

Warszawa, dnia 8 kwietnia 2021 r.

Poz. 644

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 18 marca 2021 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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.³⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku 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 członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie 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”,
 - 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), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE lub EFTA”, świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń,
 - 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, a także wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń;
- 2) wzory wniosków, o których mowa w pkt 1;
- 3) tryb składania i rozpatrywania wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju oraz wzór tego wniosku;
- 4) 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 lub EFTA lub w innym państwie niż państwo członkowskie UE lub EFTA;
- 5) tryb pokrywania kosztów transportu osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju.

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 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97 i 159.

§ 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 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 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 – specjaliście 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 przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym 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.

3. Przed wydaniem decyzji w sprawie wydania zgody, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, Fundusz dokonuje z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych uzgodnień dotyczących w szczególności wstępnych kosztów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, których 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, w terminie nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, ten wniosek zaopiniowany w części IV, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem.

7. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, termin, o którym mowa w ust. 6, może zostać jednorazowo przedłużony, 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 właściwego do jego rozpatrzenia, informując o przekazaniu Prezesa Funduszu. Przekazanie nie wstrzymuje biegu terminów, o których mowa w ust. 6 i 7.

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 leczenia lub badań diagnostycznych. 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, jeżeli:

- 1) na podstawie dostępnej wiedzy i dotychczasowego doświadczenia stwierdzi, że podmiot ten gwarantuje lepszą jakość świadczeń opieki zdrowotnej;
- 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;
- 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, lub
- 2) zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 3, lub
- 3) otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 6, lub
- 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.

13. W przypadku wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA 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.

6. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, termin, o którym mowa w ust. 5, może zostać jednorazowo przedłużony, 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. Przepis 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, lub
- 2) zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 2, lub
- 3) otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 5, lub
- 4) otrzymania opinii, o której mowa w ust. 7

– wydaje decyzję w sprawie skierowania osoby, której dotyczy wnioski, 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;
- 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, 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 3, jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. Wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 3, 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, lub
- 2) gdy osobie, której dotyczy wniosek, zostały udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) skierowania przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych.

3. Po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 3, 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 3, 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 świadczeniodawcy,
 - b) maksymalną kwotę wysokości kosztów transportu podlegających zwrotowi,
 - c) okres ważności zgody na pokrycie kosztów transportu wynoszący 30 dni od dnia wydania 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, na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

2. Fundusz pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 1, na podstawie faktury lub 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 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 wskazany przez:

- 1) zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Fundusz faktury lub rachunku, lub informacji o przedpłacie, o której mowa w ust. 3, lub
- 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 faktury lub rachunku wystawionego przez podmiot wykonujący transport.

2. 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 otrzymania przez Fundusz faktury lub rachunku, o których mowa w ust. 1.

§ 11. Wnioski złożone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia podlegają rozpatrzeniu zgodnie z przepisami niniejszego rozporządzenia.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.⁴⁾

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. poz. 1551), które utraciło moc z dniem 1 marca 2021 r. zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 18 marca 2021 r. (poz. 644)

Załącznik nr 1

WZÓR

| | | | | | |
|---|--|---|--|--------------------------------|--|
| <p>CZĘŚĆ I</p> <p align="center">WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA O WYDANIE ZGODY NA UZYSKANIE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ ALBO NA KONTYNUACJĘ TEGO ŚWIADCZENIA POZA GRANICAMI KRAJU¹⁾, ZE WZGLĘDU NA ZBYT DŁUGI CZAS OCZEKIWANIA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA W KRAJU, ORAZ POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ</p> <p align="center">INSTRUKCJA</p> <p>a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, b. Osoby uprawnione do uzyskania świadczeń objętych niniejszym wnioskiem oraz osoby uprawnione do jego złożenia zostały wskazane w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), c. Część I.A, I.C oraz V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, d. Część I.B oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek, e. Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny, f. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki</p> <p align="center">UWAGA:</p> <p>a. Wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu. b. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.²⁾ Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo. c. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.</p> <p align="center">I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU</p> <table border="1"> <tr> <td>Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr)</td> <td>Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek:</td> </tr> <tr> <td>Numer identyfikacyjny wniosku:</td> <td>Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:</td> </tr> </table> <p align="center">I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU: (Należy zakreślić pole 1.1 albo 2.1)</p> <p>1.1. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanych dalej „państwami członkowskimi UE lub EOG”, 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, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... (pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... (uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> Sprzeciwiam się wydaniu zgody na uzyskanie świadczenia na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego³⁾:</p> | | Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr) | Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek: | Numer identyfikacyjny wniosku: | Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek: |
| Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr) | Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek: | | | | |
| Numer identyfikacyjny wniosku: | Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek: | | | | |

¹⁾ Wniosek dotyczy uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w jednym z państw członkowskich UE lub EOG – w przypadku zaznaczenia pola 1.1 w części I.B albo w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE lub EFTA” – w przypadku zaznaczenia pola 2.1.

²⁾ Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze złożeniem podpisu we wszystkich miejscach przeznaczonych na podpis tradycyjny.

³⁾ Zgodnie z art. 42f ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli wniosek spełnia warunki do wydania zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1 tej ustawy (tj. zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego), należy wydać taką zgodę, chyba że wnioskodawca sprzeciwi się takiemu rozstrzygnięciu. W razie wydania zgody, o której mowa w art. 42i ww. ustawy, wnioskodawca otrzyma dokument uprawniający go do uzyskania określonego świadczenia opieki zdrowotnej w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych działającym w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA, na takich samych zasadach jak osoby ubezpieczone w tym państwie. W tym przypadku wnioskodawca nie będzie miał natomiast możliwości uzyskania świadczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych działającym poza publicznym systemem opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EOG i otrzymania zwrotu kosztów takiego świadczenia od Funduszu na podstawie zapłaconego rachunku.

| | |
|---|--|
| Miejscowość: Data: (dd/mm/rr) | |
| Czytelny podpis osoby składającej wniosek: | |
| 2.1. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych: (pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej) (uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych) | |
| oraz 2.2. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń | |
| 3. <input type="checkbox"/> Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania. | |
| I.C. WSKAZANIE PRZEZ PREZESA FUNDUSZU ŚWIADCZENIODAWCY, KTÓRY PRZEPROWADZI LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE W ZAKRESIE OBJĘTYM WNIOSKIEM NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ⁴⁾ | |
| w terminie: (dd/mm/rr) | |
| w: (pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy – adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej) | |
| Podpis Prezesa Funduszu albo osoby przez niego upoważnionej: | |
| CZĘŚĆ II | |
| II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK | |
| 1. Imię i nazwisko: | |
| 2. Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia: | |
| 3. Adres zamieszkania: | 3a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania): |
| 4. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania): | |
| II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę): | |
| 5. Imię i nazwisko: | |

⁴⁾ Prezes Funduszu może wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek.

| | |
|--|--|
| 6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia: | |
| 7. Adres zamieszkania: | 7a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania): |
| 8. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania): | |
| II.C. OŚWIADCZENIE | |
| <p>Oświadczam, że osoba, której dotyczy niniejszy wniosek, jest wpisana na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wskazanego w części III.B w pkt 4 wniosku, prowadzoną przez:, będącą (nazwa i adres świadczeniodawcy)</p> <p>zakwalifikowana do kategorii medycznej: przypadek pilny / przypadek stabilny (niepotrzebne skreślić), ze wskazaniem terminu udzielenia świadczenia: (dd/mm/rr)</p> <p>Miejscowość: Data: (dd/mm/rr)</p> <p>Czytelny podpis osoby składającej wniosek:</p> | |

| | |
|---|---|
| CZĘŚĆ III | |
| III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK | |
| 1. | Imię i nazwisko lekarza oraz pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza: |
| 2. | Pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej: |
| 3. | Numer umowy z NFZ: |
| III.B. ZAKRES ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM | |
| 1. | Rozpoznanie kliniczne, którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem aktualnej międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych): |
| 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 aktualnej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9): |

| | |
|---|--|
| 5. | Uzasadnienie leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych w aspekcie maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania pacjenta na to świadczenie: |
| 6. | Maksymalny dopuszczalny czas oczekiwania pacjenta na udzielenie świadczenia, którego dotyczy wniosek: (do dnia) (dd/mm/rr) |
| III.C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM (wypełnić, gdy osoba składająca wniosek zaznaczyła pole 2.1 oraz 2.2 w części I.B wniosku) | |
| Wskazanie środka transportu do miejsca udzielenia świadczeń: | |
| Opis stanu zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie ww. środka transportu: | |

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV (wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Imię i nazwisko, województwo, dziedzina medycyny, numer prawa wykonywania zawodu:

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis konsultanta wojewódzkiego:

| CZĘŚĆ V (wypełnia Fundusz po weryfikacji wniosku) | | |
|---|--|---|
| 1. | Przedmiot wniosku: | <p>1.1. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EOG 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</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, 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: | Koszty leczenia lub badań diagnostycznych w kraju (kwota do zwrotu): (wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pole 1.1) |
| | | Koszty leczenia lub badań diagnostycznych za granicą: |
| 3. | Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub EFTA (wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pola 1.2 i 1.2.1): | (środek transportu) (koszty transportu) |
| 4. | Miejscowość: Data: (dd/mm/rr) Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu: | |

CZĘŚĆ VI

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, liczba arkuszy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.⁵⁾

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek:

| |
|--|
| kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek: |
|--|

⁵⁾ Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517).

W przypadku zmian w zakresie podanych danych, które nastąpiły w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych, Fundusz zwraca się z prośbą o niezwłoczne poinformowanie o tych zmianach, w celu sprawnego rozpatrzenia wniosku.

WZÓR

CZĘŚĆ I

WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
O SKIEROWANIE DO PRZEPROWADZENIA ZA GRANICĄ LECZENIA LUB BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH, NALEŻĄCYCH DO ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH, KTÓRYCH NIE WYKONUJE SIĘ AKTUALNIE W KRAJU, ORAZ POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ

INSTRUKCJA

- a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- b. Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.),
- c. Część I.A i V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”,
- d. Część I.B oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
- e. Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora nauk medycznych albo doktora habilitowanego nauk medycznych,
- f. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki.

UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu.
- b. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.¹⁾ Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
- c. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.

I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

| | |
|---|--|
| Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr) | Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek: |
| Numer identyfikacyjny wniosku: | Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek: |

I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

- 1.1. 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
- 1.2. pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń
2. Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego do celu zaopiniowania.

¹⁾ Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze złożeniem podpisu w miejscu przeznaczonym na podpis tradycyjny.

| CZĘŚĆ II | |
|--|---|
| II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK | |
| 1. | Imię i nazwisko: |
| 2. | Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia: |
| 3. | Adres zamieszkania: |
| | 3a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania): |
| 4. | Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania): |
| II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK | |
| (wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę): | |
| 5. | Imię i nazwisko: |
| 6. | Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia: |
| 7. | Adres zamieszkania: |
| | 7a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania): |
| 8. | Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania): |

| CZĘŚĆ III | |
|---|--|
| III.A. DANE LEKARZA WYPELNIĄCEGO WNIOSEK | |
| 1. | Imię i nazwisko lekarza oraz pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza: |
| 2. | Pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej: |
| 3. | Numer umowy z NFZ: |
| III.B. MIEJSCE LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU | |
| 1. | Państwo: |
| 2. | Pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (adres, numer telefonu/faksu, adres e-mail): |
| 3. | Uzasadnienie wyboru ww. zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych: |
| III.C. ZAKRES LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU | |
| 1. | Rozpoznanie kliniczne, w zakresie którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem aktualnej międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych): |
| 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 aktualnej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9): |
| 5. | Uzasadnienie braku możliwości leczenia w kraju oraz konieczności leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych: |
| III.D. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ POZA GRANICAMI KRAJU | |
| Wskazanie środka transportu do miejsca udzielenia świadczeń: | |
| Opis stanu zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie ww. środka transportu: | |

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Imię i nazwisko, województwo, dziedzina medycyny, numer prawa wykonywania zawodu:

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis konsultanta wojewódzkiego:

| CZĘŚĆ V (wypełnia Fundusz) | | |
|--------------------------------------|--|--|
| 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 udzielenia świadczeń |
| 2. | Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych: | |
| 3. | Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju: | (środek transportu) (koszty transportu) |
| 4. | Miejscowość: Data: (dd/mm/rr) Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu: | |

CZĘŚĆ VI

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, liczba arkuszy):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.²⁾

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek:

kwalfikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek:

²⁾ Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517).

W przypadku zmian w zakresie podanych danych, które nastąpiły w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych, Fundusz zwraca się z prośbą o niezwłoczne poinformowanie o tych zmianach, w celu sprawnego rozpatrzenia wniosku.

WZÓR

| CZĘŚĆ I | |
|---|---|
| WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA O WYDANIE ZGODY NA POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU POWROTNEGO DO KRAJU | |
| INSTRUKCJA | |
| <p>a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,</p> <p>b. 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. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.),</p> <p>c. Część I.A i III wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”,</p> <p>d. Część I.B oraz części II i IV wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.</p> | |
| UWAGA: | |
| <p>a. Wniosek z wypełnioną częścią I.B, II i IV oraz – w odpowiednim przypadku – kopią dokumentacji medycznej i wstępnym kosztorysem dalszego leczenia sporządzonymi przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych znajdujący się na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE lub EFTA”, w którym aktualnie przebywa osoba, której dotyczy wniosek, składa się do Prezesa Funduszu.</p> <p>b. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.¹⁾ Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.</p> <p>c. W przypadku dokumentacji medycznej i wstępnego kosztorysu dalszego leczenia sporządzonych w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tych dokumentów na język polski.</p> | |
| I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU | |
| Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr) | Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek: |
| Numer identyfikacyjny wniosku: | Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek: |
| I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU: (proszę zakreślić odpowiednie pola) | |
| <p>1. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń lub zamieszkania w kraju, w przypadku wydania zgody przez Prezesa Funduszu na uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji</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 lub EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji</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</p> | |
| CZĘŚĆ II | |
| II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK | |
| 1. | Imię i nazwisko: |
| 2. | Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia: |
| 3. | Adres zamieszkania: 3a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania): |
| 4. | Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania): |

¹⁾ Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze złożeniem podpisu w miejscu przeznaczonym na podpis tradycyjny.

| II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK | |
|--|--|
| (wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę): | |
| 5. | Imię i nazwisko: |
| 6. | Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia: |
| 7. | Adres zamieszkania: |
| | 7a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania): |
| 8. | Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania): |
| II.C. MIEJSCE UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ POZA GRANICAMI KRAJU / MIEJSCE LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W KRAJU | |
| 1. | Wskazanie aktualnego miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju (pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej): |
| 2. | Wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia: |
| 3. | Wskazanie miejsca zamieszkania w kraju, do którego ma zostać przewieziona osoba, której dotyczy wniosek: |

| CZĘŚĆ III | |
|------------------|--|
| 1. | Imię i nazwisko osoby, której dotyczy wniosek: |
| 2. | Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia osoby, której dotyczy wniosek: |
| 3. | Opinia zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym przebywa osoba, której dotyczy wniosek, w zakresie wymogu zastosowania określonego środka transportu w aktualnym stanie zdrowia tej osoby (wypełnia Fundusz po uzyskaniu potwierdzenia zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, że stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania określonego środka transportu.): |
| 4. | Środek transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju: Koszty transportu: |
| 5. | Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu wypełniającej wniosek: Czytelny podpis osoby wypełniającej: Miejscowość: Data: (dd/mm/rr) |

CZĘŚĆ IV

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, liczba arkuszy):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.²⁾

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek:

kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek:

| |
|--|
| |
|--|

²⁾ Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517).

W przypadku zmian w zakresie podanych danych, które nastąpiły w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych, Fundusz zwraca się z prośbą o niezwłoczne poinformowanie o tych zmianach, w celu sprawnego rozpatrzenia wniosku.