

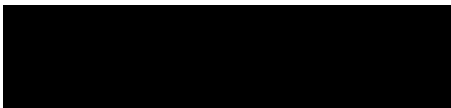


Ministerstwo Zdrowia

Departament
Lecznictwa

DLF.055.1.2023.DP
Warszawa, 10 października 2023

Pani



Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani petycję z dnia 8 października 2023 r. znak: 1257/23, uprzejmie informuję, że zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.), w aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Zgodnie z art. 65 pkt 2 oraz art. 15 ustawy o świadczeniach m.in. świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, w ramach środków publicznych są udzielane przez podmioty, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (umowę z NFZ).

Katalogi świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w ramach środków NFZ) zostały określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z konkretnego zakresu. Ww. akty wykonawcze określają także szczegółowe warunki ich realizacji.

Żaden z powszechnie obowiązujących aktów prawnych nie przewiduje procedury refundacji kosztów świadczeń zdrowotnych wykraczających poza świadczenia gwarantowane realizowane w publicznym systemie opieki zdrowotnej.

Dodatkowo informuję, że zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pacjentowi nie przysługuje zwrot kosztów leczenia wykonanego poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, czyli na zasadach komercyjnych.

Informuję, iż świadczenia opieki zdrowotnej wykonywane na rzecz ubezpieczonych mogą być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia jedynie w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych pomiędzy świadczeniodawcą (szpital, przychodnia), a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wyjątkiem od tej reguły jest:

1) sytuacja przewidziana w przepisie art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z Narodowym Funduszem Zdrowia), ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, których wartość nie może przekroczyć kwoty, o której mowa w art. 42c ust. 1, udzielonych w sytuacji braku możliwości transportu pacjenta, ze względu na przeciwwskazania medyczne, do świadczeniodawcy posiadającego taką umowę, albo koszty przygotowania pacjenta do transportu do świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz koszty tego transportu, jeżeli świadczeniodawca takie koszty poniósł.

2) tryb przewidziany w art. 42b ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym każdy pacjent ma prawo do otrzymania od NFZ zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w innym państwie Unii Europejskiej lub państwie EOG, o ile są one objęte koszykiem świadczeń gwarantowanych i nie wyłączono możliwości ich realizacji w ww. trybie. Szczegółowe wytyczne dotyczące warunków realizacji powyższego zwrotu uzależnione są od rodzaju świadczenia zdrowotnego, które ma być udzielone.

Z wyrazami szacunku
z up. Dyrektora
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/