

1027

OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 25 sierpnia 2008 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

1. Na podstawie art. 16 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 68, poz. 449) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) ustawą z dnia 22 kwietnia 2005 r. o zmianie ustawy o cudzoziemcach i ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 94, poz. 788),
- 2) ustawą z dnia 17 czerwca 2005 r. o zmianie ustawy o służbie cywilnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 132, poz. 1110),
- 3) ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 138, poz. 1154),
- 4) ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz o zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr 157, poz. 1314),
- 5) ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411),
- 6) ustawą z dnia 28 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 164, poz. 1366),
- 7) ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485),
- 8) ustawą z dnia 23 marca 2006 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 75, poz. 519),
- 9) ustawą z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. Nr 104, poz. 708),
- 10) ustawą z dnia 9 czerwca 2006 r. — Przepisy wprowadzające ustawę o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego oraz ustawę o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. Nr 104, poz. 711),
- 11) ustawą z dnia 13 lipca 2006 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 143, poz. 1030),
- 12) ustawą z dnia 24 sierpnia 2006 r. o państwowym zasobie kadrowym i wysokich stanowiskach państwowych (Dz. U. Nr 170, poz. 1217),
- 13) ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410),

14) ustawą z dnia 16 listopada 2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz. U. Nr 249, poz. 1824),

15) ustawą z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. Nr 227, poz. 1658),

16) ustawą z dnia 7 marca 2007 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (Dz. U. Nr 64, poz. 427),

17) ustawą z dnia 29 marca 2007 r. o zmianie ustawy o Krajowym Centrum Szkolenia Kadr Sądów Powszechnych i Prokuratury oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 64, poz. 433),

18) ustawą z dnia 13 kwietnia 2007 r. o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 82, poz. 559),

19) ustawą z dnia 15 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o zatrudnieniu socjalnym oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 115, poz. 793),

20) ustawą z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 133, poz. 922),

21) ustawą z dnia 23 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o sporcie kwalifikowanym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 171, poz. 1208),

22) ustawą 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),

23) ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 176, poz. 1243),

24) ustawą z dnia 29 lutego 2008 r. o zmianie ustawy o Karcie Polaka oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 52, poz. 305),

25) ustawą z dnia 18 marca 2008 r. o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 70, poz. 416),

26) ustawą z dnia 10 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 141, poz. 888)

oraz zmian wynikających z przepisów ogłoszonych przed dniem 25 sierpnia 2008 r.

5. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 4, uwzględniając cel wydania orzeczenia lub zaświadczenia oraz przeprowadzenia badania.

Art. 17. Świadczeniobiorcom na podstawie ustawy nie przysługują świadczenia opieki zdrowotnej określone w wykazie, stanowiącym załącznik do ustawy.

Art. 18. 1. Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

2. Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej — do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Art. 19. 1. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.

2. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie.

3. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę.

4. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

5. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

6. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku, o którym mowa w ust. 5. Przepisy art. 64 stosuje się odpowiednio.

Art. 20. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1:

- 1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
- 2) informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;
- 3) wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:
 - a) numer kolejny,
 - b) datę i godzinę wpisu,
 - c) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
 - d) numer PESEL, a w przypadku jego braku — numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
 - e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
 - f) adres świadczeniobiorcy,
 - g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
 - h) termin udzielenia świadczenia,
 - i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu— w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;
- 4) wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

3. Dokonanie przez świadczeniodawcę czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.

4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

5. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.

6. Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.

7. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.

8. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.

9. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie ust. 2, 7 lub 8 lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.

10. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.

Art. 21. 1.⁵³⁾ Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie:

- 1) zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej — w przypadku szpitali;
- 2) kierownika świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej — w przypadku świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;
- 3) świadczeniodawcy — w przypadku innym niż określone w pkt 1 i 2.

2. W skład zespołu oceny przyjęć wchodzi:

- 1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej;
- 2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej;
- 3) pielęgniarka naczelną, a w razie jej braku — inna pielęgniarka albo położna.

⁵³⁾ W brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 12 lit. a ustawy, o której mowa w odnośniku 1.

2a.⁵⁴⁾ W przypadku gdy zespół oceny przyjęć działa przy publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, rada społeczna, o której mowa w art. 44b i 44c ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.⁵⁵⁾), może wyznaczyć do zespołu oceny przyjęć swojego przedstawiciela wykonującego zawód medyczny i niebędącego zatrudnionym w tym zakładzie.

3.⁵⁶⁾ Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, wyznacza przewodniczącego zespołu spośród osób, o których mowa w ust. 2, a także określa tryb pracy zespołu.

4. Do zadań zespołu oceny przyjęć, kierownika świadczeniodawcy albo świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:⁵⁷⁾

- 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji;
- 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia;
- 3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

5.⁵⁸⁾ Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1.

6.⁵⁸⁾ Jeżeli u świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, nie udziela świadczeń lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, to w skład zespołu oceny przyjęć wchodzi osoba, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3.

7.⁵⁸⁾ Jeżeli w zakładzie opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, działa zespół zarządzania jakością, spełniający warunki określone w ust. 2, wykonuje on zadania, o których mowa w ust. 4 i 5.

Art. 22. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń wysokospecjalistycznych prowadzi listę oczekujących na te świadczenia zgodnie z zasadami, o których mowa w art. 20 i 21.

2. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń wysokospecjalistycznych co najmniej raz w miesiącu są przekazywane do Funduszu i ministra właściwego do spraw zdrowia. Przepisy art. 23 stosuje się odpowiednio.

3. Nadzór nad tworzeniem i prowadzeniem list oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne prowadzi minister właściwy do spraw zdrowia, uwzględniając w szczególności zmiany terminu, zmiany kolejności i ich przyczyny.

⁵⁴⁾ Dodany przez art. 1 pkt 12 lit. b ustawy, o której mowa w odnośniku 1.

⁵⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290.

⁵⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 12 lit. c ustawy, o której mowa w odnośniku 1.

⁵⁷⁾ Wprowadzenie do wyliczenia w brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 12 lit. d ustawy, o której mowa w odnośniku 1.

⁵⁸⁾ W brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 12 lit. e ustawy, o której mowa w odnośniku 1.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia na stronie internetowej ministerstwa informacje o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego i średnim czasie oczekiwania na te świadczenia, aktualizując ją nie rzadziej niż raz na miesiąc.

Art. 23. 1⁵⁹⁾ Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informację zawierającą:

- 1) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;
- 2) listy oczekujących na udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, na podstawie umowy z Funduszem, obejmujące zakres przedmiotowy świadczeń oraz dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.

2. Informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu, właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia, publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu.

3. Oddział wojewódzki Funduszu, o którym mowa w ust. 2, informuje, na żądanie, świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej.

4. Świadczeniodawca, na umotywowany wniosek dyrektora właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu, jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie inne niż określone w ust. 7 informacje dotyczące realizacji obowiązków, o których mowa w ust. 1–6.

5. W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20–22, dyrektor właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadza kontrolę w trybie art. 64.

6. Fundusz tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przekazywanych przez te oddziały.

7. Fundusz udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 6, w szczególności poprzez bezpłatną linię telefoniczną.

⁵⁹⁾ W brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 13 ustawy, o której mowa w odnośniku 1; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

Art. 24. Przepisów art. 19–23 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Art. 24a.⁶⁰⁾ Przepisów art. 20–23 nie stosuje się w stosunku do uprawnionego żołnierza lub pracownika. Osoby te korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, poza kolejnością.

Art. 25.⁶¹⁾ 1. Fundusz finansuje koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, udzielonych zgodnie z przepisami o koordynacji, oraz wynikające z art. 26.

2. Prezes Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanym dalej „wnioskodawcą”, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania, instytucji miejsca pobytu lub instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej „podmiotem uprawnionym”, zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych albo kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w przypadkach o których mowa w przepisach o koordynacji.

3. Prezes Funduszu lub dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wydać wnioskodawcy, na wniosek podmiotu uprawnionego, 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, gdy przewidywane koszty leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.

4. Decyzje, o których mowa w ust. 2 i 3, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania

⁶⁰⁾ Dodany przez art. 3 pkt 2 ustawy, o której mowa w odnośniku 26.

⁶¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 14 ustawy, o której mowa w odnośniku 1; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.