



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 7 listopada 2014 r.

Poz. 1551

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 4 listopada 2014 r.

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

Na podstawie art. 42k ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o:
 - a) wydanie zgody przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „oddziałem Funduszu”, na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej 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 dyrektora oddziału Funduszu na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE/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 świadczenia,
 - c) skierowanie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem 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;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188 i 1491.

- 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/EFTA lub w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA;
- 5) tryb pokrywania kosztów transportu osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju oraz 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 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 oddziału Funduszu wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym tym wnioskiem i pisemną informacją, o której mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy, zwaną dalej „pisemną informacją”.

6. Do składania i rozpatrywania wniosku złożonego w celu uzyskania zgody, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. b, na rzecz:

- 1) świadczeniobiorców zamieszkałych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE/EFTA lub
- 2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, lub
- 3) złożonego przez instytucję właściwą, instytucję miejsca pobytu, instytucję miejsca zamieszkania, instytucję łącznikową w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA, o których mowa w art. 42i ust. 1 ustawy

– przepisy o koordynacji stosuje się odpowiednio.

§ 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 – specjalistcie w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, posiadającemu tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy 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 centrali 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.

5. Do składania i rozpatrywania wniosku złożonego w celu uzyskania skierowania, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, na rzecz:

- 1) świadczeniobiorców zamieszkałych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE/EFTA lub
- 2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

– przepisy o koordynacji stosuje się odpowiednio.

§ 4. Dyrektor oddziału 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 usunięcia braków formalnych, wyznaczając termin nie krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

§ 5. 1. Dyrektor oddziału 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, dyrektor oddziału Funduszu wydaje decyzję w sprawie odmowy wydania wnioskodawcy zgody na uzyskanie leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

3. Przed wydaniem decyzji określonej w ust. 2 dyrektor oddziału Funduszu dokonuje z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych uzgodnień dotyczących w szczególności wstępnych kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek.

4. Dyrektor oddziału 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 i pisemną informacją do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, zwanego dalej „konsultantem wojewódzkim”, w celu zaopiniowania.

5. Dyrektor oddziału Funduszu przesyła wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem i pisemną informacją do konsultanta wojewódzkiego, w przypadku gdy w części I.B wniosku wnosi o to osoba składająca wniosek.

6. Konsultant wojewódzki przekazuje do oddziału 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 wnioskiem, i pisemną informacją.

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.

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 oddział Funduszu. Przekazanie nie wstrzymuje biegu terminów, o których mowa w ust. 6 i 7.

9. Dyrektor oddziału 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.

10. Dyrektor oddziału 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/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 złożyła oświadczenie, o którym mowa w art. 42f ust. 5 pkt 2 ustawy.

12. Dyrektor oddziału Funduszu w terminie 5 dni roboczych od dnia:

- 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/EFTA.

13. W przypadku wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE/EFTA oddział Funduszu 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 usunięcia braków formalnych, wyznaczając termin nie krótszy 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 centrala Funduszu dokonuje z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych uzgodnień dotyczących w szczególności wstępnych kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wnioski, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c.

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 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 w części I.B wniosku wnosi o to osoba składająca wniosek.

5. Konsultant wojewódzki przekazuje do centrali 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. 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 oraz opinii innych osób wykonujących zawód medyczny lub podmiotów leczniczych, posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych. Konsultant krajowy dokonuje oceny wniosku w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu, w terminie 10 dni roboczych od dnia jego otrzymania.

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

- 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 wniosek, do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych 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.

11. W przypadku wydania decyzji w sprawie skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych kopię tej decyzji centrala Funduszu niezwłocznie przekazuje oddziałowi Funduszu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby, której dotyczy wniosek, a w przypadku:

- 1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin zamieszkałych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE/EFTA – oddziałowi Funduszu wskazanemu w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – Mazowieckiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu.

§ 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/EFTA, z którym oddział Funduszu może rozliczyć koszty leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie przepisów o koordynacji, oddział Funduszu, 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:

- 1) dyrektora oddziału Funduszu, w przypadku gdy:
 - a) osobie, której dotyczy wniosek, została udzielona zgoda, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. b, lub
 - b) osobie, której dotyczy wniosek, zostały udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 2) Prezesa Funduszu, w przypadku skierowania przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych.

3. Po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 lit. a lub pkt 2, odpowiednio oddział Funduszu lub centrala Funduszu niezwłocznie zwracają się do zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym przebywa osoba, której dotyczy wniosek, w celu uzyskania potwierdzenia, iż stan zdrowia tej osoby wymaga zastosowania określonego środka transportu.

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 pkt 1 lit. a lub pkt 2, odpowiednio dyrektor oddziału Funduszu lub Prezes Funduszu niezwłocznie, nie później niż w dniu następującym po dniu 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 1 lit. b, dyrektor oddziału Funduszu, w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 3, wraz z dokumentacją, o której mowa w art. 42i ust. 11 ustawy, po dokonaniu oceny w zakresie spełniania warunku, o którym mowa 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 ustaloną w ramach weryfikacji spełniania warunku określonego w art. 42i ust. 9 ustawy,
 - c) okres ważności zgody na pokrycie kosztów transportu wynoszący 30 dni od daty wydania decyzji, albo
- 2) odmawia wydania zgody.

6. W przypadku wydania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju Prezes Funduszu niezwłocznie przesyła kopię tej zgody do oddziału Funduszu.

§ 9. 1. Oddział Funduszu 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/EFTA, na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

2. Oddział Funduszu 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/EFTA przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym oddział Funduszu 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, oddział Funduszu może dokonać przedpłaty na pokrycie tych kosztów.

4. Kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana na rachunek wskazany przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez oddział Funduszu faktury lub informacji o przedpłacie, o której mowa w ust. 3.

§ 10. 1. Oddział Funduszu pokrywa koszty transportu, 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 oddział Funduszu faktury lub rachunku, o których mowa w ust. 1.

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 15 listopada 2014 r.³⁾

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie poprzedzone było rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. Nr 249, poz. 1867 oraz z 2008 r. Nr 143, poz. 897), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1491).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 4 listopada 2014 r. (poz. 1551)

Załącznik nr 1

WZÓR

CZĘŚĆ I**WNIOSEK DO DYREKTORA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

- o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej 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

albo

- o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, na zasadach wynikających z przepisów o koordynacji, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia

INSTRUKCJA

- a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- b. Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42f ust. 1 oraz 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn.zm.),
- c. Część I.A. wniosku wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „oddziałem Funduszu”,
- d. Część I.B. oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
- e. Część I.C. wniosku wypełnia dyrektor oddziału Funduszu,
- f. Część III. A - C wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych,
- g. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki,
- h. Część V wniosku wypełnia oddział Funduszu.

UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej i pisemną informacją składa się w oddziale Funduszu.
- b. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do oddziału Funduszu:

.....
(dd/mm/rrrr)

Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby
przyjmującej wniosek:

Numer identyfikacyjny wniosku:

Pieczęć oddziału Funduszu:

I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

1.1. uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej 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 niższym wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:

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

(pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE- państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

1.2. Sprzeciwiam się wydaniu zgody na podstawie przepisów o koordynacji.¹

Miejscowość:..... Data:..... Czytelny podpis wnioskodawcy:.....
(dd/mm/rrrr)

¹ Zaznaczenie tego pola spowoduje, iż w przypadku uznania wniosku za zasadny wnioskodawca uzyska decyzję uprawniającą do otrzymania zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w innym państwie Unii Europejskiej, zgodnie z art. 42b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niezaznaczenie tego pola spowoduje, iż przypadku spełnienia warunków określonych w przepisach o koordynacji zostanie wydana zgoda na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w tych przepisach.

2.1. uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:

.....

(pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE/EFTA – państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

oraz 2.2. pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczenia

3. Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.²

I.C.
WSKAZANIE PRZEZ DYREKTORA ODDZIAŁU FUNDUSZU ŚWIADCZENIODAWCY, KTÓRY PRZEPROWADZI LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE W ZAKRESIE OBJĘTYM WNIOSEM NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ³

w terminie:.....
 (dd/mm/rrrr)

w:.....

(pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy w kraju - adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

Podpis i pieczęć dyrektora oddziału Funduszu:

CZĘŚĆ II

II. A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ⁴ :	

II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK
 (wypełnić, jeśli wniosku nie składa osoba, której dotyczy wniosek)

1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	

² Zaznaczenie tego pola spowoduje obligatoryjne przesłanie wniosku do zaopiniowania przez konsultanta wojewódzkiego.

³ Dyrektor oddziału Funduszu może – na podstawie § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu - wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek na uzyskanie leczenia lub badań diagnostycznych w kraju.

⁴ Jeżeli posiada.

4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ³⁾ :	

CZĘŚĆ III**III. A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK**

1.	Imię i nazwisko lekarza:	
2.	Pieczęć lekarza zawierająca numer prawa wykonywania zawodu oraz informację o specjalizacji:	
3.	Pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej:	

III. B. ZAKRES LECZENIA W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA

1.	Rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:		
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:		
5.	Czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek na uzyskanie leczenia lub wykonanie badań diagnostycznych u świadczeniodawcy w kraju:	Przewidywany zgodnie z listą oczekujących: (dd/mm/rrrr)	Dopuszczalny – określony indywidualnie przez lekarza wypełniającego wniosek: (dd/mm/rrrr)

6.	Uzasadnienie konieczności leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:	
III. C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA W INNYM NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA (wypełnić, gdy osoba składająca wniosek zaznaczyła pole 2.1. oraz 2.2. w części I.B. wniosku)		
Wskazanie środka transportu do miejsca leczenia w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA wraz z uzasadnieniem konieczności jego zastosowania:		

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....
(dd/mm/rrrr)

Podpis lekarza wypełniającego wniosek:.....

Pieczęć lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez dyrektora oddziału Funduszu)

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....
(dd/mm/rrrr)

Podpis konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:.....

Pieczęć konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:

CZĘŚĆ V (wypełnia oddział Funduszu po weryfikacji wniosku)		
1.	Przedmiot wniosku:	<p>1.1. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej, określonego w wykazie, o którym mowa w art. 42e 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 niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/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 świadczenia</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 w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA:
3.	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca leczenia w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA (wypełnić, gdy w pkt 1. zaznaczono pola 1.2 i 1.2.1.): (środek transportu)
	 (koszty transportu)
4.	Miejscowość:.....	Data:..... (dd/mm/rrrr)
	Podpis i pieczęć pracownika właściwej komórki organizacyjnej oddziału Funduszu:	
	Pieczęć właściwej komórki organizacyjnej oddziału Funduszu:	

CZĘŚĆ VI - SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, ilość ark.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

Miejscowość:.....Data:.....Czytelny podpis osoby składającej wniosek:

(dd/mm/rrrr)

Miejscowość:.....Data:.....Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek.....

(dd/mm/rrrr)

WZÓR

<p>CZĘŚĆ I</p> <p align="center">WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA O PRZEPROWADZENIE LECZENIA LUB BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH POZA GRANICAMI 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 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), c. Część I.A. wniosku wypełnia centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, zwana dalej „centralą Funduszu”, d. Część I.B. oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek, e. Część III. A - D wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - specjalista w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, posiadający tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych, f. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki, g. Część V wniosku wypełnia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Prezesem Funduszu”.</p> <p align="center">UWAGA:</p> <p>a. Wniosek z wypełnioną częścią I, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się w centrali Funduszu. b. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.</p> <p align="center">I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU</p>	
<p>Data wpływu wniosku do centrali Funduszu:</p> <p>..... (dd/mm/rrrr)</p>	<p>Pieczęć jednostki organizacyjnej centrali Funduszu:</p>
<p>Numer identyfikacyjny wniosku:</p>	<p>Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby przyjmującej wniosek:</p>
<p align="center">I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU: (proszę zakreślić odpowiednie pola)</p> <p>1.1. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.¹</p>	

¹ Zaznaczenie tego pola spowoduje obligatoryjne przesłanie wniosku do zaopiniowania przez konsultanta wojewódzkiego.

CZĘŚĆ II		
II. A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ² :	
II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (wypełnić, jeśli wniosku nie składa osoba, której dotyczy wniosek)		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ² :	

² Jeżeli posiada.

CZĘŚĆ III	
III. A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK	
1.	Imię i nazwisko lekarza:
2.	Pieczęć lekarza zawierająca numer prawa wykonywania zawodu, informację o specjalizacji oraz tytuł lub stopień naukowy:
3.	Pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej:
III. B. WSKAZANIE ZAGRANICZNEGO PODMIOTU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, W KTÓRYM MAJĄ ZOSTAĆ UDZIELONE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ	
1.	Państwo:
2.	Pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym niż Rzeczpospolita Polska Państwie członkowskim UE/EFTA lub w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA (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, rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10):
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:

5.	Uzasadnienie konieczności leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, wraz ze wskazaniem przyczyn braku możliwości przeprowadzenia leczenia na terenie kraju:	
III. D. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU		
	Wskazanie środka transportu do miejsca leczenia poza granicami kraju wraz z uzasadnieniem konieczności jego zastosowania:	

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....
(dd/mm/rrrr)

Podpis lekarza wypełniającego wniosek:.....

Pieczęć lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Miejscowość:.....Data wypełnienia wniosku:.....
(dd/mm/rrrr)

Podpis konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:.....

Pieczęć konsultanta wojewódzkiego opiniującego wniosek:

CZĘŚĆ V (wypełnia centrala Funduszu)	
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 udzielania świadczeń
2.	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:
3.	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca leczenia poza granicami kraju: (środek transportu) (koszty transportu)
4.	Miejscowość:.....Data:..... (dd/mm/rrrr) Podpis i pieczęć pracownika właściwej komórki organizacyjnej Centrali Funduszu: Pieczęć właściwej komórki organizacyjnej Centrali Funduszu:

CZĘŚĆ VI - SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, ilość ark.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

Miejscowość:.....Data:.....Czytelny podpis osoby składającej wniosek:.....
(dd/mm/rrrr)

WZÓR

CZĘŚĆ I**WNIOSEK DO DYREKTORA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
LUB DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
O POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W KRAJU****INSTRUKCJA**

- a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.),
- c. Część I.A i III wniosku wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „oddziałem Funduszu” albo centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, zwana dalej „centralą Funduszu”.
- d. Część I.B., część II.A,B,C oraz część IV wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.

UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I, II i IV oraz - w odpowiednim przypadku - kopią dokumentacji medycznej i wstępnym kosztorysem dalszego leczenia sporządzonymi przez szpital znajdujący się na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej "państwem członkowskim UE/EFTA", w którym aktualnie przebywa osoba, której dotyczy wniosek, składa się w oddziale Funduszu albo w centrali Funduszu¹
- b. W przypadku dokumentacji medycznej i wstępnego kosztorysu dalszego leczenia sporządzonych w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tych dokumentów na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do oddziału Funduszu/ centrali Funduszu: (dd/mm/rrrr)	Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby przyjmującej wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Pieczęć oddziału Funduszu/ komórki organizacyjnej centrali Funduszu:

I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

1. pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, w przypadku wydania zgody przez dyrektora oddziału Funduszu na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji²
2. pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju, w przypadku, gdy wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji³
3. 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 kraju⁴

¹ Podstawa prawna: odpowiednio art. 42i ust. 3 lub art. 42j ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.² Podstawa prawna: art. 42i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.³ Podstawa prawna: art. 42i ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.⁴ Podstawa prawna: art. 42j ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

CZĘŚĆ II		
II. A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ⁵ :	
II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (wypełnić, jeśli wniosku nie składa osoba, której dotyczy wniosek)		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania/ nazwa i adres instytucji ⁶ :	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ⁵ :	
II. C. MIEJSCE LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU/MIEJSCE LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W KRAJU		
1.	Wskazanie aktualnego miejsca leczenia poza granicami kraju – podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA lub w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA, w którym przebywa osoba, której dotyczy wniosek:	<p>- w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA: (pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)</p> <p>- w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA:</p>

⁵ Jeżeli posiada.

⁶ W przypadku, gdy wniosek składa przedstawiciel instytucji, o której mowa w art. 42i ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podaje się nazwę oraz adres instytucji.

		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)</p>
2.	Wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju ⁷ :	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy w kraju – adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)</p>
3.	Wskazanie miejsca zamieszkania w kraju, do którego ma zostać przewieziona osoba, której dotyczy wniosek:	

⁷ Należy wypełnić obowiązkowo, gdy wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju, w przypadku gdy wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

CZĘŚĆ III	
1.	Imię i nazwisko osoby, której dotyczy wnioszek:
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):
3.	Data urodzenia:
4.	Adres miejsca zamieszkania:
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):
6.	Opinia zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym przebywa osoba, której dotyczy wnioszek, w zakresie wymogu zastosowania określonego środka transportu w aktualnym stanie zdrowia tej osoby ⁸ :
7.	Środek transportu i koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju: (środek transportu) (koszty transportu)
8.	Miejscowość:.....Data:..... <p style="text-align: right;">(dd/mm/rr)</p> Podpis i pieczęć pracownika właściwej komórki organizacyjnej oddziału Funduszu/ centrali Funduszu: Pieczęć właściwej komórki organizacyjnej Oddziału Funduszu/ centrali Funduszu:

⁸ Wypełnia oddział Funduszu po uzyskaniu potwierdzenia zagranicznej placówki opieki medycznej, że stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania określonego środka transportu.

CZĘŚĆ IV - SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, ilość ark.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

Miejscowość:.....Data:.....Czytelny podpis osoby składającej wniosek:.....
(dd/mm/rrrr)