZU

1.	Imię i nazwisko wnioskodawcy (świadczeniobiorcy):	
2.	Numer PESEL (w przypadku, gdy wnioskodawcy nie nadano nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Decyzja dyrektora oddziału Funduszu: (numer decyzji) (data wydania decyzji)
4. Podstawa prawna:		
5. Rozstrzygnięcie (wskazanie świadczeniodawcy posiadając ego umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej/zgoda/odmowa/umorzenie):		

6. Dodatkowe uwagi:

7.
Miejscowość:.....Data:.....
.....

Podpis dyrektora oddziału
Funduszu:.....
.....

Pieczęć dyrektora oddziału Funduszu:

CZEŚĆ V
STANOWISKO PREZESA FUNDUSZU

1.	Imię i nazwisko wnioskodawcy (świadczeniobiorcy):	
2.	Numer PESEL (w przypadku, gdy wnioskodawcy nie nadano nr PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Decyzja Prezesa NFZ: (numer decyzji) (data wydania decyzji)
4. Podstawa prawna:		
5. Rozstrzygnięcie (zgoda/odmowa/umorzenie):		

6. Dodatkowe uwagi:

7.
Miejscowość:.....Data:.....
.....

Podpis Prezesa
Funduszu:.....
.....

Pieczęć Prezesa Funduszu:

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu stanowić będzie wykonanie upoważnienia zawartego w art. 42k ust. 2 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.), zmienionej ustawą z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw mającą na celu transpozycję do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/ UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45-65), zwanej dalej „dyrektywą transgraniczną”.

Nowe rozporządzenie zastąpi 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.),

– z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie wniosku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju (Dz. U. Nr 279, poz. 2769, z późn. zm.) oraz

– z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie kierowania świadczeniobiorców na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju (Dz. U. Nr 274, poz. 2729).

Projektowane rozporządzenie reguluje tryb składania i rozpatrywania wniosku świadczeniobiorcy o:

- 1) wydanie zgody na uzyskanie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (UE) świadczenia opieki zdrowotnej, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 i 2 znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”,
- 2) wydanie zgody na uzyskanie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE/EFTA”, świadczenia opieki zdrowotnej

albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń, które wykonuje się w kraju, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia,

- 3) skierowanie do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a także wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń.

O wydanie zgody, o której mowa powyżej w pkt. 2 i 3, ubiegać się będą mogły także osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, tj. osoby ubezpieczone w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA, a mieszkające w Polsce, oraz osoby pozbawione wolności, o których mowa w art. 12a ustawy.

Zasadnicze zmiany w stosunku do obecnie obowiązujących przepisów dotyczą:

- 1) zmiany zakresu zadań powierzonych dyrektorom oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) – rozszerzenie kompetencji,
- 2) częściowego zniesienia wymogu wypełniania wniosku przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – specjalistę właściwej dziedziny medycyny, posiadającego tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych.

Wnioski o:

– wydanie zgody na uzyskanie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (UE) świadczenia opieki zdrowotnej, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy,

– wydanie zgody na uzyskanie w innym państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń, które wykonuje się w kraju, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia, wypełniane będą przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.

Zgodnie z art. 42f ustawy, kompetencję w zakresie wydawania zgody świadczeniobiorcom na uzyskanie w innym państwie członkowskim UE świadczenia opieki zdrowotnej, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 i 2 ustawy, powierzono dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ, zwanego dalej „dyrektorem oddziału Funduszu”. W przepisie art. 42f wprowadzono do ustawy w związku z implementacją art. 8 dyrektywy

transgranicznej, upoważniającego państwo członkowskie ubezpieczenia do wprowadzenia w swoich przepisach krajowych wymogu uzyskania przez pacjenta uprzedniej zgody płatnika, jako warunku otrzymania refundacji kosztów świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego w innym państwie członkowskim UE. W art. 42e ust. 1 ustawy zawarto upoważnienie dla Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazu świadczeń wymagających wcześniejszego udzielenia zgody na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim UE. W art. 42e ust. 2 doprecyzowano zakres tego wykazu, odpowiadający przesłankom sformułowanym w art. 8 ust. 2 dyrektywy transgranicznej.

Ponadto dyrektora oddziału Funduszu wskazano jako organ właściwy do wydawania zgody na uzyskanie w innym państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadkach określonych w przepisach o koordynacji, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia w innym państwie członkowskim UE/EFTA. Dyrektorowi oddziału Funduszu powierzono również kompetencję w zakresie wydawania zgody, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia wnioskodawcy, na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju. Zgoda taka jest uzależniona od uprzedniego wydania zezwolenia na przeprowadzenie leczenia lub badań w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

Dyrektor oddziału Funduszu będzie także rozpatrywał wnioski o pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju - najtańszym środkiem transportu możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy, gdy wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA, korzystając ze świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, a przewidywane koszty dalszego leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.

W odróżnieniu od dotychczas obowiązujących aktów wykonawczych i zgodnie z przepisami ustawy, Prezesowi NFZ, zwanemu dalej „Prezesem Funduszu”, powierzono wyłącznie kompetencję w zakresie wydawania zgody na przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, oraz wydawania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia tych świadczeń w innym państwie członkowskim UE/EFTA lub w państwie trzecim, a w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta – również

zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, po zakończeniu leczenia lub przeprowadzeniu badań diagnostycznych za granicą.

Przemawia za tym większa spójność projektowanych rozwiązań – dyrektor oddziału Funduszu rozstrzygać będzie we wszystkich sprawach dotyczących wydawania zgody na uzyskanie za granicą (w innym państwie członkowskim UE/EFTA) świadczeń gwarantowanych, wykonywanych w kraju. Decyzje będą podejmowane na podstawie przepisów krajowych, implementujących dyrektywę transgraniczną, oraz na podstawie przepisów o koordynacji. Do obowiązków Prezesa Funduszu należeć będzie rozpatrywanie wniosków i podejmowanie decyzji w sprawach związanych z kierowaniem na leczenie lub badania diagnostyczne znajdujące się w koszyku świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie można wykonać na terytorium Polski.

W związku z takim podziałem kompetencji wprowadzono dwa odrębne wzory wniosków, określone w załączniku nr 1 i nr 2 do niniejszego rozporządzenia.

Wydanie zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju, a także ewentualnej zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia za granicą, poprzedzać będzie stosowny wniosek wypełniony przez osobę składającą wniosek oraz przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, będącego specjalistą właściwej dziedziny medycyny.

Wypełniając wniosek lekarz będzie określał: rozpoznanie kliniczne, którego dotyczy wniosek, i rozpoznania współistniejące, dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie oraz prognozę, co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby. Lekarz powinien także określić szczegółowy zakres wnioskowanego leczenia i/lub badań diagnostycznych oraz uzasadnić konieczność uzyskania tych świadczeń w ośrodku zagranicznym, np. ze względu na zbyt długi czas oczekiwania na określone świadczenie w kraju albo ze względu na brak możliwości jego uzyskania w Polsce, przy uwzględnieniu kryteriów medycznych. W przypadku świadczeń gwarantowanych, aktualnie nie wykonywanych w kraju, lekarz powinien wskazać zagraniczną placówkę opieki medycznej, w której leczenie lub badanie powinno być przeprowadzone, i uzasadnić jej wybór. W pozostałych przypadkach zagranicznego świadczeniodawcę może wskazać wnioskodawca. W sytuacji, gdy wymagać tego będzie stan zdrowia wnioskodawcy, lekarz może stwierdzić konieczność zastosowania określonego środka transportu, w szczególności transportu sanitarnego, do miejsca leczenia za granicą, wskazać środek transportu oraz uzasadnić jego wybór.

Wnioski powinny być kierowane przez osoby uprawnione do ich złożenia do oddziałów wojewódzkich NFZ, właściwych ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy/wnioskodawcy na terytorium Polski, a w przypadku:

- 1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin zamieszkałych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE/EFTA do oddziału Funduszu wskazanego w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1 ustawy,
- 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do oddziału Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę,
- 3) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz osób, o których mowa w art. 12a ustawy, do oddziału Funduszu, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tych osób na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Oddział Funduszu będzie dokonywał wstępnej weryfikacji wniosku, pod kątem ewentualnych braków formalnych lub błędów, i w razie potrzeby zwracał wniosek osobie, która go złożyła, w celu ich usunięcia.

W przypadku wniosków dotyczących wydania zgody na uzyskanie w innym państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadkach określonych w przepisach o koordynacji, utrzymano możliwość wskazania przez dyrektora oddziału Funduszu świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania wnioskodawcy na uzyskanie leczenia lub badań diagnostycznych w kraju, po dokonaniu niezbędnych uzgodnień z tym świadczeniodawcą. Dyrektor oddziału Funduszu będzie mógł skorzystać z tej możliwości także w przypadku rozpatrywania wniosków o wydanie zgody na uzyskanie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (UE) świadczenia opieki zdrowotnej, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 i 2 ustawy. Wskazanie świadczeniodawcy, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania wnioskodawcy na uzyskanie leczenia lub badań diagnostycznych w kraju, skutkować będzie wydaniem

decyzji w sprawie odmowy wydania zezwolenia na leczenie lub badania diagnostyczne w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

Możliwe będzie również wskazanie przez dyrektora oddziału Funduszu innej zagranicznej placówki opieki medycznej niż wskazana we wniosku. Ponadto, w odniesieniu do wniosków o udzielenie uprzedniej zgody, składanych przez ubezpieczonego w celu skorzystania poza granicami kraju ze świadczenia opieki zdrowotnej wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 i 2 ustawy, oddział Funduszu ustalać będzie, czy spełnione zostały warunki określone w art. 20 rozporządzenia (WE) nr 883/2004. Jeżeli te warunki zostaną spełnione (tzn. świadczenie nie będzie mogło zostać udzielone bez zbędnej zwłoki na terytorium RP), zgoda będzie wydawana w myśl tego rozporządzenia, chyba że pacjent wyrazi inną wolę. Możliwość taką przewidziano w przepisach art. 42f ust. 6 ustawy.

Analogicznie, jak w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu, zdecydowano się włączyć konsultantów wojewódzkich i krajowych w proces rozpatrywania i opiniowania wniosków. O potrzebie zasięgnięcia opinii właściwych konsultantów wojewódzkich decydować będzie w każdym przypadku dyrektor oddziału Funduszu. Jednocześnie, z uwagi na możliwość zaistnienia sytuacji, w których osoby składające wniosek będą zainteresowane weryfikacją opinii lekarza wypełniającego wniosek, przewidziano obligatoryjne przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego przez oddział Funduszu w przypadku, gdy wnosi o to osoba składająca wniosek. Natomiast w przypadku rozpatrywania wniosku o skierowanie do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, ewentualne zasięgnięcie opinii właściwego konsultanta krajowego przed wydaniem decyzji zależeć będzie od uznania Prezesa Funduszu. Ponadto, zarówno Prezes Funduszu, jak i dyrektor oddziału Funduszu, będą mogli w procesie rozpatrywania wniosku zasięgać opinii innych osób lub podmiotów posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.

Określona w projektowanym rozporządzeniu procedura składania i rozpatrywania wniosku, dająca gwarancję jego wszechstronnej analizy, przy udziale najwyższych autorytetów w kraju w osobach lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, będącego specjalistą właściwej dziedziny medycyny, konsultanta wojewódzkiego i konsultanta krajowego nie odbiega znacząco od obecnie obowiązujących rozwiązań prawnych.

Projektowane rozporządzenie określa również tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu powrotnego do miejsca leczenia lub miejsca zamieszkania w kraju. Osoby ubiegające się o wydanie takiej zgody składać będą do Prezesa Funduszu (za pośrednictwem oddziału Funduszu) albo do dyrektora oddziału Funduszu odrębny wniosek, którego wzór został określony w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

Przed wydaniem zgody na pokrycie kosztów transportu z miejsca leczenia za granicą do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, oddział Funduszu będzie kontaktował się z zagraniczną placówką opieki medycznej, w której przebywa wnioskodawca, w celu uzyskania potwierdzenia, że stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania określonego środka transportu. W przypadku wniosków o pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju, gdy wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA, korzystając ze świadczeń udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji (na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wydanej uprzednio przez Fundusz lub druku S1 (d. E106) , oddział Funduszu będzie zwracał się do zagranicznej placówki opieki medycznej w innym państwie członkowskim UE/EFTA o przedstawienie wstępnego kosztorysu dalszego leczenia polskiego świadczeniobiorcy, w celu ustalenia, czy spełniony został warunek określony w art. 42i ust. 8 ustawy, tj. czy koszty dalszego leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju. Jeżeli zagraniczny świadczeniodawca nie przedstawi wyceny kosztów leczenia, dyrektor oddziału Funduszu dokonuje takiego ustalenia na podstawie dokumentacji sporządzonej przez szpital, zawierającej aktualne rozpoznanie kliniczne, opis aktualnego stanu zdrowia wnioskodawcy, prawdopodobny zakres i czas trwania dalszego leczenia, którą należy dołączyć do wniosku.

Koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju oraz do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju będą finansowane ze środków publicznych, tj.:

- 1) składek na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku osób ubezpieczonych i członków ich rodzin zgłoszonych do ubezpieczenia oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji; przy czym koszty poniesione przez Fundusz na rzecz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji będą następnie zwracane przez zagraniczne instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, właściwe dla tych osób, na zasadach określonych w przepisach o koordynacji,

- 2) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w przypadku świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni oraz osób pozbawionych wolności, gdy osoby te zostaną skierowane na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju; Fundusz otrzymywać będzie dotację na ten cel z budżetu państwa.

W razie wydania zgody osobie pozbawionej wolności na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji (art. 20 rozporządzenia nr 883/2004), koszty leczenia takiej osoby w innym państwie członkowskim UE/EFTA oraz koszty jej ewentualnego transportu do miejsca leczenia i z powrotem do kraju będą finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Sprawiedliwości. Podstawą prawną rozliczeń tych kosztów są przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 225, poz.1355).

Oddział Funduszu będzie pokrywał koszty transportu na podstawie faktury wystawionej przez podmiot wykonujący transport albo na podstawie zaświadczenia potwierdzającego poniesione koszty. Ich pokrycie poprzedzone będzie formalną i merytoryczną weryfikacją faktury lub zaświadczenia. Przekazanie środków finansowych będzie odbywało się w formie bezgotówkowej, na rachunek podmiotu uprawnionego do otrzymania zwrotu kosztów.

Analogiczny tryb rozliczenia będzie obowiązywał w przypadku pokrywania kosztów leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju. Źródłem finansowania tych kosztów będą środki budżetu państwa, przekazywane do Funduszu w postaci dotacji z części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia. Podstawą zwrotu kosztów będzie faktura wystawiona przez zagraniczną placówkę opieki medycznej lub druk rozliczeniowy, wystawiony przez instytucję właściwą (instytucję ubezpieczenia zdrowotnego) w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

Ze składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowane będą świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w innym państwie członkowskim UE/EFTA na podstawie przepisów o koordynacji oraz określone w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 i 2 ustawy, a udzielone w innym państwie członkowskim UE, po uprzednim wydaniu zgody na ich uzyskanie przez dyrektora oddziału Funduszu. Oddział Funduszu będzie dokonywał zwrotu kosztów tych świadczeń odpowiednio:

- 1) na rachunek instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim UE/EFTA, według stawek stosowanych w państwie leczenia – w przypadku świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE/EFTA na podstawie przepisów o koordynacji,
- 2) na rachunek świadczeniobiorcy (wnioskodawcy) uprawnionego do zwrotu kosztów, w wysokości, o której mowa w art. 42c ustawy – w przypadku świadczeń określonych w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 i 2 ustawy, a udzielonych w innym państwie członkowskim UE.

Projektowane rozporządzenie nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.) i w związku z tym nie podlega przedmiotowej notyfikacji.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Rozporządzenie będzie oddziaływało na świadczeniobiorców i osoby pozbawione wolności, wnioskujących o uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia za granicą i do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, a także na Narodowy Fundusz Zdrowia i lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego oraz konsultantów wojewódzkich lub krajowych, którym przypisane są określone kompetencje w ramach procedury wydawania zgody na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu.

2. Konsultacje publiczne

Projekt rozporządzenia będzie przedmiotem konsultacji z:

- 1) Konwentem Marszałków Województw,
- 2) Związkiem Powiatów Polskich,
- 3) Związkiem Miast Polskich,
- 4) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 5) Polską Konfederacją Pracodawców Prywatnych,
- 6) Konfederacją Pracodawców Polskich,
- 7) Pracodawcami RP,
- 8) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia,
- 9) Naczelną Izbą Aptekarską,
- 10) Naczelną Izbą Lekarską,
- 11) Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych,
- 13) Stowarzyszeniem Menedżerów Opieki Zdrowotnej,
- 14) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych,
- 15) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 16) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”,
- 17) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy,
- 18) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych,
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Stomatologów,
- 20) Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,

- 21) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”,
- 22) Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Prywatnych,
- 23) Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Samorządowych,
- 24) Polską Federacją Szpitali,
- 25) Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego,
- 26) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,
- 27) Stowarzyszeniem Pacjentów „Primum Non Nocere”,
- 28) Federacją Pacjentów Polskich,
- 29) Porozumieniem 1 Czerwca.

Wyniki konsultacji zostaną omówione w niniejszej Ocenie po ich zakończeniu.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.). Projekt rozporządzenia zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu państwa i jednostek sektora finansów publicznych

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na rozwój przedsiębiorstw

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość oraz na rozwój przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na zdrowie osób, którym zostanie udzielona zgoda na uzyskanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju ze względu na brak możliwości ich wykonania w kraju w ogóle bądź bez zbędnej zwłoki oraz na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia i do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju po zakończeniu leczenia w innym państwie członkowskim UE/EFTA lub w państwie trzecim.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.