

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**
z dnia 27 grudnia 2007r.

w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu

Na podstawie art. 26a pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:

- 1) tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku o:
 - a) wydanie zgody przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem Funduszu”, na przeprowadzenie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE/EFTA”, leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych, które przeprowadza się w kraju, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń,
 - b) skierowanie przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, a także wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń,
 - c) wydanie zgody przez Prezesa Funduszu na kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim UE/EFTA, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń;
- 2) tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku o wydanie wnioskodawcy zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju;
- 3) tryb pokrywania kosztów leczenia lub badań diagnostycznych niewykonywanych w kraju a uzyskanych 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.

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) ustawa - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) osoba składająca wniosek – podmiot uprawniony w rozumieniu art. 25 ust 2 oraz podmioty wskazane w art. 26 ust. 1 ustawy.

§ 3.

W celu uzyskania zgody, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. a, b albo c, osoba składająca wniosek składa do Prezesa Funduszu, za pośrednictwem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku braku miejsca zamieszkania wnioskodawcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na miejsce pobytu wnioskodawcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zwanego dalej „oddziałem Funduszu”, wniosek, którego wzór określa [załącznik nr 1](#) do rozporządzenia.

§ 4.

1. Osoba składająca wniosek wypełnia część I wniosku i przekazuje wniosek lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego - specjalście właściwej dziedziny medycyny, posiadającemu tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych, zwanemu dalej "lekarzem".
2. Lekarz wypełnia część II wniosku oraz:
 - 1) w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a – część IIIa wniosku i ocenia konieczność przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych wskazanych we wniosku 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 przekazanej na podstawie art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy, biorąc pod uwagę dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie, aktualny stan zdrowia wnioskodawcy oraz prawdopodobny dalszy rozwój choroby;
 - 2) w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. b – część IIIb wniosku i ocenia możliwość przeprowadzenia wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych w kraju oraz niezbędność udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy;
 - 3) w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c – część IIIc wniosku i ocenia wpływ przeniesienia się wnioskodawcy do innego państwa członkowskiego UE/EFTA na stan jego zdrowia lub przebieg prowadzonego leczenia.

3. W przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a, lekarz wskazuje placówkę opieki medycznej znajdującą się na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA i uzasadnia jej wybór.
4. W przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. b, lekarz wskazuje placówkę opieki medycznej znajdującą się poza granicami kraju i uzasadnia jej wybór.
5. Lekarz dokonując oceny, o której mowa w ust. 2, stwierdza czy w danym przypadku zachodzi konieczność zastosowania ściśle określonego środka transportu, w szczególności środka transportu sanitarnego, w celu przewiezienia wnioskodawcy do miejsca udzielenia świadczeń oraz wskazuje ten środek odpowiednio w części IIIa, IIIb albo IIIc wniosku, uzasadniając jego wybór.
6. W przypadku gdy wnioskodawca w chwili złożenia wniosku przebywa lub zamieszkuje na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA, osoba składająca wniosek może przekazać wniosek, o którym mowa w § 3, lekarzowi prowadzącemu leczenie lub badania diagnostyczne na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA, których dotyczy wniosek. Przepisy ust. 1 – 4 stosuje się odpowiednio.

§ 5.

1. W przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1, osoba składająca wniosek przekazuje do oddziału Funduszu wniosek z wypełnioną częścią I, II i odpowiednio IIIa, IIIb, albo IIIc wraz z przetłumaczoną przez tłumacza przysięgłego na język urzędowy państwa, w którym ma zostać udzielone świadczenie albo na język angielski częścią II wniosku, zwaną dalej "tłumaczeniem części II wniosku", oraz kopię dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem.
2. W przypadku, o którym mowa w § 4 ust. 6, osoba składająca wniosek przekazuje do oddziału Funduszu wniosek z wypełnioną częścią I, II i odpowiednio częścią IIIa, z wyjątkiem pkt 4 i pkt 7, IIIb, z wyjątkiem pkt 4 ppkt 1 i pkt 7, albo IIIc, z wyjątkiem pkt 4. Do wniosku należy dołączyć wstępny kosztorys leczenia oraz sporządzoną przez zagraniczną placówkę opieki medycznej kopię dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem.

§ 6.

1. Oddział Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku
W przypadku stwierdzenia braków formalnych, oddział Funduszu zwraca się do osoby składającej wniosek o usunięcie braków formalnych.
2. Oddział Funduszu przesyła niezwłocznie wybranej zagranicznej placówce opieki medycznej tłumaczenie części II wniosku i dokonuje z tą placówką uzgodnień, dotyczących w szczególności wstępnych kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek.
3. W przypadku, o którym mowa w § 4 ust. 6, oddział Funduszu dokonuje uzgodnień, dotyczących w szczególności kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek, z zagraniczną placówką opieki medycznej, wskazaną we wniosku.
4. Przed dokonaniem czynności, o których mowa w ust. 2 i 3, oddział Funduszu może przesłać wniosek, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny właściwej dla wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, zwanego dalej "konsultantem wojewódzkim", w celu zaopiniowania.
5. Oddział Funduszu przesyła wniosek wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem do konsultanta wojewódzkiego, w przypadku gdy w części I wniosku wnosi o to osoba składająca wniosek.
6. Konsultant wojewódzki dokonuje oceny wniosku:
 - 1) w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a – w zakresie przesłanek i kryteriów wskazanych w § 4 ust. 2 pkt 1 oraz § 4 ust. 5, wypełniając część IVa wniosku;
 - 2) w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. b – w zakresie przesłanek i kryteriów wskazanych w § 4 ust. 2 pkt 2 oraz § 4 ust. 5, wypełniając część IVb wniosku;
 - 3) w przypadkach, o których mowa w § 1 ust. 1 lit. c – w zakresie przesłanek i kryteriów wskazanych w § 4 ust. 2 pkt 3 oraz § 4 ust. 5, wypełniając część IVc wniosku.
7. Dokonując oceny wniosków, o których mowa w ust. 6 pkt 1 albo 2, konsultant wojewódzki potwierdza wybraną przez lekarza lub wskazuje inną placówkę opieki medycznej znajdującą się poza granicami kraju i uzasadnia jej wybór.
8. 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.
9. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, termin wskazany w ust. 8 może zostać, jednorazowo przedłużony o okres 5 dni roboczych, na wniosek konsultanta wojewódzkiego złożony przed upływem terminu wskazanego w ust. 8.
10. 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. 8 i 9.
11. Brak uzyskania opinii konsultanta wojewódzkiego w terminach wskazanych w ust. 8 i 9 nie wstrzymuje dalszego toku rozpatrywania wniosku.
12. O przypadkach braku opinii konsultanta wojewódzkiego, w terminach wskazanych w ust. 8 i 9, oddział wojewódzki informuje właściwego wojewodę.
13. Oddział Funduszu może wybrać inną niż wskazana we wniosku zagraniczną placówkę opieki medycznej, jeżeli na

podstawie dostępnej wiedzy i dotychczasowego doświadczenia stwierdzi, że placówka ta właściwie przeprowadzi wnioskowane leczenie lub badania diagnostyczne.

§ 7.

Po uzgodnieniu kosztów leczenia lub badań diagnostycznych oddział Funduszu przekazuje niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych, Prezesowi Funduszu wypełnioną część I, II, odpowiednio IIIa, IIIb albo IIIc, odpowiednio IVa, IVb albo IVc oraz V wniosku, wraz z tłumaczeniem części II wniosku i kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym wnioskiem.

§ 8.

1. Prezes Funduszu, w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w § 7, wydaje decyzję w sprawie wydania lub odmowy wydania wnioskodawcy zgody na przeprowadzenie albo kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń.
2. Decyzja Prezesa Funduszu jest doręczana osobie składającej wniosek i lekarzowi oraz przesyłana do oddziału Funduszu wraz z dokumentami, o których mowa w § 7.
3. Przed wydaniem decyzji Prezes Funduszu może zasięgnąć opinii konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny właściwej dla wnioskowanego leczenia lub badania diagnostycznego. Zawieszeniu ulega bieg terminu, o którym mowa w ust. 1.
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. 11 stosuje się odpowiednio.

§ 9.

Oddział Funduszu, w przypadku wydania przez Prezesa Funduszu zgody, w zakresie wniosków, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a, b albo c, na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim UE/EFTA, niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia otrzymania decyzji Prezesa Funduszu, wypełnia i poświadczca w dwóch egzemplarzach 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, w przypadku gdy wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, osoba składająca wniosek składa do dyrektora oddziału Funduszu, wniosek, którego wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.
2. Do wniosku należy dołączyć dokumentację zawierającą:
 - 1) szczegółowe rozpoznanie kliniczne;
 - 2) opis aktualnego stanu Zdrowia;
 - 3) prawdopodobny zakres i czas trwania leczenia;
 - 4) wstępny kosztorys leczenia;
 - 5) wskazanie ściśle określonych środków transportu, w szczególności środków transportu sanitarnego, możliwych do zastosowania ze względu na stan zdrowia wnioskodawcy.
3. Dyrektor oddziału Funduszu, w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku wraz z dokumentacją, o której mowa w ust. 2, po dokonaniu oceny, czy spełniony został warunek określony w art. 25 ust. 3 pkt 2 ustawy, wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu, wskazując najtańszy środek transportu możliwy do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy albo odmawia wydania zgody.
4. Oddział Funduszu niezwłocznie doręcza decyzję osobie składającej wniosek.

§ 11.

1. W celu uzyskania zgody, o której mowa w § 1 pkt 2, w przypadku, o którym mowa w §1 pkt 1 lit. b, osoba składająca wniosek składa wniosek, którego wzór określa [załącznik nr 2](#) do rozporządzenia, do Prezesa Funduszu, za pośrednictwem oddziału Funduszu.
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 ściśle określonych środków transportu, w szczególności środków transportu sanitarnego.
3. Oddział Funduszu niezwłocznie, nie później niż w dniu roboczym następującym po dniu otrzymania potwierdzenia, o którym mowa w ust. 2, wskazuje najtańszy środek transportu możliwy do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy i przekazuje Prezesowi Funduszu wniosek, o którym mowa w ust. 1.

4. Prezes Funduszu, w terminie 3 dni roboczych od dnia przekazania wniosku przez oddział Funduszu, wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu albo odmawia wydania zgody.
5. Prezes Funduszu doręcza decyzję osobie składającej wniosek oraz przesyła decyzję do oddziału Funduszu.

§ 12.

1. Oddział Funduszu pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych niewykonywanych w kraju a uzyskanych w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. b, na podstawie faktury wystawionej przez zagraniczną placówkę opieki medycznej.
2. Oddział Funduszu dokonuje weryfikacji przedstawionej faktury.
3. 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.

§ 13.

1. Oddział Funduszu pokrywa koszty transportu, na pokrycie kosztów którego została wydana zgoda, na podstawie faktury wystawionej przez podmiot wykonujący transport albo innego zaświadczenia potwierdzającego poniesione koszty.
2. Oddział Funduszu dokonuje weryfikacji przedstawionej faktury albo innego zaświadczenia 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.

§ 14.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

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

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 138, poz. 1154, Nr 132, poz. 1110, Nr 157, poz. 1314, Nr 94, poz. 788, Nr 179, poz. 1485, Nr 164, poz. 1366, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708, Nr 143, poz. 1030, Nr 104, poz. 711, Nr 170, poz. 1217, Nr 169, poz. 1411, oraz z 2007 r. Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658, Nr 249, poz. 1824, Nr 64, poz. 427, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172 i Nr 176, poz. 1243.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniami Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie kierowania świadczeniobiorców na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju (Dz. U. Nr 274, poz. 2729) i 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 oraz z 2007 r. Nr 124, poz. 868), które utraciły moc na podstawie art. 20 w związku z art. 1 pkt 14 i 15 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

Załączniki



załącznik 1 → w formacie *.rtf



załącznik 1 → w formacie *.pdf



załącznik 2 → w formacie *.rtf



załącznik 2 → w formacie *.pdf