

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2022 r.

w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu²⁾

Na podstawie art. 42k ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.³⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosków o:
 - a) wydanie zgody przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem Funduszu”, na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie będącym stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, na podstawie art. 42f ust. 1 ustawy,
 - b) wydanie zgody przez Prezesa Funduszu na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem”, świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1470 i 1541).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie w zakresie swojej regulacji 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 oraz Dz. Urz. UE L 353 z 28.12.2013, str. 8).

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1493, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64 i 91.

przepisami o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 32 ustawy, na podstawie art. 42i ust. 1 ustawy, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia, na podstawie art. 42i ust. 2 pkt 1 ustawy,

- c) skierowanie 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, na podstawie art. 42j ust. 1 ustawy, a także wydanie zgody przez Prezesa Funduszu na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia, na podstawie art. 42j ust. 2 ustawy;
 - d) wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, na podstawie art. 42i ust. 2 pkt 2 i ust. 9 oraz art. 42j ust. 2 ustawy;
- 2) wzory wniosków, o których mowa w pkt 1;
 - 3) tryb pokrywania kosztów leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, uzyskanych poza granicami kraju;
 - 4) tryb pokrywania kosztów transportu osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju.

§ 2. 1. Wzór wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wypełnia odpowiednio część I.B, II i VI 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, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b.

4. W przypadku wniosku, o którym 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 osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczenia, oraz wskazuje ten środek, uzasadniając jego wybór.

5. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, przekazuje do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI, wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym tym wnioskiem.

§ 3. 1. Wzór wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wypełnia część I.B, II i VI wniosku i przekazuje wniosek lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego - specjalście w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, posiadającemu tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora nauk medycznych albo doktora habilitowanego nauk medycznych.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, wypełnia część III wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c. Przepis § 2 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

4. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, przekazuje do Prezesa Funduszu wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI, wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym tym wnioskiem.

§ 4. Prezes Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wzywa się osobę, która złożyła wniosek, do ich usunięcia, w terminie nie krótszym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

§ 5. 1. Prezes Funduszu może, w części I.C. wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który udzieli świadczenia opieki zdrowotnej objętego wnioskiem w terminie wcześniejszym niż dopuszczalny czas oczekiwania określony we wniosku, po dokonaniu niezbędnych uzgodnień z tym świadczeniodawcą.

2. W przypadku wskazania świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1, Prezes Funduszu wydaje decyzję w sprawie odmowy wydania wnioskodawcy zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie.

3. Przed wydaniem decyzji w sprawie wydania zgody, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, Fundusz uzgadnia z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych w szczególności wstępne koszty udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek. W przypadku gdy przedmiotem wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. b, jest także pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń, Fundusz ustala średnie szacunkowe koszty tego transportu.

4. Prezes Funduszu może przesłać wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem, do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, zwanego dalej „konsultantem wojewódzkim”, w celu zaopiniowania.

5. Prezes Funduszu przesyła wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem, do konsultanta wojewódzkiego, w przypadku gdy wnosi o to osoba składająca wniosek.

6. Konsultant wojewódzki przekazuje do Prezesa Funduszu wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, zaopiniowany w części IV, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem, w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku.

7. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, Prezes Funduszu może jednorazowo przedłużyć termin, o którym mowa w ust. 6, na wniosek konsultanta wojewódzkiego złożony przed upływem tego terminu, o 5 dni roboczych od dnia złożenia wniosku.

8. W przypadku gdy konsultant wojewódzki nie jest właściwy do rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, przekazuje ten wniosek niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia jego otrzymania, do konsultanta wojewódzkiego, który w jego opinii jest właściwy w sprawie, informując Prezesa Funduszu o tym przekazaniu. Przekazanie nie wstrzymuje biegu terminu, o którym mowa w ust. 6.

9. Prezes Funduszu, rozpatrując wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, może zasięgać opinii innych osób wykonujących zawód medyczny lub podmiotów leczniczych, posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej. Przepisy ust. 6 i 7 stosuje się odpowiednio.

10. Prezes Funduszu może wybrać inny niż wskazany we wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, działający w państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie, jeżeli:

- 1) na podstawie dostępnej wiedzy i dotychczasowego doświadczenia stwierdzi, że podmiot ten gwarantuje lepszą jakość świadczeń opieki zdrowotnej, lub
- 2) koszt wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w przypadku jego udzielenia przez ten podmiot będzie znacznie niższy od kosztu udzielenia tego świadczenia przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, wskazany we wniosku, lub

- 3) wskazany we wniosku zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może rozliczyć kosztów wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

11. Przepisów ust. 3 i 10 nie stosuje się, jeżeli osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a, złożyła oświadczenie, o którym mowa w art. 42f ust. 5 pkt 2 ustawy.

12. Prezes Funduszu w terminie 5 dni roboczych od dnia odpowiednio:

- 1) otrzymania dokumentów, o których mowa w § 2 ust. 5, albo
- 2) zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 3, albo
- 3) otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 6, albo
- 4) otrzymania opinii, o której mowa w ust. 9

- wydaje decyzję w sprawie wydania albo odmowy wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie.

13. W przypadku wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie Fundusz niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia jej wydania, wypełnia i poświadcza odpowiednie zaświadczenie, o którym mowa w przepisach o koordynacji, oraz przekazuje je osobie składającej wniosek.

§ 6. 1. Prezes Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wzywa się osobę, która złożyła wniosek, do ich usunięcia, w terminie nie krótszym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

2. Przed wydaniem decyzji w sprawie skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych Fundusz dokonuje z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych uzgodnień dotyczących w szczególności wstępnych kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c. W przypadku gdy przedmiotem wniosku jest także pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń Fundusz ustala średnie szacunkowe koszty tego transportu.

3. Prezes Funduszu może przesłać wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy konsultanta wojewódzkiego, w celu zaopiniowania.

4. Prezes Funduszu przesyła wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem do konsultanta wojewódzkiego, w przypadku gdy wnosi o to osoba składająca wniosek.

5. Konsultant wojewódzki przekazuje do Prezesa Funduszu, w terminie nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wniosek zaopiniowany w części IV wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem. W przypadku stwierdzenia możliwości przeprowadzenia wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych na terenie kraju konsultant wojewódzki wskazuje w opinii:

- 1) dane świadczeniodawców, którzy mogą przeprowadzić takie leczenie lub badania diagnostyczne;
- 2) dane potwierdzające doświadczenie wskazanych świadczeniodawców w zakresie leczenia lub badań diagnostycznych objętych wnioskiem wraz z określeniem ich skuteczności.

6. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, Prezes Funduszu może jednorazowo przedłużyć termin, o którym mowa w ust. 5, na wniosek konsultanta wojewódzkiego złożony przed upływem tego terminu, o 5 dni roboczych od dnia złożenia wniosku. Przepis § 5 ust. 8 stosuje się odpowiednio.

7. Przed wydaniem decyzji w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, Prezes Funduszu może zasięgnąć opinii konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych lub opinii innych osób wykonujących zawód medyczny, lub podmiotów leczniczych, posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych. Opinię przekazuje się Prezesowi Funduszu w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o jej wydanie. Przepisy ust. 5 zdanie drugie i ust. 6 zdanie pierwsze stosuje się odpowiednio.

8. Prezes Funduszu w terminie 5 dni roboczych od dnia odpowiednio:

- 1) otrzymania dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 4, albo
- 2) zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 2, albo
- 3) otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 5, albo
- 4) otrzymania opinii, o której mowa w ust. 7

- wydaje decyzję w sprawie skierowania osoby, której dotyczy wniosek, do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju albo odmowy tego skierowania.

9. Prezes Funduszu może wybrać inny niż wskazany we wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, jeżeli:

- 1) na podstawie dostępnej wiedzy i dotychczasowego doświadczenia stwierdzi, że podmiot ten gwarantuje lepszą jakość świadczeń opieki zdrowotnej, lub
- 2) koszt wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w przypadku jego udzielenia przez ten podmiot będzie znacznie niższy od kosztu udzielenia tego świadczenia przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, wskazany we wniosku.

10. Kopię decyzji w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, przekazuje się lekarzowi, o którym mowa w § 3 ust. 2.

§ 7. W przypadku gdy leczenie lub badania diagnostyczne, których dotyczy decyzja w sprawie skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, mają być przeprowadzone w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, znajdującym się w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie, z którym Fundusz może rozliczyć koszty leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie przepisów o koordynacji, Fundusz, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia otrzymania kopii decyzji Prezesa Funduszu, wypełnia i poświadcza odpowiednie zaświadczenie, o którym mowa w przepisach o koordynacji, oraz przekazuje je osobie składającej wniosek.

§ 8. 1. Wzór wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. d, jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. Wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. d, składa się do Prezesa Funduszu, w przypadku:

- 1) gdy osobie, której dotyczy wniosek, została udzielona zgoda, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. b, albo
- 2) gdy wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, korzystając ze świadczeń udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, albo
- 3) skierowania przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych.

3. Po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. d, w przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 lub 3, Prezes Funduszu niezwłocznie zwraca się do zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym przebywa osoba, której dotyczy wniosek, w celu uzyskania potwierdzenia, że stan zdrowia tej osoby wymaga zastosowania

określonego środka transportu. W przypadku potwierdzenia konieczności zastosowania określonego środka transportu Fundusz ustala średnie szacunkowe koszty tego transportu.

4. Prezes Funduszu niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia otrzymania potwierdzenia, o którym mowa w ust. 3, wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu albo odmawia wydania zgody.

5. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 pkt 2, Prezes Funduszu niezwłocznie, po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. d, wraz z dokumentacją, o której mowa w art. 42i ust. 11 ustawy, dokonuje niezbędnych uzgodnień ze świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 42i ust. 9a ustawy.

6. Prezes Funduszu, nie później niż w terminie 3 dni od dnia zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 5, po dokonaniu oceny w zakresie spełniania warunku określonego w art. 42i ust. 9 ustawy:

- 1) wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu, wskazując:
 - a) najtańszy środek transportu możliwy do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia świadczeniobiorcy,
 - b) maksymalną kwotę wysokości kosztów transportu podlegających zwrotowi,
 - c) okres ważności zgody na pokrycie kosztów transportu wynoszący 30 dni od dnia doręczenia decyzji,
 - d) świadczeniodawcę, posiadającego umowę z Funduszem, który przeprowadzi dalsze leczenie w kraju, albo
- 2) odmawia wydania zgody.

§ 9. 1. Fundusz 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 lub EFTA lub Zjednoczone Królestwo, na podstawie rachunku wystawionego przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

2. Fundusz pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 1, na podstawie rachunku wystawionego przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy wnioskowane leczenie lub badania diagnostyczne zostały przeprowadzone w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym Fundusz nie może rozliczyć kosztów leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie przepisów o koordynacji.

3. W przypadku gdy zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w ust. 1 i 2, uzależnia przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych od uprzedniego pokrycia w całości lub w części kosztów tych świadczeń, Fundusz może dokonać przedpłaty na pokrycie tych kosztów.

4. Kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana na rachunek bankowy wskazany przez:

- 1) zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Fundusz rachunku, lub informacji o przedpłacie, o której mowa w ust. 3, albo
- 2) wnioskodawcę, w terminie 14 dni od dnia przedstawienia dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów leczenia lub badań diagnostycznych - w przypadku gdy wnioskodawca pokrył koszty leczenia lub badań diagnostycznych podlegające zwrotowi.

§ 10. 1. Fundusz pokrywa koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, na pokrycie kosztów którego została wydana zgoda, na podstawie rachunku wystawionego przez podmiot wykonujący transport.

2. Kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana odpowiednio na rachunek bankowy podmiotu wykonującego transport albo innego podmiotu, który pokrył koszty transportu, w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Fundusz rachunku, o którym mowa w ust. 1.

§ 11. Do wniosków, o których mowa w art. 42f ust. 1, art. 42i ust. 1, 2 i 9 oraz art. 42j ust. 1 i 2 ustawy, złożonych i nierozpatrzonej przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.⁴⁾

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2021 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. z poz. 644), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2120).

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Damian Jakubik

Dyrektor

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, zgodnie z którym Minister Zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, 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 ustawy o świadczeniach oraz wzory tych wniosków, a także tryb pokrywania kosztów, o których mowa w art. 42i ust. 2 i 9 oraz art. 42j ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach.

Projektowane rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2021 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. poz. 644).

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika ze zmian wprowadzonych w art. 42i ustawy o świadczeniach, wprowadzonych na mocy ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2120), polegających na wskazaniu w tym przepisie obok państw członkowskich Unii Europejskiej i EFTA również Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, jako państwa, w którym świadczeniobiorcy mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Projektowane rozporządzenie stanowi powtórzenie treści powołanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2021 r., z zastrzeżeniem następujących zmian:

We wszystkich przepisach odnoszących się do państw członkowskich Unii Europejskiej i EFTA, jak również w odpowiednich miejscach w załącznikach do rozporządzenia, dodano Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

Doprecyzowano treść § 1 rozporządzenia, poprzez wymienienie w pkt 1 wszystkich wniosków składanych na podstawie rozporządzenia, ze wskazaniem podstawy prawnej dla poszczególnych wniosków.

Doprecyzowano regulacje dotyczące opinii konsultanta wojewódzkiego i konsultanta krajowego, poprzez wskazanie, że w przypadku negatywnego zaopiniowania wniosku ze względu na możliwość przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych w kraju konieczne jest zawarcie w opinii danych świadczeniodawców, którzy mogą przeprowadzić takie leczenie lub badania diagnostyczne w kraju oraz danych potwierdzających doświadczenie wskazanych świadczeniodawców w zakresie leczenia lub badań diagnostycznych objętych wnioskiem wraz z określeniem ich skuteczności.

W § 11 wprowadzono przepis przejściowy, zgodnie z którym, do wniosków złożonych i nierozpatrzonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, zastosowanie będą miały dotychczasowe regulacje, w tym również te, który dotyczą wzorów wniosków.

Ponadto w treści rozporządzenia wprowadzono niewielkie doprecyzowania o charakterze legislacyjnym.

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Niniejsze rozporządzenie w zakresie swojej regulacji 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 oraz Dz. Urz. UE L 353 z 28.12.2013, str. 8), poprzez określenie trybu rozpatrywania wniosku o udzielenie uprzedniej zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, będącej warunkiem zwrotu kosztów takich świadczeń uzyskanych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie będącym stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, w przypadku świadczeń zawartych w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Projektowane rozporządzenie służy wykonywaniu art. 20 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

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

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

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.