

Warszawa, dnia 7 czerwca 2022 r.

Poz. 1209

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 27 maja 2022 r.

**w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju  
oraz pokrycie kosztów transportu<sup>2)</sup>**

Na podstawie art. 42k ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.<sup>3)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosków 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 będącym stroną 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”, na podstawie art. 42f ust. 1 ustawy,
  - 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), zwanym dalej „państwem członkowskimi UE lub EFTA”, lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem”, świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację – w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, na podstawie art. 42i ust. 1 ustawy, oraz na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia, na podstawie art. 42i ust. 2 pkt 1 ustawy,
  - 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, na podstawie art. 42j ust. 1 ustawy, oraz wydanie zgody przez Prezesa Funduszu na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia poza granicami kraju, na podstawie art. 42j ust. 2 ustawy,
  - d) wydanie zgody przez Prezesa Funduszu na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, na podstawie art. 42i ust. 2 pkt 2 i ust. 9 albo art. 42j ust. 2 ustawy;
- 2) wzory wniosków, o których mowa w pkt 1;
- 3) tryb pokrywania kosztów leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a uzyskanych poza granicami kraju;
- 4) tryb pokrywania kosztów transportu osoby, której dotyczy wnioski, do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju.

<sup>1)</sup> 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. z 2021 r. poz. 932).

<sup>2)</sup> 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, Dz. Urz. UE L 353 z 28.12.2013, str. 8 oraz Dz. Urz. UE L 458 z 22.12.2021, str. 1).

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427 i 2469 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002 i 1079.

§ 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 części 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 wnioskowanych badań diagnostycznych.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, wypełnia część III wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b.

4. Przy wypełnianiu części III wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. b, lekarz, o którym mowa w ust. 2, 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 wypełnionymi częściami 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 części I.B, II i VI wniosku i przekazuje wniosek lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego – specjaliście w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub wnioskowanych 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 Prezesowi Funduszu wniosek z wypełnionymi częściami 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, lub 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.

§ 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 udzieli świadczenia opieki zdrowotnej objętego 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 lub w Zjednoczonym Królestwie.

3. Przed wydaniem decyzji w sprawie wydania zgody, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, Fundusz uzgadnia z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych w szczególności wstępne koszty udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, którego 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 świadczenia opieki zdrowotnej, 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 Prezesowi Funduszu wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, zaopiniowany w części IV, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku.

7. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, Prezes Funduszu może jednorazowo przedłużyć termin, o którym mowa w ust. 6, 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, który w jego opinii jest właściwy w sprawie, informując Prezesa Funduszu o tym przekazaniu. Przekazanie nie wstrzymuje biegu terminu, o którym mowa w ust. 6 i 7.

9. Prezes Funduszu przy rozpatrywaniu wniosku, 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 świadczenia opieki zdrowotnej. 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 lub w Zjednoczonym Królestwie, jeżeli:

- 1) na podstawie dostępnej wiedzy i dotychczasowego doświadczenia stwierdzi, że podmiot ten gwarantuje lepszą jakość świadczeń opieki zdrowotnej, lub
- 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, który został wskazany we wniosku, lub
- 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, albo
- 2) zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 3, albo
- 3) otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 6, albo
- 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 lub w Zjednoczonym Królestwie.

13. W przypadku wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie 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.** Przed wydaniem decyzji w sprawie skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych Fundusz uzgadnia z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych w szczególności wstępne koszty 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.

2. 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. Przepis § 5 ust. 5 stosuje się odpowiednio.

3. Konsultant wojewódzki przekazuje Prezesowi Funduszu wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, zaopiniowany w części IV, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku. W przypadku stwierdzenia możliwości przeprowadzenia wnioskowanego leczenia lub wnioskowanych badań diagnostycznych na terenie kraju konsultant wojewódzki wskazuje w opinii:

- 1) dane świadczeniodawców, którzy mogą przeprowadzić takie leczenie lub badania diagnostyczne;
- 2) dane potwierdzające doświadczenie wskazanych świadczeniodawców w zakresie leczenia lub badań diagnostycznych objętych wnioskiem wraz z określeniem ich skuteczności.

4. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, Prezes Funduszu może jednorazowo przedłużyć termin, o którym mowa w ust. 3, na wniosek konsultanta wojewódzkiego złożony przed upływem tego terminu, o 5 dni roboczych od dnia złożenia wniosku. Przepis § 5 ust. 8 stosuje się odpowiednio.

5. 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 wnioskowanych badań diagnostycznych lub opinii innych osób wykonujących zawód medyczny lub podmiotów leczniczych – posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub wnioskowanych badań diagnostycznych. Opinię przekazuje się Prezesowi Funduszu w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o jej wydanie. Przepisy ust. 3 zdanie drugie i ust. 4 zdanie pierwsze stosuje się odpowiednio.

6. Prezes Funduszu w terminie 5 dni roboczych od dnia odpowiednio:

- 1) otrzymania dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 4, albo
- 2) zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 1, albo
- 3) otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 3, albo
- 4) otrzymania opinii, o której mowa w ust. 5

– wydaje decyzję w sprawie skierowania osoby, której dotyczy wniosek, do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, albo w sprawie odmowy tego skierowania.

7. 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, lub
- 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, który został wskazany we wniosku.

8. Kopię decyzji, o której mowa w ust. 6, 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 lub w Zjednoczonym Królestwie, 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 1 lit. d, jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. Wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. d, składa się do Prezesa Funduszu, w przypadku gdy:

- 1) osobie, której dotyczy wniosek, została udzielona zgoda, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. b, albo
- 2) wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, gdzie korzysta ze świadczeń udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, albo
- 3) Prezes Funduszu skieruje osobę, której dotyczy wniosek, do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych.

3. Po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. d, 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 1 lit. d, 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 przy uwzględnieniu aktualnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy,
  - b) maksymalną kwotę wysokości kosztów transportu podlegających zwrotowi,
  - c) okres ważności zgody na pokrycie kosztów transportu, wynoszący 30 dni od dnia doręczenia 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 lub Zjednoczone Królestwo, na podstawie rachunku wystawionego przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

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

- 1) zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Fundusz rachunku lub informacji o przedpłacie, o której mowa w ust. 3, albo
- 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 których pokrycie została wydana zgoda, na podstawie rachunku wystawionego przez podmiot wykonujący transport.

2. Kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana odpowiednio na rachunek bankowy podmiotu wykonującego transport albo innego podmiotu, który pokrył koszty transportu, w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Fundusz rachunku, o którym mowa w ust. 1.

**§ 11.** Wnioski, o których mowa w art. 42f ust. 1, art. 42i ust. 1, 2 i 9 oraz art. 42j ust. 1 i 2 ustawy, złożone i nierozpatrzone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, podlegają rozpatrzeniu zgodnie z przepisami dotychczasowymi.

**§ 12.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 9 czerwca 2022 r.<sup>4)</sup>

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

<sup>4)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2021 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. poz. 644), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2120).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 27 maja 2022 r. (poz. 1209)

## Załącznik nr 1

## WZÓR

## CZĘŚĆ I

## WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

o wydanie zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację poza granicami kraju<sup>1)</sup>,  
na podstawie art. 42f ust. 1 albo art. 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych, oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia, na podstawie  
art. 42i ust. 2 pkt 1 tej ustawy

## INSTRUKCJA

1. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. 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.
3. Części I.A, I.C i V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”.
4. Części I.B, II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.
5. Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny.
6. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki.

## UWAGA

1. Wniosek z wypełnionymi częściami I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu.
2. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym<sup>2)</sup>. Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
3. 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)	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:

## I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU

(należy zakreślić pole 1.1 albo 2.1)

- 1.1.  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, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:
- .....

<sup>1)</sup> Wniosek dotyczy uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw będących stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EOG” – w przypadku zaznaczenia pola 1.1 w części I.B – albo w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem” – w przypadku zaznaczenia pola 2.1.

W drugim ze wskazanych wyżej przypadków (zaznaczenie pola 2.1) przedmiotem wniosku będzie uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W przypadku wydania zgody, o której mowa w art. 42i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), wnioskodawca otrzyma unijny dokument uprawniający go do uzyskania wnioskowanego świadczenia w wybranym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, działającym w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa na takich samych zasadach, jak osoby ubezpieczone w tym państwie.

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, nawet wówczas gdy we wniosku zakreślono pole 1.1, chyba że wnioskodawca sprzeciwi się takiemu rozstrzygnięciu, zakreślając pole 1.2.

Jeżeli wnioskodawca zakreśli pola 1.1 oraz 1.2, wyrazi tym samym jednoznaczną wolę rezygnacji z możliwości rozpatrzenia wniosku zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W tym przypadku pozytywne rozpatrzenie wniosku nie będzie dawało prawa do uzyskania wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, lecz będzie skutkowało jedynie możliwością skorzystania z takiego świadczenia na zasadach komercyjnych w jednym z państw członkowskich UE lub EOG i otrzymania następnie zwrotu kosztów takiego świadczenia od Funduszu po przedłożeniu opłaconego rachunku, przy czym należy zaznaczyć, że taki zwrot kosztów będzie ograniczony do wysokości stawek, według których Fundusz rozlicza się z polskimi świadczeniodawcami z tytułu udzielenia analogicznych świadczeń w ramach zawartych kontraktów.

<sup>2)</sup> 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.

<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>.....</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 społecznego.</p> <p>Miejscowość: ..... Data: ..... (dd/mm/rr)</p> <p>Czytelny podpis osoby składającej wniosek: .....</p>	
<p>2.1. <input type="checkbox"/> Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie 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:</p> <p>.....</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>.....</p> <p>(uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)</p>	
<p>2.2. <input type="checkbox"/> Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>I.C. WSKAZANIE PRZEZ PREZESA FUNDUSZU ŚWIADCZENIODAWCY, KTÓRY PRZEPROWADZI LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE W ZAKRESIE OBJĘTYM WNIOSKIEM NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ<sup>3)</sup></b></p> <p>W terminie: ..... (dd/mm/rr)</p> <p>W:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy: adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)</p> <p>Podpis Prezesa Funduszu albo osoby przez niego upoważnionej:</p> <p>.....</p>	
<p><b>CZĘŚĆ II</b></p> <p style="text-align: center;"><b>II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSZEK</b></p>	
1	Imię i nazwisko:
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:

<sup>3)</sup> 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.

3	Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
<b>II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK</b>		
(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)		
1	Imię i nazwisko:	
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3	Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
<b>II.C. OŚWIADCZENIE</b>		
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:		
..... (nazwa i adres świadczeniodawcy)		
jako zakwalifikowana do kategorii medycznej: przypadek pilny / przypadek stabilny (niepotrzebne skreślić),		
ze wskazaniem terminu udzielenia świadczenia: ..... (dd/mm/rr)		
Miejscowość: ..... Data: ..... (dd/mm/rr)		
Czytelny podpis osoby składającej wniosek: .....		

<b>CZĘŚĆ III</b>		
<b>III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK</b>		
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	
<b>III.B. ZAKRES ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSEM</b>		
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 dotycząca 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 odniesieniu do 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)
<b>III.C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSEM</b> (wypełnić, gdy osoba składająca wniosek zaznaczyła pola 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: .....

<b>CZĘŚĆ V</b> (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 lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja – w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji.</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 transportu oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie (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: .....	



## WZÓR

**CZĘŚĆ I****WNIOSK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

**o skierowanie do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, należących do świadczeń gwarantowanych, których nie wykonuje się aktualnie w kraju, na podstawie art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia, na podstawie art. 42j ust. 2 tej ustawy**

**INSTRUKCJA**

1. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. 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.
3. Części I.A i V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”.
4. Części I.B, II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.
5. 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.
6. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki.

**UWAGA**

1. Wniosek z wypełnionymi częściami I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu.
2. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym<sup>1)</sup>. Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
3. 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.
- 1.2.  Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń.
2.  Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.

<sup>1)</sup> 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.

<b>CZĘŚĆ II</b>		
<b>II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK</b>		
1	Imię i nazwisko:	
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3	Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
<b>II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK</b> (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)		
1	Imię i nazwisko:	
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3	Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	

<b>CZĘŚĆ III</b>	
<b>III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK</b>	
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:
<b>III.B. MIEJSCE LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU</b>	
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:
<b>III.C. ZAKRES LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU</b>	
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 dotycząca 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:

<b>III.D. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ POZA GRANICAMI KRAJU</b>
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: .....

<b>CZĘŚĆ V</b> (wypełnia Fundusz)	
1	<p>Przedmiot wniosku:</p> <p>1.1. <input type="checkbox"/> Przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju.</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> Przeprowadzenie badań diagnostycznych poza granicami kraju.</p> <p>1.3. <input type="checkbox"/> Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń.</p>
2	<p>Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:</p>
3	<p>Rodzaj środka transportu oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju:</p> <p>..... (środek transportu)</p> <p>..... (koszty transportu)</p>
4	<p>Miejscowość: ..... Data: ..... (dd/mm/rr)</p> <p>Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu:</p> <p>.....</p>



## WZÓR

**CZĘŚĆ I**

**WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**  
o wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu powrotnego do kraju,  
na podstawie art. 42i ust. 2 pkt 2 albo ust. 9 albo art. 42j ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)

**INSTRUKCJA**

1. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. 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.
3. Części I.A i III wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”.
4. Części I.B, II i IV wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.

**UWAGA**

1. Wniosek z wypełnionymi częściami I.B, II i IV oraz – w odpowiednim przypadku – z kopią dokumentacji medycznej i ze wstępnym kosztorysem dalszego leczenia sporządzonymi przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych znajdujący się na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub na terytorium Zjednoczonego Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, w którym aktualnie przebywa osoba, której dotyczy wniosek, składa się do Prezesa Funduszu.
2. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym<sup>1)</sup>. Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
3. W przypadku dokumentacji medycznej i wstępnego kosztorysu dalszego leczenia sporządzonych w języku obcym do wniosku dołącza się tłumaczenie tych dokumentów 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.  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 lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację – w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji.
2.  Pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju, w przypadku gdy wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, gdzie korzysta ze świadczeń udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.
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 kraju.

**CZĘŚĆ II****II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK**

1	Imię i nazwisko:	
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3	Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	

<sup>1)</sup> 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.

<b>II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK</b>	
(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)	
1	Imię i nazwisko:
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:
3	Adres zamieszkania:
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):
<b>II.C. MIEJSCE UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ POZA GRANICAMI KRAJU / MIEJSCE LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W KRAJU</b>	
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:

<b>CZĘŚĆ III</b>	
1	Imię i nazwisko osoby, której dotyczy wniosek:
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – 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 przy uwzględnieniu aktualnego stanu 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: ..... <span style="display: block; text-align: right;">(dd/mm/rr)</span>

**CZĘŚĆ IV**

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia<sup>2)</sup>.

Miejscowość: ..... Data: .....  
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek: .....

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

<sup>2)</sup> 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 2022 r. poz. 1138).