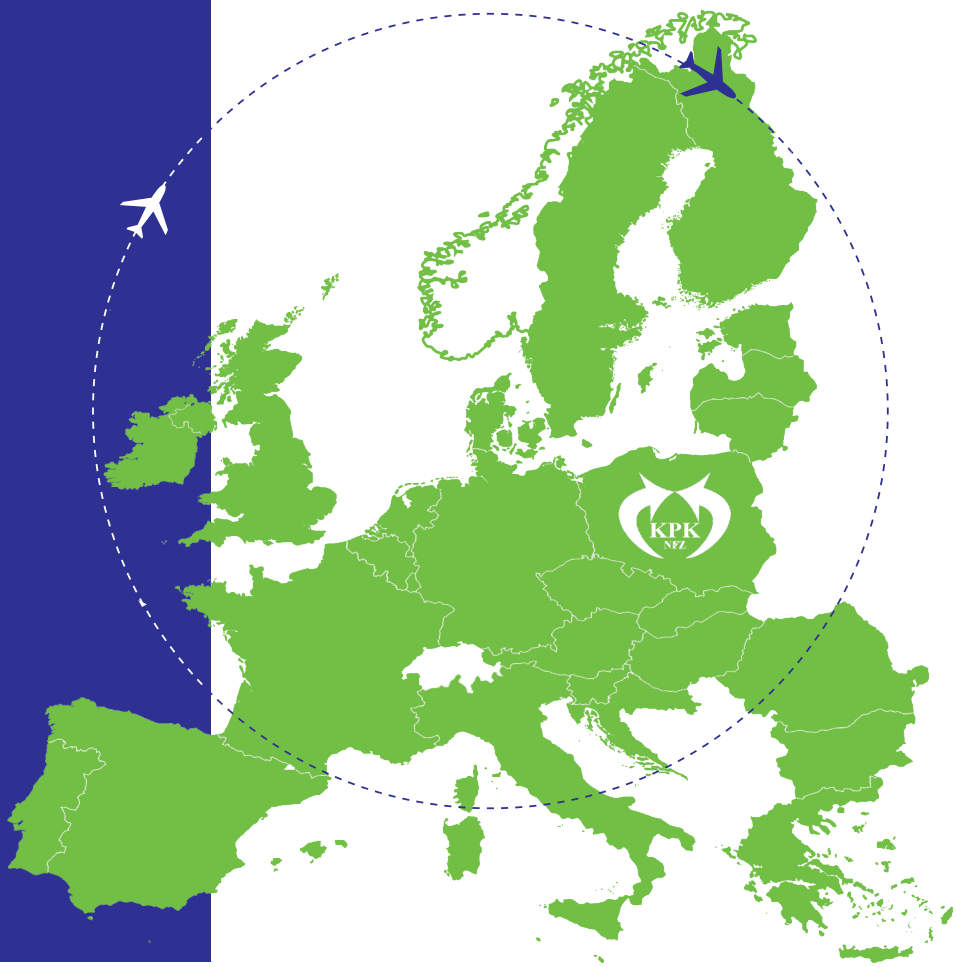
Koordynacja a Dyrektywa

podobieństwa i różnice
w korzystaniu z opieki zdrowotnej
w aspekcie transgranicznym



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Koordynacja a Dyrektywa

podobieństwa i różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Opracowanie według stanu prawnego na dzień 30 czerwca 2015 roku

AUTORZY:
Kinga Beda, dr Elżbieta Czyżowska, r.pr. Iwona Grabowska,
Barbara Liniewicz, Anna Rusiecka, Barbara Szymańska, dr Agnieszka Tyc

RECENZENCI:
prof. Gertruda Uścińska

OPRACOWANIE GRAFICZNE:
Studio Graficzne Agaty Sobiepańskiej

DRUK:
Agent PR

WYDAWCA:
Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala
Departament Współpracy Międzynarodowej – polska instytucja łącznikowa
w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, Krajowy Punkt Kontaktowy (KPK)
ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
tel. +48 22 572 62 68
fax +48 22 572 63 19
e-mail: ca17@nfz.gov.pl
KPK (http://www.kpk.nfz.gov.pl)
EKUZ (https://www.ekuz.nfz.gov.pl)

ISBN: 978-83-929175-8-8

Wszystkie prawa zastrzeżone
Wydanie I „Koordynacja a Dyrektywa – podobieństwa i różnice
w korzystaniu z opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym".

Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Egzemplarz bezpłatny.

Warszawa, 2015

Spis treści

Wstęp 5
Recenzja 7
Wprowadzenie 9
Podstawy prawne 13
Definicje i objaśnienia 19
1. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego 19
2. Dyrektywa transgraniczna 25

I. Przepisy o Koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego a przepisy wynikające z implementacji Dyrektywy transgranicznej – podobieństwa i różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym 29

Rozdział 1. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w koordynacji i dyrektywie transgranicznej 29
1.1. Rodzaje świadczeń przewidziane przez przepisy o koordynacji i przepisy dyrektywy transgranicznej 30
1.1.1. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego 30
1.1.2. Dyrektywa transgraniczna 34
1.2. Osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji i przepisów dyrektywy transgranicznej (ubezpieczeni/uprawnieni) 36
1.2.1. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego 36
1.2.2. Dyrektywa transgraniczna 39
1.3. Dokumenty uprawniające do świadczeń zdrowotnych – zasady wnioskowania, zakres świadczeń, zasady udzielania świadczeń 40
1.3.1. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego 40
1.3.2. Dyrektywa transgraniczna 59
1.4. Utrata uprawnień 65
1.4.1. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego 65
1.4.2. Dyrektywa transgraniczna 66

Rozdział 2 Obowiązki informacyjne państw członkowskich UE wynikające z przepisów dyrektywy transgranicznej 66
2.1. Obowiązki państwa leczenia 66
2.1.1. Zakres informacji 67

2.1.2. Tryby udzielania informacji ... 70
2.1.3. Wyjaśnianie zawartości rachunków i innych dokumentów ... 70
2.2. Obowiązki państwa ubezpieczenia ... 70
2.2.1. Zadania KPK ... 70
2.2.2. Zadania oddziałów wojewódzkich NFZ ... 72

II. Zwrot kosztów świadczeń udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej ... 73

Rozdział 3. Procedura refundacji kosztów świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji ... 74
3.1. Nieplanowane leczenie medyczne ... 74
3.1.1. O czym należy pamiętać przed skorzystaniem ze świadczeń? ... 76
3.1.2. O czym należy pamiętać w trakcie leczenia? ... 76
3.1.3. Jak ubiegać się o zwrot kosztów? ... 77
3.1.4. Na jaką wartość zwrotu kosztów można liczyć i w jakim terminie? ... 79
3.1.5. Zwrot kosztów za transport ... 81
3.1.6. Co w sytuacji błędnie przyznanego zwrotu kosztów? ... 84
3.2. Planowane leczenie medyczne ... 85
3.2.1. O czym należy pamiętać przed skorzystaniem ze świadczeń? ... 86
3.2.2. O czym należy pamiętać w trakcie leczenia? ... 87
3.2.3. Na jaką wartość zwrotu kosztów można liczyć i w jakim terminie? ... 89
3.2.4. Zwrot kosztów za transport ... 91
3.2.5. Co w sytuacji błędnie przyznanego zwrotu kosztów? ... 93

Rozdział 4. Procedura zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów krajowych implementujących postanowienia dyrektywy transgranicznej ... 94
4.1. Nieplanowane i planowane leczenie medyczne ... 95
4.1.1. O czym należy pamiętać przed skorzystaniem ze świadczeń? ... 97
4.1.2. O czym należy pamiętać w trakcie leczenia? ... 102
4.1.3. Jak ubiegać się o zwrot kosztów? ... 103
4.1.4. Na jaką wartość zwrotu kosztów można liczyć? ... 107
4.1.5. W jakim terminie wniosek powinien zostać rozpatrzony? ... 110
4.1.6. Zwrot kosztów za transport ... 111
4.1.7. Co w sytuacji błędnie przyznanego zwrotu kosztów? ... 112
4.2. Zwrot kosztów na podstawie koordynacji a zwrot kosztów na podstawie dyrektywy ... 113
4.2.1. Podmioty świadczące opiekę zdrowotną ... 114
4.2.2. Zakres przysługujących świadczeń ... 114
4.2.3. Ustalanie należnej kwoty zwrotu ... 115
4.2.4. Tryb rozpatrywania wniosku o zwrot kosztów oraz obowiązujące terminy ... 117

Szanowni Państwo!

Oddaję w Państwa ręce publikację pt. „Koordynacja a dyrektywa – podobieństwa i różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym", opracowaną w ramach projektu pt. „Wzrost jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez wsparcie Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej" („KPK NFZ"), współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Z dniem wejścia w życie dyrektywy 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 4.04.2011 r., str. 45), która została zaimplementowana do polskiego systemu prawnego ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1491), osoby ubezpieczone w państwach członkowskich Unii Europejskiej (UE) zyskały nowe rozwiązania prawne, umożliwiające im dostęp do płatnej opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich UE niż państwo ubezpieczenia.

Publikacja stanowi profesjonalne źródło wiedzy na temat możliwości korzystania z leczenia, zarówno na podstawie dyrektywy transgranicznej, jak i od lat już obowiązujących przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Mam głęboką nadzieję, że informacje zawarte w niniejszej publikacji okażą się dla Państwa pomocne zarówno w pracy zawodowej, jak i w życiu codziennym.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Tadeusz Jędrzejczyk

NFZ

prof. Gertruda Uścińska
Uniwersytet Warszawski
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Niniejsza publikacja jest częścią zestawu dwóch podręczników opisujących możliwości leczenia polskich pacjentów za granicą: 1. **„*Koordynacja a Dyrektywa – podobieństwa i różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym*"** i 2. **„*Przewodnik po leczeniu planowanym za granicą*"**.

Przedmiotem publikacji pn. **„*Koordynacja a Dyrektywa – podobieństwa i różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym*"** jest analiza instrumentów prawnych, jakimi dysponuje współcześnie UE w zakresie skutecznej realizacji prawa do przemieszczania się, w tym gwarancji prawa do opieki zdrowotnej. Obok UE również ważny jest udział państwa i innych podmiotów w realizacji tego prawa. W związku z tak postawionym celem autorzy w pierwszej kolejności przedstawiają podstawy prawne oraz definicje ważne dla analizowanej tematyki.

Opracowanie w sposób kompetentny przedstawia tematykę zasad i procedur zwrotu kosztów świadczeń, które są udzielane w ramach prawa do opieki zdrowotnej osób korzystających z przemieszczania się w Unii Europejskiej. Autorzy w sposób przejrzysty przedstawiają procedurę refundacji kosztów na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (rozporządzenie nr 883/2004 oraz rozporządzenie nr 987/2009) a także na podstawie przepisów krajowych, które dokonały implementacji postanowień dyrektywy 2011/24 o transgranicznej opiece zdrowotnej. Wreszcie na podstawie jednych i drugich przepisów na zasadzie różnic i cech wspólnych. Ta ostatnia analiza ma wysoki poziom analizy prawnej porównawczej.

Podręcznik ma wysoki poziom merytoryczny. Podejmuje zagadnienia wspólnych rozwiązań oraz różnic w regulacjach prawnych prawa UE dotyczącego korzystania z opieki zdrowotnej. Przedstawia także informacje o prawie polskim, które dokonało transpozycji przepisów dyrektywy UE 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Opracowanie ma nie tylko charakter poradnika, ale także anali-

zy prawnej wykonanej na podstawie prawa UE z tego zakresu, a także prawa polskiego. Takiej analizy dotychczas w Polsce brakuje.

Obie publikacje mają charakter praktyczny oraz popularnonaukowy. Ich celem jest przedstawienie złożonej problematyki prawa do opieki zdrowotnej osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej. Publikacje posiadają także walor poznawczy, przydatny dla osób, które rozpoznają tę dziedzinę życia społecznego, a z publikacji mogą dowiedzieć się o rozwiązaniach prawnych ustalonych w tym zakresie i praktycznym ich zastosowaniu. Należy docenić szeroki zakres odbiorców podręczników.

Reasumując, podręczniki stanowią bogate źródło informacji o podstawach prawnych prawa do przemieszczania się w UE, ze szczególnym uwzględnieniem prawa do opieki zdrowotnej. Przedstawiane wywody oparte zostały na bogatej wiedzy teoretyczno-doktrynalnej autorów oraz praktycznym doświadczeniu w tym obszarze. Trzeba bowiem posiadać biegłą znajomość tej tematyki, żeby w sposób przystępny ją przedstawić, nie tylko specjalistom w tej dziedzinie.

W szczególności docenić trzeba wymiar popularyzatorski tej ważnej tematyki zajmującej się istotnymi sprawami społecznymi dotyczącymi coraz szerszego zakresu osobowego. Przedstawione do recenzji książki są pierwszymi w Polsce opracowaniami dotyczącymi tak ważnej i złożonej tematyki realizacji prawa do opieki zdrowotnej osób, które przemieszczają się w UE. Zasługują na opublikowanie i rozpowszechnienie.

Gertruda Uścińska
Warszawa, sierpień 2015 *r.*

NFZ

Wprowadzenie

Od ponad 10 lat Polska jest pełnoprawnym członkiem Unii Europejskiej.

Fakt ten miał i nadal ma ogromny wpływ na sytuację Polski i Polaków w wielu dziedzinach życia. Zauważalnym stał się dynamiczny rozwój cywilizacyjny i gospodarczy naszego kraju. Swobodny przepływ towarów, osób i kapitału to niewątpliwie jedno z wielu dobrodziejstw, które dała nam integracja europejska.

Dodatkowo otworzyły się przed Polską szanse związane z wykorzystaniem unijnych funduszy strukturalnych, których skala do tej pory była niewyobrażalna. Jesteśmy, można z dumą przyznać, ich największym beneficjentem.

Każdego roku miliony Europejczyków, w tym Polaków, szukają pracy i zatrudniają się za granicą, w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej. Wyjeżdżają tam również, by odwiedzić rodzinę lub znajomych. Osoby, które mieszkają i wykonują pracę w Polsce, korzystają z ochrony w zakresie zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego, na podstawie naszych krajowych przepisów. Jednak kiedy podejmują decyzję o wyjeździe do innego państwa członkowskiego, przepisy krajowe nie wystarczają do zapewnienia im takiej ochrony.

Na terenie Unii Europejskiej nie istnieje jednolity system zabezpieczenia społecznego, a przepisy unijne nie ingerują w to, kto jest objęty systemem ubezpieczeń w danym państwie członkowskim.

W związku z tym stworzono unijne regulacje pozwalające na koordynowanie przepisów prawa obowiązujących w poszczególnych państwach członkowskich, tak by osoby przemieszczające się po Wspólnocie korzystały z ochrony ubezpieczeniowej niezależnie od miejsca swojego aktualnego pobytu. A zatem zależności pomiędzy poszczególnymi systemami prawnymi oraz instytucjami państw Unii Europejskiej musiały zostać tak uregulowane, by umożliwić zachowanie odpowiedniego ładu pomiędzy nimi, bez konieczności dokonywania zmian w systemach krajowych.

Regulacje te, dzięki zapewnieniu harmonijnego współistnienia systemów zabezpieczenia społecznego poszczególnych państw, służą ochronie interesów osób przemieszczających się w obrębie Unii Europejskiej.

Zakres unijnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (w skrócie przepisy o koordynacji) określono w: rozporządzeniu Rady nr 1408/1971 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników migrujących oraz członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie, rozporządzeniu Rady nr 574/1972 w sprawie wykonywania rozporządzenia nr 1408/1971 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników migrujących oraz członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz rozporządzeniu Rady nr 859/2003 rozszerzającym przepisy rozporządzenia nr 1408/1971 i rozporządzenia nr 574/1972 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo a także porozumieniu o EOG, które stanowiło podstawę rozszerzenia przepisów o koordynacji na obywateli Islandii, Lichtensteinu i Norwegii i umowie między Wspólnotą Europejską i jej państwami członkowskimi z jednej strony a Konfederacją Szwajcarską z drugiej o swobodnym przepływie osób, na podstawie której przepisy o koordynacji mają zastosowanie do obywateli Szwajcarii.

Dnia 1 maja 2010 roku doszło do reformy koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i zastąpiono rozporządzenia nr 1408/1971 i nr 574/1972 poprzez rozporządzenie nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz rozporządzenie 987/2009 dotyczące wykonywania rozporządzenia nr 883/2004. Weszło także w życie rozporządzenie nr 231/2010 rozszerzające rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo.

Na mocy nowych rozporządzeń wzmocniona została m.in. zasada dobrej współpracy na rzecz ubezpieczanych, zgodnie z którą instytucje systemu koordynacji powinny odpowiadać na zapytania w najkrótszym możliwym terminie i udzielać zainteresowanym wszelkich informacji wymaganych do wykonania praw nadanych im na mocy tych rozporządzeń. W sytuacji zaistniałych trudności z wykładnią lub stosowaniem rozporządzeń współpracujące instytucje mają się ze sobą kontaktować, aby znaleźć rozwiązanie dla osoby, której sprawa dotyczy.

W rozporządzeniach przewidziano mechanizmy wspierające i usprawniające funkcjonowanie i współpracę w zakresie zabezpieczeń społecznych między państwami członkowskimi i ich instytucjami.

Służą temu:

- Komisja Administracyjna ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego, zwana Komisją Administracyjną – instytucja Komisji Europejskiej, jej zadaniem jest rozpatrywanie wszelkich spraw dotyczących wykładni, wynikających z przepisów tych rozporządzeń lub każdej umowy, lub uzgodnień, zawartych w ramach tych rozporządzeń.
- Komisja Techniczna – powołana przy Komisji Administracyjnej, jej zadaniem jest zbieranie wszelkich dokumentów technicznych, podejmowanie badań i innych prac wymaganych do wykonania jej zadań.

- Komisja Obrachunkowa – powołana przy Komisji Administracyjnej, jej głównym zadaniem jest określanie kosztów średnich w obszarze ochrony zdrowia, podlegających zwrotowi w państwach członkowskich.

Polska, jak i pozostałe państwa objęte unijną koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego, została zobligowana do powołania instytucji łącznikowej w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych. W rozumieniu unijnych przepisów instytucja łącznikowa to podmiot wyznaczony przez właściwą władzę państwa członkowskiego – Ministerstwo Zdrowia – do pośredniczenia w sprawach związanych z rzeczowymi świadczeniami zdrowotnymi. Od dnia przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, czyli od 1 maja 2004 roku, Departament Współpracy Międzynarodowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia realizuje zadania instytucji łącznikowej, w szczególności w odniesieniu do udostępniania informacji w zakresie zasad dostępu do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na terytoriom Wspólnoty oraz rozliczania powstałych kosztów tych świadczeń.

W zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, udzielanych w ramach przepisów o koordynacji, najbardziej rozpoznawalnym „znakiem towarowym" stała się Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, w skrócie EKUZ.

W Polsce, do dnia przygotowania naszej publikacji, wydanych zostało przez Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, ponad 14 milionów tych kart.

Dnia 25 października 2013 roku weszła w życie dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, zwana dalej „dyrektywą transgraniczną". Powstała w celu ulepszenia funkcjonowania jednej z podstawowych zasad Unii Europejskiej – swobody przepływu usług.

Wpisuje się ona w orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, w którym Trybunał wielokrotnie podkreślał, że świadczenie medyczne jest usługą i jako takie podlega swobodzie przepływu usług. W wyroku w sprawie Kohll i Decker, wydanego 28 kwietnia 1998 r., Trybunał przyznał obu pacjentom prawo do otrzymania zwrotu poniesionych kosztów leczenia przebytego w innym państwie członkowskim.

Dyrektywa transgraniczna pozwala uzyskać zwrot poniesionych kosztów za świadczenia zdrowotne udzielone poza granicami Polski, na zasadach określonych w ustawie implementującej dyrektywę transgraniczną oraz w aktach wykonawczych, **o ile świadczenia te należą do świadczeń gwarantowanych w Polsce w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.**

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zawierająca implementację postanowień dyrektywy transgranicznej w Polsce weszła w życie z dniem 15 listopada 2014 roku.

Na mocy dyrektywy transgranicznej każde państwo członkowskie UE zobowiązane zostało do wyznaczenia Krajowego Punktu Kontaktowego (KPK). W Polsce funkcję tę pełni Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.

Osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia, osoby mieszkające lub czasowo przybywające w Polsce i korzystające tu ze świadczeń zdrowotnych mogą je uzyskać w dwóch odrębnych systemach prawnych: w ramach unijnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego albo w ramach opieki zdrowotnej udzielonej zgodnie z postanowieniami dyrektywy transgranicznej.

Każdy z tych systemów rządzi się odmiennymi prawami i nakłada różne obowiązki na osoby z nich korzystające. Wybór systemu pozostaje w gestii samego pacjenta. Dlatego warto zapoznać się z przysługującymi prawami oraz obowiązkami nałożonymi na pacjenta w związku z dokonanym wyborem. Wiedza o różnicach w odniesieniu do przysługujących uprawnień i nałożonych obowiązków umożliwi pacjentowi skorzystanie w pełni z przysługujących mu praw.

NFZ

Podstawy prawne

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. UE L 88 z 4.04.2011, str. 45) – zwana dalej „dyrektywą transgraniczną".
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. L 166 z 30.4.2004, str. 1) – zwane dalej „rozporządzeniem nr 883/2004".
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.) – zwane dalej „rozporządzeniem nr 987/2009".
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzające rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz.U. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1) – zwane dalej „rozporządzeniem nr 1231/2010".
- Decyzja nr S1 Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, zwana dalej „Decyzją nr S1".
- Decyzja nr S2 Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca specyfikacji technicznej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (2010/C 106/09), zwana dalej „Decyzją nr S2".
- Decyzja nr S3 Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego określająca świadczenia objęte zakresem art. 19 ust. 1 i art. 27 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 oraz art. 25 lit. A) pkt 3 rozporządzenia nr 987/2009 (2010/C 106/10), zwana dalej „Decyzją nr S3".

- Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2013 r., poz. 267, z późn. zm.), zwana dalej „Kodeksem postępowania administracyjnego".
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej".
- Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2014 r., poz. 1491), zwana dalej „ustawą implementującą dyrektywę transgraniczną".
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o działalności leczniczej".
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2011 r., nr 277, poz. 1634, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty".
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz.1435 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej".
- Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2012 r., poz. 1133, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o zawodzie felczera".
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 219, poz. 1708 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o izbach lekarskich".
- Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 174, poz. 1038, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych".
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2014 r., poz. 1429, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o izbach aptekarskich".
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 126), zwana dalej „ustawą o konsultantach w ochronie zdrowia".
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2008 r., nr 45, poz. 271, z późn. zm.), zwana dalej „prawem farmaceutycznym".
- Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. nr 107, poz. 679 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o wyrobach medycznych".
- Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz.U. nr 82, poz. 451, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o URPLWMiPB".
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 345), zwana dalej „ustawą o refundacji leków".
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta".
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 1384 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o diagnostyce laboratoryjnej".

- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2013 r., poz. 757 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym".
- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2012 r., poz. 651 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o lecznictwie uzdrowiskowym".
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2013 r., poz. 947, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o chorobach zakaźnych".
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009 r., nr 52, poz. 418, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o akredytacji w ochronie zdrowia".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu wydawania i określenia wzoru poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 273, poz. 2718) zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie wzoru poświadczenia".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz.U. z 2014 r., poz. 1538), zwane dalej „rozporządzeniem określającym wzór wniosku o zwrot kosztów".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz.U. z 2014 r., poz. 1551), zwane dalej „rozporządzeniem dotyczącym zasad uzyskiwania uprzedniej zgody".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2014 r., poz. 1545), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz.U. z 2014 r., poz. 319 z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie recept lekarskich".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. z 2013 r., poz. 15), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie standardów postępowania w anestezjologii i intensywnej terapii".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu i połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. poz. 1100), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie standardów postępowania medycznego w opiece okołoporodowej".

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 739), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie wymagań co do pomieszczeń i urządzeń w placówce medycznej".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenie opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 250, poz.1884), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na świadczenie opieki zdrowotnej".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 200, poz. 1661), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów medycznych przy umieszczaniu świadczeniobiorców na listach oczekujących".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. poz. 1522), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. poz. 1520 z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. poz. 1505), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. poz. 1480 z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. poz. 1462), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz.U. poz. 1445), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specja-

listycznej (Dz.U. poz. 1413), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej".

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1386 z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. poz. 1347), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1248 z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz.U. poz. 1176), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego".
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. poz. 931 z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego".
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. nr 293, poz. 1729), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC placówki medycznej".
- Zarządzenie nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.), zwane dalej „zarządzeniem Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ".
- Obwieszczenie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 18 marca 2014 r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. Urz. MZ poz. 45), zwane dalej „obwieszczeniem Prezesa URPLWMiPB".

NFZ

Definicje i objaśnienia

1. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego, zwana dalej „koordynacją"

– to zbiór przepisów wspólnotowych służących realizacji jednej z naczelnych zasad obowiązujących w zintegrowanej Europie – zasady swobodnego przepływu osób. Najważniejsze zagadnienia dotyczące koordynacji zostały uregulowane w rozporządzeniach nr 883/2004, nr 987/2009 oraz nr 1231/2010. Przepisy tych rozporządzeń wszystkie państwa członkowskie stosują wprost i nie wymagają one transpozycji do krajowych systemów prawnych. Koordynacją objęte są ubezpieczenia społeczne w państwach UE/EFTA. Przepisy unijne w przedmiotowym zakresie systematyzują, w szczególności, kwestie związane z ustalaniem właściwego ustawodawstwa dla osób zatrudnionych, wykonujących pracę najemną, bezrobotnych, a także emerytów i rencistów ubezpieczonych w państwie członkowskim UE/EFTA. Zgodnie z przepisami o koordynacji, osoba, do której mają one zastosowanie, może podlegać ustawodawstwu tylko jednego państwa członkowskiego UE/EFTA. Przepisy o koordynacji regulują również kwestie związane z dostępem do opieki medycznej na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA niż państwo, którego ustawodawstwo zapewnia osobie wyjeżdżającej prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych. Na zasadach określonych w tych przepisach, osoba podlegająca właściwości jednego z państw członkowskich UE/EFTA, powinna być podczas korzystania z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim traktowana w taki sam sposób, jak w analogicznej sytuacji zostałby potraktowany tamtejszy ubezpieczony.

Rzeczowe świadczenia zdrowotne

– zgodnie z przepisami o koordynacji są to:

a) w odniesieniu do świadczeń z tytułu choroby, macierzyństwa i równoważnych świadczeń dla ojca – świadczenia rzeczowe przewidziane w ustawodawstwie państwa członkowskiego, które służą zapewnieniu, udostępnieniu, bezpośredniemu opłaceniu lub zwrotowi kosztów opieki medycznej oraz produktów i usług stanowiących element dodatkowy takiej opieki; określenie to obejmuje również świadczenia rzeczowe z tytułu długotrwałej opieki;

b) w odniesieniu do wypadków przy pracy i chorób zawodowych – wszystkie świadczenia rzeczowe w zakresie wypadków przy pracy i chorób zawodowych określonych w pkt a) i przewidziane w systemach państw członkowskich w zakresie wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Państwo członkowskie UE

– państwo będące członkiem Unii Europejskiej (UE). Obecnie w skład UE wchodzi 28 państw: Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania, Włochy. Przepisy o koordynacji obejmują również terytoria zamorskie:

- francuskie: Gwadelupę, Martynikę, Reunion i Gujanę Francuską;
- portugalskie: Azory i Maderę;
- hiszpańskie: Majorkę, Minorkę, Ibizę i Wyspy Kanaryjskie.

Przepisów o koordynacji nie stosuje się w przypadku: Danii – na obszarze Grenlandii i Wysp Owczych oraz Wielkiej Brytanii – na Wyspach Normandzkich: Jersey, Guernsey, Alderney, Herm, Sark oraz na wyspie Man.

Państwo członkowskie EFTA

– państwo zrzeszone w Europejskim Stowarzyszeniu Wolnego Handlu (EFTA – European Free Trade Association). EFTA obejmuje następujące państwa: Islandię, Liechtenstein, Norwegię i Szwajcarię.

Islandia, Liechtenstein i Norwegia przystąpiły do Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Szwajcaria nie jest członkiem EOG, jednakże na mocy umowy o swobodnym przepływie osób, którą zawarła z państwami członkowskimi UE, stosuje przepisy o koordynacji. W relacjach z Polską oraz państwami, które przystąpiły do UE w dniu 1 maja 2004 r., umowa ta obowiązuje od dnia 1 kwietnia 2006 r.

EOG (Europejski Obszar Gospodarczy)

– strefa wolnego handlu, w skład której wchodzi 28 państw Unii Europejskiej oraz trzy państwa EFTA – Islandia, Liechtenstein i Norwegia. W EOG obowiązują przepisy Unii Europejskiej o swobodnym przepływie osób, w tym o przepisy o koordynacji.

Państwo właściwe

– państwo, w którym dana osoba jest ubezpieczona, bądź na mocy ustawodawstwa którego jest uprawniona do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

Władza właściwa

– władzę właściwą stanowią w poszczególnych państwach członkowskich UE/EFTA ministrowie nadzorujący poszczególne obszary wchodzące w zakres zabezpieczenia społecznego. W Polsce, w odniesieniu do obszaru rzeczowych świadczeń zdrowotnych, władzą właściwą jest Minister Zdrowia.

Instytucja łącznikowa

– podmiot wyznaczony przez właściwą władzę państwa członkowskiego dla jednego lub więcej działów zabezpieczenia społecznego, tj. świadczeń z tytułu choroby, świadczeń z tytułu macierzyństwa i równoważnych świadczeń dla ojca, świadczeń z tytułu inwalidztwa, świadczeń z tytułu starości, rent rodzinnych, świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i choroby zawodowej, zasiłków na wypadek śmierci, świadczeń dla bezrobotnych, świadczeń przedemerytalnych, świadczeń rodzinnych.

Do zadań instytucji łącznikowej należy udzielanie odpowiedzi na wnioski o udostępnienie informacji oraz udzielanie pomocy w związku ze stosowaniem przepisów o koordynacji.

Instytucja łącznikowa jest również odpowiedzialna za wykonywanie zadań związanych z finansowaniem świadczeń w oparciu o przepisy o koordynacji.

W Polsce, w odniesieniu do obszaru rzeczowych świadczeń zdrowotnych, instytucją łącznikową jest Departament Współpracy Międzynarodowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Instytucja właściwa

– instytucja, w której dana osoba jest ubezpieczona lub taka, która jest właściwa do wydania dla osoby zainteresowanej dokumentów potwierdzających jej prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych, finansowanych przez tę instytucję. W Polsce funkcję instytucji właściwej **w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych** pełnią oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z przepisami o koordynacji oznacza:

a) instytucję, w której zainteresowany jest ubezpieczony w chwili składania wniosku o świadczenie, albo
b) instytucję, od której zainteresowany ma prawo uzyskać świadczenia lub miałby prawo do uzyskania świadczeń, gdyby on sam lub członkowie jego rodziny zamieszkiwali na terytorium państwa członkowskiego, gdzie znajduje się ta instytucja, albo
c) instytucję wyznaczoną przez właściwą władzę danego państwa członkowskiego, albo
d) w przypadku systemu dotyczącego obowiązków pracodawcy w zakresie świadczeń określonych w art. 3 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 albo pracodawcę, albo ubezpieczyciela biorącego udział, lub, w przypadku ich braku, organ lub władzę, określone przez właściwą władzę danego państwa członkowskiego.

Instytucja właściwa pełni również rolę płatnika, tj. pokrywa koszty rzeczowych świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom podlegającym właściwości danego państwa członkowskiego UE/EFTA.

Instytucja miejsca zamieszkania

– instytucja uprawniona do udzielania świadczeń, na rachunek instytucji właściwej, w miejscu stałego zamieszkania. W Polsce jej funkcję pełnią oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Instytucja miejsca pobytu

– instytucja uprawniona do udzielania świadczeń, na rachunek instytucji właściwej, w miejscu pobytu tymczasowego. W Polsce jej funkcję pełnią oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ubezpieczony

– zgodnie z przepisami o koordynacji, ubezpieczonym, jest każda osoba, która spełnia warunki wymagane na podstawie ustawodawstwa państwa właściwego do posiadania prawa do świadczeń.

Świadczeniobiorca

– zgodnie z polskimi przepisami świadczeniobiorcami są:

1. osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi";
2. inne niż ubezpieczeni osoby mające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę

uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650 oraz z 2014 r. poz. 463)[1], spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 182, ze zm.), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy[2], na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych;

3. inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18 roku życia:
   a) posiadające obywatelstwo polskie lub
   b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach[3], mające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
4. inne niż wymienione w pkt 1–3 osoby mające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:
   a) posiadające obywatelstwo polskie lub
   b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach[4].

Uprawniony

– osoba korzystająca z prawa do rzeczowych świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż jej państwo właściwe.

Państwo pobytu

– państwo członkowskie UE/EFTA inne od państwa zamieszkiwania, w którym osoba ubezpieczona lub uprawniona przebywa czasowo, i które nie jest dla niej państwem właściwym.

[1] Tj. w związku z nadaniem statusu uchodźcy bądź w związku z udzieleniem mu ochrony uzupełniającej.
[2] Tj. w przypadku stwierdzonych przez pracownika socjalnego dysproporcji między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby lub rodziny, wskazującą, że osoba ta lub rodzina jest w stanie przezwyciężyć trudną sytuację życiową, wykorzystując własne zasoby majątkowe, w szczególności w przypadku posiadania znacznych zasobów finansowych, wartościowych przedmiotów majątkowych lub nieruchomości, można odmówić przyznania świadczenia.
[3] Patrz: przypis[1].
[4] Patrz: przypis[1].

Komisja Administracyjna ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego, zwana dalej „Komisją Administracyjną"

– instytucja utworzona przy Komisji Europejskiej, w której skład wchodzą przedstawiciele rządów poszczególnych państw członkowskich UE/EFTA. Do zadań Komisji Administracyjnej należy, w szczególności dążenie do wprowadzania jednolitego stosowania prawa wspólnotowego/unijnego przez wszystkie państwa członkowskie UE/EFTA, jak również wspieranie i rozwijanie współpracy pomiędzy tymi państwami.

Dokumenty uprawniające do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji

EKUZ

– Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ

– Certyfikat Tymczasowo Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

S1 (dawny formularz E106, E109, E120, E121)

– dokument potwierdzający prawo do pełnego zakresu rzeczowych świadczeń zdrowotnych w państwie zamieszkania innym niż państwo właściwe.

S2 (dawny formularz E112)

– dokument potwierdzający prawo do leczenia planowanego w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż państwo właściwe.

S3

– dokument potwierdzający prawo byłych pracowników przygranicznych do korzystania z określonych rodzajów leczenia w państwie ostatniego miejsca pracy.

DA1 (dawny formularz E123)

– dokument potwierdzający prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych będących następstwem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej osób zamieszkujących, przebywających lub przenoszących miejsce zamieszkania do innego państwa UE niż to, w którym są ubezpieczeni od wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

2. Dyrektywa transgraniczna

Dyrektywa transgraniczna nie pozostaje w sprzeczności z przepisami o koordynacji. Dyrektywa dotyczy wyłącznie opieki medycznej, niemniej jednak w wielu przypadkach nawiązuje do przepisów o koordynacji. Ze względu na specyfikę rozwiązań przyjętych w dyrektywie, dyrektywa przewiduje również definicje właściwe wyłącznie dla tej regulacji.

Opieka zdrowotna

– usługi zdrowotne świadczone przez pracowników służby zdrowia pacjentom w celu oceny, utrzymania lub poprawy ich stanu zdrowia, łącznie z przepisywaniem, wydawaniem i udostępnianiem produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych.

Ubezpieczony

a) osoba, objęta przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, tj. osoba posiadająca prawo do rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE w rozumieniu rozporządzenia (WE) nr 883/2004;
b) osoba będąca obywatelem państwa trzeciego, do której mają zastosowanie przepisy rozporządzenia nr 883/2004 i rozporządzenia nr 987/2009, a która nie jest jeszcze objęta tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo. Przepisy te mają również zastosowanie do członków rodziny obywatela państwa trzeciego i osób pozostałych przy życiu po jego śmierci pod warunkiem, że zamieszkują oni legalnie na terytorium państwa członkowskiego i znajdują się w sytuacji, która pod każdym względem dotyczy więcej niż jednego państwa członkowskiego.

Państwo członkowskie ubezpieczenia

a) w odniesieniu do obywateli UE, członków ich rodzin oraz osób pozostałych przy życiu po śmierci obywatela państwa członkowskiego UE, jest to państwo członkowskie UE, które jest właściwe do udzielenia ubezpieczonemu uprzedniej zgody na właściwe leczenie w innym państwie członkowskim zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 883/2004 i rozporządzeniem (WE) nr 987/2009;
b) w odniesieniu do obywateli państwa trzeciego, jest to państwo członkowskie, które jest właściwe do udzielenia ubezpieczonemu uprzedniej zgody na właściwe leczenie w innym państwie członkowskim, zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 859/2003 lub rozporządzeniem (UE) nr 1231/2010. Jeżeli żadne państwo członkowskie nie jest właściwe w myśl tych rozporządzeń, państwem członkowskim ubezpieczenia jest to państwo członkowskie, w którym dana osoba jest ubezpieczona lub w którym jest uprawniona do świadczeń chorobowych zgodnie z prawodawstwem tego państwa członkowskiego.

Państwo członkowskie leczenia

– państwo członkowskie, na którego terytorium faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna. W przypadku telemedycyny uważa się, że opieka zdrowotna świadczona jest w tym państwie członkowskim, w którym ma siedzibę świadczeniodawca.

Transgraniczna opieka zdrowotna

– opieka zdrowotna świadczona lub przepisana w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia.

Pracownik służby zdrowia

– lekarz, pielęgniarka odpowiedzialna za opiekę ogólną, lekarz dentysta, położna lub farmaceuta w rozumieniu dyrektywy 2005/36/WE[5] lub inny pracownik wykonujący czynności w sektorze opieki zdrowotnej, które są ograniczone do zawodów regulowanych w rozumieniu art. 3 ust.1 lit. a dyrektywy 2005/36/WE, lub osoba uznawana za pracownika służby zdrowia zgodnie z prawem państwa członkowskiego leczenia.

Świadczeniodawca

– każda osoba fizyczna lub prawna, lub inna jednostka organizacyjna legalnie świadcząca opiekę zdrowotną na terenie państwa członkowskiego.

Pacjent

– każda osoba fizyczna, która chce otrzymać lub otrzymuje opiekę zdrowotną w państwie członkowskim.

Produkt leczniczy

– produkt leczniczy w rozumieniu dyrektywy 2001/83/WE[6].

[5] Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. UE L 255, z 30.09.2005, z późn. zm.).

[6] Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. UE L 311 z 28.11.2001, str. 67; Dz. U. UE Polskie wydanie specjalne rozdz. 13, t. 27, str. 69).

Wyrób medyczny

– wyrób medyczny w rozumieniu dyrektywy 90/385/EWG[7], dyrektywy 93/42/EWG[8] lub dyrektywy Rady 98/79/WE[9].

Recepta

– recepta na produkt leczniczy lub na wyrób medyczny wydana przez osobę wykonującą zawód regulowany w zakresie opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 3 ust. 1 lit. a dyrektywy 2005/36/WE, uprawnioną zgodnie z prawem do wykonywania tego zawodu w państwie członkowskim, w którym recepta została wydana.

Technologia medyczna

– produkt leczniczy, wyrób medyczny lub procedury medyczne i chirurgiczne, a także środki stosowane w opiece zdrowotnej w celu zapobiegania chorobom oraz ich diagnozowania lub leczenia.

Dokumentacja medyczna

– wszystkie dokumenty zawierające wszelkiego rodzaju dane, oceny i informacje dotyczące stanu pacjenta i przebiegu choroby w okresie świadczenia opieki zdrowotnej. W celu zapewnienia ciągłości opieki, pacjent jest uprawniony do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej leczenia, z którego skorzystał na mocy dyrektywy.

Krajowy Punkt Kontaktowy do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej (KPK)

– instytucja działająca w każdym z państw członkowskich UE, którą poszczególne państwa były zobowiązane powołać w celu realizacji zadań określonych w art. 6 dyrektywy. KPK współpracuje z Komisją Europejską oraz KPK w innych państwach członkowskich UE.

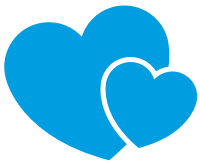
[7] Dyrektywa Rady 90/385/EWG z dnia 20 czerwca 1990 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do wyrobów medycznych aktywnego osadzania (Dz. U. WE L 189 z 20.07.1990, str. 17; Dz. U. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 10, str. 154).

[8] Dyrektywa Rady 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 r. dotyczącej wyrobów medycznych (Dz. U. WE L 169 z 12.07.1993, str. 1; Dz. U. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 12, str. 82).

[9] Dyrektywa 98/79/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 października 1998 r. w sprawie wyrobów medycznych używanych do diagnozy in vitro (Dz. U. WE L 331 z 07.12.1998, str. 1; Dz. U. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 21, str. 319).

W celu ułatwienia Państwu poszukiwania informacji, w tekście wprowadzone zostały oznaczenia kolorystyczne, którymi wyodrębnione zostały informacji szczególnie istotne dla:

- pacjentów,
- osób udzielających świadczeń,
- osób wykonujących u świadczeniodawcy czynności rejestracyjne.



NFZ

I. Przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego a przepisy wynikające z implementacji Dyrektywy transgranicznej – podobieństwa i różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym

Rozdział 1. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w koordynacji i dyrektywie transgranicznej

Przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego służą osobom mającym prawo do korzystania z leczenia w jednym z państw członkowskich UE/EFTA. Przepisy dyrektywy transgranicznej mają zastosowanie wyłącznie wobec osób ubezpieczonych i korzystających z opieki zdrowotnej w jednym z państw członkowskich UE.

Polski pacjent, który wyjeżdża do jednego z państw członkowskich EFTA, może skorzystać w tym państwie z rzeczowych świadczeń zdrowotnych wyłącznie na zasadach wynikających z przepisów o koordynacji, jeżeli nie chce ponosić kosztów tego leczenia we własnym zakresie.

Koordynacja obejmuje wyłącznie rzeczowe świadczenia zdrowotne udzielane w ramach publicznego systemu w państwie, w którym ma miejsce leczenie. Na podstawie przepisów dyrektywy transgranicznej pacjenci mogą również korzystać z opieki zdrowotnej świadczonej przez podmioty udzielające jej na zasadach rynkowych, działających również poza publicznym systemem.

1.1. Rodzaje świadczeń przewidziane przez przepisy o koordynacji i przepisy dyrektywy transgranicznej

1.1.1. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

Na podstawie przepisów o koordynacji, osobie mającej prawo do świadczeń na podstawie ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE/EFTA przysługują następujące rodzaje świadczeń:

1. **Świadczenia niezbędne** – świadczenia udzielane osobie ubezpieczonej w jednym z państw członkowskich UE/EFTA, która **czasowo przebywa w innym państwie członkowskim UE/EFTA**. Podstawą udzielenia świadczenia o charakterze niezbędnym jest EKUZ lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ. O tym, **czy dany pacjent wymaga udzielenia leczenia o charakterze niezbędnym decyduje lekarz**, do którego trafi.

Kwalifikując świadczenie jako niezbędne, lekarz powinien ocenić stan zdrowia pacjenta i zdecydować, czy dana osoba wymaga udzielenia tego rodzaju świadczenia z uwagi na swój stan zdrowia i przewidywany czas pobytu na terenie państwa, w którym aktualnie przebywa.

Za świadczenia niezbędne uznaje się zatem te świadczenia, których konieczności udzielenia pacjent z innego państwa UE/EFTA nie mógł przewidzieć przed przyjazdem do Polski, a potrzeba ich udzielenia powstała już po przyjeździe na terytorium RP. Do świadczeń o charakterze niezbędnym zaliczamy również świadczenia będące następstwem pogorszenia się stanu zdrowia wynikającego z choroby przewlekłej, których udzielenia wymagają osoby przebywające czasowo w Polsce. Istotą udzielenia świadczeń o charakterze niezbędnym z medycznego punktu widzenia podczas czasowego pobytu w państwie członkowskim innym niż właściwe, jest zapobieżenie sytuacji, w której osoba uprawniona do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, byłaby zmuszona do powrotu do państwa właściwego lub państwa zamieszkania przed końcem planowanego pobytu, w celu poddania się wymaganemu leczeniu.

Pojęcie „leczenia niezbędnego" odnosi się również do tych rzeczowych świadczeń zdrowotnych, z których pacjent, przebywając tymczasowo na terenie

innego państwa członkowskiego UE/EFTA, musi skorzystać ze względu na to, że cierpi na chorobę przewlekłą. Do zakresu przedmiotowego pojęcia należy również zaliczyć możliwość uzyskania recepty na lek stale przyjmowany, który skończył się w trakcie pobytu poza państwem właściwym, jak również świadczenia związane z ciążą, porodem i połogiem. Podstawę do skorzystania z tych świadczeń stanowi EKUZ. Pamiętać przy tym należy, że jak wynika z decyzji S3, świadczeniem niezbędnym nie może być świadczenie, które jest celem wyłącznym lub jednym z kilku przyjazdu zainteresowanego do danego państwa.

Każde niezbędne leczenie, które jest możliwe jedynie w wyspecjalizowanych placówkach medycznych lub z udziałem wyspecjalizowanego personelu lub sprzętu, zasadniczo musi być przedmiotem wcześniejszego porozumienia pomiędzy ubezpieczonym a placówką gwarantującą leczenie. Taka procedura ma na celu zapewnienie dostępności leczenia podczas pobytu ubezpieczonego w państwie członkowskim UE/EFTA, innym niż państwo właściwe lub państwo miejsca zamieszkania.

Komisja Administracyjna w Decyzji nr S3 ustaliła listę rzeczowych świadczeń zdrowotnych, które aby mogły być udzielone w innym państwie członkowskim UE/EFTA, z przyczyn praktycznych wymagają wcześniejszego porozumienia między zainteresowaną osobą a instytucją zapewniającą opiekę.

Jeżeli w czasie pobytu poza państwem właściwym istnieje potrzeba skorzystania z **dializ nerek, tlenoterapii, specjalnego leczenia astmy, chemioterapii lub echokardiografii**, a także w przypadku **przewlekłych chorób autoimmunologicznych**, przed wyjazdem należy uzgodnić udzielenie tych świadczeń z placówką służby zdrowia w miejscu planowanego pobytu.

2. **Świadczenia w pełnym zakresie** – przysługują osobom, które zamieszkują w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż państwo właściwe. Zgodnie z przepisami o koordynacji, ubezpieczony lub członkowie jego rodziny, którzy mają miejsce zamieszkania w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż państwo właściwe, otrzymują w państwie członkowskim, w którym mają miejsce zamieszkania, świadczenia rzeczowe udzielane w imieniu właściwej instytucji przez instytucję miejsca zamieszkania, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa tak, jak gdyby byli oni ubezpieczeni na mocy tego ustawodawstwa. Dokumentem potwierdzającym prawo do pełnego zakresu świadczeń w państwie zamieszkania, jest dokument S1 (dawny formularz: E106, E109, E120 lub E121) wydawany przez instytucję właściwą osobie zamieszkującej w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż państwo właściwe.

Dokument S1 oraz formularze E106, E109, E120 i E121 nie stanowią podstawy do udzielenia rzeczowych świadczeń zdrowotnych, gdyż dokumenty te muszą

być najpierw zarejestrowane w instytucji miejsca zamieszkania, którą w Polsce jest oddział wojewódzki NFZ, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania. W następstwie rejestracji dokumentu S1 osoba, dla której wystawiono dokument, otrzymuje poświadczenie rejestracji tego dokumentu. Jeżeli pacjent okazuje świadczeniodawcy dokument S1, należy poinformować go, że dokument ten wymaga wcześniejszej rejestracji.

WZÓR POŚWIADCZENIA POTWIERDZAJĄCEGO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Pieczątka instytucji

Narodowy Fundusz Zdrowia

Oddział Wojewódzki w .....

POŚWIADCZENIE nr .....*)

potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Imiona	Nazwisko(a)

Data urodzenia
....
dzień miesiąc rok

Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji nie nadano tego numeru - seria i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych
.....
.....

Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu
.....
.....

Adres miejsca zamieszkania
.....
.....

Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
.....
miejscowość kod pocztowy ulica nr domu nr lokalu

Nazwa instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej
.....
.....

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji
.....
.....

Okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
.....

.....
data stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument

*) Budowa numeru rejestracyjnego poświadczenia przyjmuje format: numer oddziału/rodzaj zaświadczenia serii E100/rok wydania poświadczenia (dwie ostatnie cyfry)/numer kolejny poświadczenia (5-cyfrowy).

Źródło: Załącznik do rozporządzenia w sprawie wzoru poświadczenia.

UWAGA

Zgodnie z art. 53 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w przypadku wydania przez NFZ poświadczenia dokumentu uprawniającego do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, prawo osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji może zostać potwierdzone w sposób określony w art. 50 ust. 3 niniejszej ustawy.

Rezydent w e-WUŚ

Prawo do świadczeń ww. osoby może zostać potwierdzone elektronicznie, za pośrednictwem systemu „e-WUŚ". W przypadku, kiedy dana osoba nie widnieje w systemie lub informacja na temat jej statusu wyświetla się w kolorze czerwonym, podstawą udzielenia takiej osobie świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji pozostaje aktualne poświadczenie dokumentu S1 (formularza E106, E109, E120 lub E121) wydane przez oddział wojewódzki NFZ.

Brak możliwości złożenia oświadczenia

W żadnym razie rezydenci nie są uprawnieni do składania pisemnego oświadczenia o przysługującym im prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

Osoba podlegająca właściwości polskiego ustawodawstwa, która przenosi miejsce zamieszkania do innego państwa członkowskiego UE/EFTA powinna zawnioskować do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ o wydanie dokumentu S1, a po jego otrzymaniu – przedłożyć w instytucji miejsca zamieszkania.

3) **Świadczenia w ramach leczenia planowanego** – wszelkie świadczenia, których uzyskanie stanowi cel wyjazdu do innego państwa członkowskiego UE/EFTA. Ubezpieczony, który wyjeżdża do innego państwa członkowskiego UE/EFTA po to, aby skorzystać z leczenia, powinien przed wyjazdem uzyskać zgodę instytucji właściwej. Zgoda wydawana jest na formularzu S2 (dawny formularz E112)[10].

4) **Świadczenia z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej** – osoba, która uległa wypadkowi przy pracy lub która zapadła na chorobę zawodową, a która ma miejsce zamieszkania lub pobytu w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż państwo właściwe, jest uprawniona do szczególnych rzeczowych świadczeń zdrowotnych w ramach systemu obejmującego wypadki przy pracy i choroby zawodowe, udzielanych, w imieniu instytucji właściwej, przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem tak, jak gdyby była ona ubezpieczona na podstawie ustawodawstwa państwa pobytu. Ten rodzaj

[10] Szczegółowe informacje dotyczące leczenia planowanego zawarte są w publikacji dotyczącej tej tematyki.

świadczeń przysługuje wyłącznie w ramach leczenia skutków wypadku przy pracy lub choroby zawodowej i nie znajduje zastosowania względem członków rodziny osoby, która uległa wypadkowi przy pracy lub zapadła na chorobę zawodową. Podstawą udzielenia świadczeń z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej jest dokument DA1 (dawny formularz E123).

Pacjent uprawniony do skorzystania ze świadczeń z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej, który chciałby skorzystać w Polsce z leczenia skutków wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, powinien okazać dokument DA1 świadczeniodawcy, który ma udzielać tego rodzaju świadczeń. Jeżeli uprawniony do skorzystania ze świadczeń z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej przenosi miejsce zamieszkania lub zamieszkuje w Polsce, konieczne jest dokonanie rejestracji dokumentu DA1/E123 w oddziale wojewódzkim NFZ właściwym ze względu na miejsce zamieszkania. Podstawą do udzielenia świadczeń rzeczowych będących następstwem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej osobie mieszkającej w Polsce stanowi poświadczenie do dokumentu DA1/E123.

Osoby, które podlegają właściwości polskiego ustawodawstwa i uległy wypadkowi przy pracy lub zapadły na chorobę zawodową, lub podlegały właściwości polskiego ustawodawstwa w momencie wypadku lub zapadnięcia na chorobę zawodową, przy czym zdarzenie został zgodnie z polskim ustawodawstwem uznane za wypadek przy pracy lub chorobę zawodową, a zamieszkują lub przebywają w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA i są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ, mają prawo do otrzymania dokumentu DA1 wydanego przez właściwy oddział wojewódzki NFZ. Dokument ten daje prawo wyłącznie do leczenia skutków wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

1.1.2. Dyrektywa transgraniczna

Na podstawie dyrektywy transgranicznej osoby ubezpieczone w jednym z państw członkowskich UE mają prawo do odpłatnego skorzystania z opieki zdrowotnej niezależnie od tego, czy uzyskanie świadczeń stanowi cel pobytu w innym państwie członkowskim niż właściwe, czy też konieczność skorzystania ze świadczeń powstała już podczas pobytu w tym państwie.

Oznacza to, że pacjent ubezpieczony w jednym z państw członkowskich UE może skorzystać odpłatnie ze świadczeń udzielanych w innym państwie członkowskim UE zarówno w ramach publicznego systemu, jak i ze świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców prywatnych.

Mechanizm wprowadzony przez dyrektywę transgraniczną umożliwia pacjentowi uzyskanie zwrotu kosztów świadczeń. W oparciu o tę dyrektywę pacjenci mają prawo do opieki zdrowotnej w innym państwie niż państwo ubezpieczenia, niezależnie od tego jak jest ona zorganizowana, udzielana i finansowana.

Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów poniesionych przez ubezpieczonego jest to, aby leczenie, z którego korzysta mieściło się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia.

W związku z powyższym, polscy ubezpieczeni korzystający z leczenia na podstawie dyrektywy transgranicznej mogą uzyskać zwrot kosztów świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które mają charakter gwarantowany, tj. są w całości finansowane lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dyrektywy transgranicznej nie stosuje się do:

1. obowiązkowych szczepień ochronnych;
2. opieki długoterminowej, w zakresie, w jakim jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego;
3. przydziału i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów, obejmujących czynności, takie jak: koordynacja pobrania, badań i wydania na ich podstawie opinii lekarskich, identyfikacja potencjalnego dawcy, kwalifikacja potencjalnego dawcy, komisyjne stwierdzenie trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, hospitalizacja potencjalnego dawcy od stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu do pobrania narządu, wraz z czynnościami polegającymi na podtrzymywaniu czynności narządów, badania laboratoryjne przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów, badania kwalifikujące narządy do przeszczepienia, po pobraniu od dawcy, zabieg pobrania komórek lub tkanek, badania kwalifikujące komórki lub tkanki do przeszczepienia po pobraniu od dawcy, zabieg pobrania narządów z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez podmiot leczniczy, w którym pobrano narząd lub narządy i przeszczepiono pobrany narząd lub narządy.

Na podstawie dyrektywy transgranicznej pacjent, który skorzystał z transgranicznej opieki zdrowotnej, w następstwie której konieczna jest dalsza obserwacja medyczna, powinien mieć dostęp do takiej samej obserwacji medycznej, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na terenie państwa ubezpieczenia.

Oznacza to, że polski świadczeniobiorca, który skorzystał z leczenia transgranicznego **może kontynuować w Polsce leczenie rozpoczęte za granicą**.

Leczenie może być kontynuowane **w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej wyłącznie u świadczeniodawców działających w oparciu o umowę z NFZ**, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, gdyż jedynie koszty takich świadczeń będzie pokrywał Fundusz.

W odróżnieniu od możliwości przewidzianej przez dyrektywę transgraniczną, pozwalającej na skorzystanie w innym państwie członkowskim UE ze świadczeń realizowanych przez świadczeniodawcę działającego poza systemem publicznym, w ramach kontynuacji leczenia po powrocie do Polski, NFZ nie pokrywa kosztów świadczeń udzielonych w Polsce przez świadczeniodawcę, który nie posiada umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Możliwość kontynuowania leczenia rozpoczętego za granicą nie oznacza, że pacjenci, którzy skorzystali z takiego leczenia powinni być po powrocie do Polski traktowani preferencyjnie. Dotyczyć ich będą te same zasady dotyczące wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, czy też obowiązek przedłożenia skierowania.

1.2. Osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji i przepisów dyrektywy transgranicznej (ubezpieczeni/uprawnieni)

1.2.1. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

Na podstawie przepisów o koordynacji, z rzeczowych świadczeń zdrowotnych mogą korzystać osoby posiadające do nich prawo na podstawie ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE/EFTA.

1.2.1.1. Leczenie w Polsce dla osób podlegających właściwości innego państwa członkowskiego UE/EFTA

W oparciu o przepisy o koordynacji, w Polsce mogą korzystać z rzeczowych świadczeń zdrowotnych osoby podlegające właściwości ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE/EFTA, które mieszkają lub czasowo

przebywają w Polsce. Osobom, które zgodnie z przepisami o koordynacji przeniosły miejsce zamieszkania do Polski i zarejestrowały w oddziale wojewódzkim NFZ dokument S1 lub jeden z formularzy: E106, E109, E120 lub E121, przysługuje prawo do pełnego zakresu świadczeń. W przypadku pobytu czasowego w Polsce oraz zajścia konieczności skorzystania z leczenia o charakterze niezbędnym, osobie uprawnionej przysługuje prawo do takiego samego zakresu świadczeń, jaki w analogicznej sytuacji zdrowotnej przysługiwałby polskiemu świadczeniobiorcy.

Świadczenia o charakterze niezbędnym z medycznego punktu widzenia nie powinny ograniczać się wyłącznie do udzielania pomocy w tzw. przypadkach nagłych. Świadczenia o charakterze niezbędnym uwzględniają wszelki zakres świadczeń, który danemu pacjentowi powinien zostać udzielony z uwagi na jego stan zdrowia oraz przewidywany czas pobytu na terenie Polski. Udzielane są na podstawie EKUZ lub Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ.

Osoby uprawnione do leczenia na podstawie przepisów o koordynacji, mogą w Polsce korzystać ze świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na ich udzielanie z NFZ. Zakres przysługujących świadczeń jest zależny od celu pobytu w Polsce oraz tego, jakim dokumentem uprawniającym posługuje się dana osoba. Pacjent korzystający z rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji powinien być w Polsce traktowany w taki sam sposób, jak polski świadczeniobiorca w analogicznej sytuacji zdrowotnej.

W przypadku osób korzystających z rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, osoby uprawnione powinny każdorazowo przed skorzystaniem ze świadczeń okazać świadczeniodawcy dokument uprawniający do świadczeń, tj. EKUZ lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ, a w przypadku braku możliwości dokonania elektronicznej weryfikacji także poświadczenie wydane przez oddział wojewódzki NFZ do dokumentu S1 lub jednego z formularzy E106, E109, E120 lub E121. Prawo do świadczeń osób zamieszkujących na terenie Polski, które zarejestrowały jeden z ww. dokumentów w oddziale wojewódzkim NFZ może być, co do zasady, zweryfikowane elektronicznie przez świadczeniodawcę. Jednakże każdorazowo w razie powzięcia wątpliwości co do uprawnień danej osoby, świadczeniodawca może poprosić o okazanie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń.

EKUZ lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ, lub poświadczenie należy okazywać również w aptece.

W przypadku, kiedy osoba podlegająca właściwości ustawodawstwa innego państwa członkowskiego UE/EFTA chce skorzystać w Polsce z leczenia o charakterze planowanym, to po uzgodnieniu z polskim świadczeniodawcą warunków i terminu udzielenia planowanego świadczenia, powinna złożyć w oddziale wojewódzkim NFZ właściwym ze względu na siedzibę świadczeniodawcy kopię formularza S2/E112 wydanego przez instytucję właściwą.

Dokumenty S3 oraz DA1 należy okazywać bezpośrednio świadczeniodawcy[11].

1.2.1.2. Leczenie w innym państwie członkowskim UE/EFTA osób podlegających właściwości polskiego ustawodawstwa

Do skorzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE/EFTA na koszt NFZ mają osoby posiadające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które przebywają czasowo w innym państwie członkowskim UE/EFTA lub tam zamieszkują.

Osobom przebywającym czasowo w innym państwie członkowskim UE/EFTA, które nie wyjeżdżają do innego państwa członkowskiego w celu skorzystania z leczenia planowanego przysługują świadczenia niezbędne z medycznego punktu widzenia. Celem świadczeń tego typu jest umożliwienie ubezpieczonemu kontynuowania pobytu w innym państwie członkowskim UE/EFTA, w warunkach bezpiecznych dla zdrowia.

O tym, czy świadczenie ma charakter niezbędny decyduje lekarz udzielający świadczeń w państwie pobytu oceniając stan zdrowia pacjenta, biorąc pod uwagę charakter świadczeń oraz przewidywany czas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA tak, aby osoba uprawniona nie musiała wracać do państwa właściwego lub państwa zamieszkania przed końcem planowanego pobytu, w celu poddania się wymaganemu leczeniu. Podstawą udzielenia świadczeń o charakterze niezbędnym jest EKUZ albo Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ. Należy pamiętać, że EKUZ nie daje żadnych uprawnień do skorzystania z zaplanowanych świadczeń w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

Osoby podlegające właściwości polskiego ustawodawstwa i posiadające zgodnie z tym ustawodawstwem prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych, które przeniosły miejsce zamieszkania do innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA, mają prawo korzystać w tym państwie z pełnego zakresu rzeczowych świadczeń zdrowotnych. Warunkiem dostępu do świadczeń w pełnym zakresie jest uzyskanie z polskiej instytucji właściwej dokumentu S1 (dawniej jeden z formularzy: E106, E109, E120 lub E121). Dokument ten należy następnie przedłożyć w instytucji miejsca zamieszkania celem jego rejestracji.

[11] Informacje dotyczące dokumentów S3 i DA1 znajdują się w dalszej części publikacji. Szczegółowe zasady dotyczące korzystania z leczenia o charakterze planowanym zawarte są w publikacji poświęconej tej tematyce.

Osoby podlegające właściwości polskiego ustawodawstwa i posiadające zgodnie z tym ustawodawstwem prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych mają również możliwość skorzystania z leczenia planowanego w innym państwie członkowskim. Podstawą do tego rodzaju świadczeń jest zgoda na przeprowadzenie leczenia o takim charakterze wydawana przez NFZ na dokumencie S2 (dawny formularz E112).

Polscy ubezpieczeni mogą również korzystać na podstawie przepisów o koordynacji z leczenia następstw wypadków przy pracy lub choroby zawodowej, do czego uprawnia dokument DA1. Byłym pracownikom przygranicznym przysługuje natomiast prawo do określonych rodzajów świadczeń (badania, diagnozowania i leczenia choroby przez cały okres jej trwania) w państwie członkowskim ostatniego miejsca pracy, o ile choroba ta wystąpiła i leczenie tej choroby zostało rozpoczęte w państwie ostatniego miejsca pracy.

Należy bezwzględnie pamiętać o tym, że wyjeżdżając do innego państwa członkowskiego UE/EFTA, osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji korzystają z leczenia w państwie pobytu na takich samych zasadach, jakie obowiązują osoby tam ubezpieczone. W części państw członkowskich UE/EFTA ubezpieczeni ponoszą częściową odpłatność za skorzystanie ze świadczeń. Dlatego również osoby podlegające właściwości polskiego ustawodawstwa, które skorzystają z leczenia w oparciu o przepisy o koordynacji w państwie, którego system przewiduje udział pacjenta w kosztach świadczeń, będą obowiązane uiścić we własnym zakresie koszt współpłacenia. Koszt współpłacenia nie podlega zwrotowi.

1.2.2. Dyrektywa transgraniczna

1.2.2.1. Leczenie w Polsce dla osób podlegających właściwości innego państwa członkowskiego UE

Na podstawie przepisów dyrektywy transgranicznej, osoby przybywające do Polski mogą skorzystać ze świadczeń realizowanych przez wszystkich świadczeniodawców udzielających w Polsce świadczeń w oparciu o prawo krajowe.

Świadczeniodawcy mają prawo do ustalenia własnego cennika świadczeń udzielanych pacjentom prywatnym.

Za udzielone świadczenie pacjent musi otrzymać fakturę, gdyż dokument ten będzie stanowił podstawę uzyskania zwrotu kosztów w swoim państwie właściwym.

1.2.2.2. Leczenie w innym państwie członkowskim UE osób podlegających właściwości polskiego ustawodawstwa

Polski ubezpieczony może skorzystać z odpłatnego leczenia w innym państwie członkowskim UE. Pacjent ma prawo do otrzymania zwrotu poniesionych

kosztów leczenia, po uprzednim ich opłaceniu. Narodowy Fundusz Zdrowia zwraca poniesione koszty do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej.

W przypadku niektórych świadczeń opieki zdrowotnej możliwość uzyskania zwrotu kosztów warunkowana jest również koniecznością **uzyskania przed skorzystaniem z tych świadczeń uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**.

Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uzyskania uprzedniej zgody został określony w rozporządzeniu w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do członka rodziny polskiego ubezpieczonego, który zamieszkuje w jednym z państw wymienionych w Załączniku 3 do rozporządzenia nr 987/2009 (Irlandia, Hiszpania, Cypr, Niderlandy, Portugalia, Finlandia, Szwecja, Zjednoczone Królestwo) państwem właściwym do wydawania uprzedniej zgody na leczenie, zarówno w ramach koordynacji, jak i dyrektywy transgranicznej oraz dokonywania zwrotu poniesionych kosztów jest państwo zamieszkania.

1.3. Dokumenty uprawniające do świadczeń zdrowotnych – zasady wnioskowania, zakres świadczeń, zasady udzielania świadczeń

1.3.1. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

Przepisy o koordynacji znajdują zastosowanie wyłącznie do osób, które posiadają prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE/EFTA. W celu skorzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie tych przepisów, konieczne jest potwierdzenie prawa do świadczeń posiadanego z mocy ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE/EFTA.

Zgodnie z przepisami o koordynacji każde z państw członkowskich UE/EFTA wydaje dla osób objętych danym systemem opieki zdrowotnej dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z leczenia w innych państwie: EKUZ oraz Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ i dokumenty przenośne S1, S2, S3, DA1, wprowadzone w miejsce dawnych formularzy serii E100.

1.3.1.1. EKUZ

EKUZ wydawana jest w celu potwierdzenia prawa osoby ubezpieczonej lub członków jej rodziny do rzeczowych świadczeń zdrowotnych, które stają się niezbędne z przyczyn medycznych, biorąc pod uwagę charakter tych świadczeń oraz przewidywany czas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA tak, aby posiadacz karty nie musiał wracać do państwa właściwego lub państwa zamieszkania przed końcem planowanego pobytu, w celu poddania się wymaganemu leczeniu. Zakres uprawnień przysługujących na podstawie EKUZ wynika z przepisów koordynacyjnych, tj. art. 19 rozporządzenia nr 883/2004. O tym, jakie świadczenia są dla danej osoby niezbędne według powyższych kryteriów, decyduje lekarz w państwie pobytu.

Pojęcie „leczenia niezbędnego" odnosi się również do tych rzeczowych świadczeń zdrowotnych, z których pacjent przebywając tymczasowo na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA musi skorzystać, ze względu na to, że cierpi na chorobę przewlekłą.

Każde niezbędne leczenie, które jest możliwe jedynie w wyspecjalizowanych placówkach medycznych lub z udziałem wyspecjalizowanego personelu lub sprzętu, zasadniczo musi być przedmiotem wcześniejszego porozumienia pomiędzy ubezpieczonym a placówką gwarantującą leczenie. Taka procedura ma na celu zapewnienie dostępności leczenia podczas pobytu ubezpieczonego w państwie członkowskim UE/EFTA, innym niż państwo właściwe lub państwo miejsca zamieszkania.

Komisja Administracyjna w Decyzji nr S3 ustaliła listę rzeczowych świadczeń zdrowotnych, które aby mogły być udzielone w innym państwie członkowskim UE/EFTA, z przyczyn praktycznych wymagają wcześniejszego porozumienia między zainteresowaną osobą a instytucją zapewniającą opiekę.

Jeżeli w czasie pobytu poza państwem właściwym istnieje potrzeba skorzystania z **dializ nerek, tlenoterapii, specjalnego leczenia astmy, chemioterapii lub echokardiografii**, a także w przypadku **przewlekłych chorób autoimmunologicznych**, przed wyjazdem należy uzgodnić udzielenie tych świadczeń z placówką służby zdrowia w miejscu planowanego pobytu.

Świadczenia te udzielane są w imieniu instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią

ustawodawstwa tak, jak gdyby zainteresowane osoby były ubezpieczone na mocy wspomnianego ustawodawstwa.

EKUZ jest wydawana w językach urzędowych państw członkowskich UE/EFTA. Zawiera ona minimalny zestaw danych widocznych gołym okiem, które mogą być wykorzystywane w państwie członkowskim UE/EFTA innym niż państwo właściwe, w celu zidentyfikowania ubezpieczonego, instytucji właściwej i samej karty, jak również stwierdzenia uprawnienia do otrzymania opieki medycznej podczas tymczasowego pobytu w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

EKUZ, pomimo że jest wydawana przez poszczególne państwa członkowskie UE/EFTA w językach narodowych, nie wymaga tłumaczenia na język państwa, w którym może zostać wykorzystana.

EKUZ wydana w każdym z państw członkowskich UE/EFTA wygląda analogicznie i zawiera ten sam, usystematyzowany zestaw danych:

- nazwisko i imię posiadacza karty,
- osobisty numer identyfikacyjny posiadacza karty albo, w razie jego braku, numer ubezpieczonego, od którego pochodzą prawa posiadacza karty,
- datę urodzenia posiadacza karty,
- datę ważności karty,
- kod ISO państwa członkowskiego UE/EFTA wydającego kartę,
- numer identyfikacyjny i akronim instytucji właściwej,
- numer logiczny karty.

Na EKUZ może być dodatkowo zamieszczony mikroprocesor lub pasek magnetyczny, zawierający powyższe dane.

Zasady korzystania z opieki podczas pobytu w państwach członkowskich UE/EFTA dotyczą wszystkich posiadaczy EKUZ bez względu na to, czy zgodnie z ustawodawstwem państwa właściwego posiadają status głównego ubezpieczonego, czy też członka rodziny głównego ubezpieczonego. Jednakże członek rodziny nie może uzyskać świadczeń na podstawie karty głównego ubezpieczonego. Należy pamiętać, że karta jest dokumentem spersonalizowanym i wydawana jest dla każdego członka rodziny osobno.

EKUZ należy okazać bezpośrednio świadczeniodawcy. W niektórych państwach wraz z kartą wymagane jest okazanie dokumentu tożsamości, np. paszportu. Świadczeniodawca jest zobowiązany do zweryfikowania danych zawartych na karcie pod kątem zgodności z wzorem określonym w Decyzji nr S2, w szczególności sprawdza zakres danych zawartych na karcie oraz okres jej obowiązywania.

Należy mieć na względzie to, że w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, z opieki medycznej, na podstawie EKUZ

można korzystać wyłącznie u świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń w ramach publicznego systemu opieki medycznej w państwie pobytu.

Nie jest wystarczające podanie świadczeniodawcy samego numeru identyfikacyjnego karty.

Wniosek o wydanie EKUZ jest dostępny w oddziałach wojewódzkich NFZ, a ponadto, wniosek o wydanie EKUZ zamieszczony jest w formie elektronicznej na stronie internetowej polskiej instytucji łącznikowej, pod adresem: www.ekuz.nfz.gov.pl, oraz na stronach internetowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ.

W zależności od statusu ubezpieczeniowego osoby, dla której ma być wydana karta oraz celu wyjazdu, obowiązują trzy rodzaje wniosków o EKUZ.

Za równorzędne z wnioskiem o wydanie EKUZ uznawane jest pismo złożone przez wnioskodawcę, o ile zawiera wszystkie dane, które są wymagane do wydania karty.

Wniosek o wydanie EKUZ należy złożyć w oddziale wojewódzkim NFZ. Wykaz placówek zamieszczony jest w końcowej części „Informatora".

Możliwe jest złożenie wniosku w każdym oddziale wojewódzkim NFZ. Niemniej jednak w przypadku, gdy rozpatrzenie wniosku przez oddział wojewódzki NFZ, który nie jest właściwy, będzie się wiązało z koniecznością dodatkowej weryfikacji w celu ustalenia statusu ubezpieczeniowego danej osoby, oddział wojewódzki NFZ jest zobowiązany do poinformowania wnioskodawcy, że:

- istnieje konieczność przesłania dokumentacji do oddziału właściwego ze względu na miejsce zamieszkania;
- okres ważności, na jaki zostanie wydana EKUZ, będzie liczony od dnia złożenia wniosku w oddziale innym niż właściwy;
- po wystawieniu EKUZ w systemie elektronicznym może ona zostać odebrana w tym oddziale wojewódzkim NFZ, w którym złożono wniosek.

Wniosek o wydanie EKUZ wraz z niezbędnymi dokumentami można złożyć i kartę odebrać osobiście w oddziale wojewódzkim NFZ.

Wniosek również może zostać przesłany za pośrednictwem:

- poczty,
- faksu,
- poczty elektronicznej,
- ePUAP.

Wniosek przesyłany do oddziału wojewódzkiego NFZ powinien zostać podpisany w sposób czytelny i niebudzący wątpliwości w zakresie identyfikacji wnioskodawcy.

W przypadku, gdy na wniosku przesłanym za pośrednictwem poczty elektronicznej brak jest podpisu lub podpis jest nieczytelny, wnioskodawca ma wyłącznie możliwość osobistego odbioru dokumentu. Jeżeli jednak wniosek został zeskanowany i zawiera czytelny podpis, karta może zostać przesłana na adres wskazany we wniosku.

W przypadku składania wniosku za pośrednictwem Elektronicznej Skrzynki Podawczej w ramach Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP) niezbędne jest posiadanie konta użytkownika na platformie ePUAP oraz dołączenie zeskanowanego wniosku o EKUZ lub podanie wszelkich danych niezbędnych do wydania dokumentu. Dokumenty elektroniczne wysyłane za pośrednictwem ePUAP muszą być podpisane ważnym, kwalifikowanym podpisem cyfrowym lub profilem zaufanym. W przypadku braku takiego podpisu lub profilu zaufanego możliwy jest wyłącznie odbiór osobisty karty.

Świadczeniobiorcy mogą, co do zasady, uzyskać EKUZ na podstawie samego wniosku o jej wydanie złożonego w oddziale wojewódzkim NFZ. Jedynie w przypadku osób, które ukończyły 18 rok życia i kontynuują naukę, zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego, jako członek rodziny, oprócz wniosku o wydanie karty konieczne jest również przedłożenie dokumentu potwierdzającego kontynuację kształcenia, np. legitymację ucznia/studenta.

W przypadku jednak, kiedy pracownik oddziału wojewódzkiego NFZ rozpatrujący wniosek o wydanie EKUZ będzie miał wątpliwości, co do statusu ubezpieczeniowego osoby, której dotyczy wniosek o wydanie EKUZ, konieczne będzie dodatkowe zweryfikowanie prawa do świadczeń tej osoby. W takiej sytuacji EKUZ zostanie wydana w oparciu o dokumenty potwierdzające ubezpieczenie zdrowotne w NFZ. Pracownik oddziału wojewódzkiego NFZ powinien poinformować wnioskodawcę o konieczności dostarczenia takich dokumentów.

Jeżeli osoba wnioskująca o wydanie EKUZ lub osoba przez nią upoważniona przedstawiła kompletną dokumentację pozwalającą na jednoznaczne ustalenie uprawnienia do otrzymania karty, powinna ona zostać wystawiona w dniu osobistego złożenia wniosku lub w okresie do trzech dni roboczych od dnia wpływu wniosku drogą pocztową, faksem lub w formie elektronicznej do oddziału wojewódzkiego NFZ, chyba że osoba wnioskująca wskazała inny termin odbioru EKUZ. Niemniej jednak, jeżeli wniosek o wydanie EKUZ został złożony za pośrednictwem poczty elektronicznej, oddział wojewódzki NFZ w ciągu trzech dni od dnia otrzymania wiadomości na skrzynkę pocztową oddziału ma obowiązek odesłać odpowiedni komunikat z informacją o sposobie rozpatrzenia wniosku.

W przypadku zbiorczych wniosków o wydanie EKUZ dla osób wyjeżdżających w związku z oddelegowaniem do pracy lub wykonywaniem pracy w dwóch państwach członkowskich UE/EFTA na podstawie dokumentu A1, składanych w okresie sezonu letniego i ferii zimowych, dopuszcza się możliwość wydłużenia okresu na rozpatrzenie przedmiotowych wniosków do 7 dni roboczych.

EKUZ potwierdza prawo do korzystania na koszt NFZ z niezbędnych świadczeń zdrowotnych w czasie pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, z wyłączeniem kosztów współpłacenia pacjenta, o ile współpłacenie zostało przewidziane w ustawodawstwie państwa pobytu i pacjent takie koszty poniósł[12]. Zgodnie z przepisami unijnymi z zakresu koordynacji, EKUZ może zostać wydana wyłącznie tym osobom,

[12] Większość państw członkowskich UE/EFTA przewiduje częściowy udział pacjenta w kosztach leczenia. Co do zasady, pacjenci nie ponoszą kosztów współpłacenia w: Holandii (chyba że pacjent wyrazi chęć skorzystania ze świadczeń o wyższym standardzie, Irlandii, Wielkiej Brytanii oraz na Litwie i Malcie).

które posiadają prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawodawstwem jednego z państw członkowskich UE/EFTA. Ważność tego dokumentu wygasa zawsze z chwilą utraty tego uprawnienia.

W odniesieniu do Polski oznacza to, że EKUZ może być wydana świadczeniobiorcom. Karta zachowuje ważność do wskazanej na niej daty końcowej ważności, chyba że w czasie, w którym była ważna, jej posiadacz utracił status świadczeniobiorcy. W takiej sytuacji posługiwanie się kartą jest nieuprawnione.

Osoba uprawniona do opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, ma podczas tymczasowego pobytu w Polsce prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych, niezbędnych ze wskazań medycznych w oparciu o EKUZ. a podstawie karty, pacjent z innego państwa członkowskiego UE/EFTA może korzystać ze świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na udzielanie takich świadczeń z NFZ. Na budynkach takich placówek zamieszczone jest logo NFZ. Ponadto informacje o świadczeniodawcach działających na terenie danego województwa, którzy zawarli umowy z NFZ można uzyskać we właściwym terytorialnie oddziale wojewódzkim Funduszu.

Na podstawie EKUZ przysługują wszelkie świadczenia, które zostaną uznane przez udzielającego ich lekarza za niezbędne z medycznego punktu widzenia.

EKUZ uprawnia nie tylko do świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta oraz zaplanowanym wcześniej okresem pobytu w Polsce, na podstawie karty mogą być również udzielane świadczenia specjalistyczne. Pacjent z innego państwa członkowskiego UE/EFTA powinien mieć udzielone świadczenia w taki sposób i w takim zakresie, jaki przysługuje w tożsamej sytuacji zdrowotnej osobie ubezpieczonej w Polsce.

EKUZ daje wyłącznie prawo do korzystania ze świadczeń o charakterze niezbędnym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjenta i przewidywanego czasu pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA.

EKUZ w żadnym razie nie uprawnia do korzystania ze świadczeń o charakterze planowanym, na co jednoznacznie wskazuje Decyzja nr S1. Zgodnie z jej brzmieniem, EKUZ nie obejmuje świadczeń rzeczowych z tytułu choroby w przypadku, gdy celem pobytu jest poddanie się leczeniu w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

EKUZ odpowiada jednolitemu wzorowi i jednolitym specyfikacjom, określonym przez Komisję Administracyjną w załączniku I do Decyzji nr S2. EKUZ powinna być łatwo rozpoznawalna i akceptowana przez trzy główne zainteresowane strony – ubezpieczonego, świadczeniodawców

oraz instytucje. EKUZ zawiera minimalny zestaw widocznych gołym okiem danych, które mogą być wykorzystywane w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe ze względu na miejsce ubezpieczenia lub zamieszkania w celu:

- zidentyfikowania ubezpieczonego, instytucji właściwej i karty,
- stwierdzenia uprawnienia do otrzymania opieki podczas tymczasowego pobytu w innym państwie członkowskim.

WZÓR EKUZ

Źródło: Załącznik I do Decyzji nr S2.

1.3.1.2. Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ

Zawsze przed wyjazdem do innego państwa członkowskiego UE/EFTA należy zadbać o uzyskanie EKUZ, albowiem to właśnie ta karta jest dokumentem, na podstawie którego można korzystać z rzeczowych świadczeń zdrowotnych, które stają się niezbędne podczas tymczasowego pobytu w państwach członkowskich UE/EFTA. Niemniej jednak przepisy o koordynacji dopuszczają możliwość wydania Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ, z tym jednak zastrzeżeniem, że może on być wydawany w wyjątkowych okolicznościach. Za takie okoliczności uznaje się, np. kradzież lub utratę karty. Z wnioskiem o wydanie Certyfikatu Tymczasowo

Zastępującego EKUZ może występować świadczeniobiorca, osoba przez niego upoważniona lub instytucja miejsca pobytu.

Na wniosek i za zgodą pacjenta Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ może zostać odesłany na wskazany przez niego adres, numer faksu lub pocztą elektroniczną na adres email podany przez pacjenta.

Należy pamiętać, że osoba korzystająca ze świadczeń rzeczowych na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA jest traktowana tak, jak osoby ubezpieczone w państwie pobytu. Jeżeli zatem osoba ubezpieczona w tym państwie ponosi koszty współpłacenia za dane świadczenia, to polski świadczeniobiorca, korzystając ze świadczeń w tym państwie, również będzie zobowiązany uiścić, we własnym zakresie, określoną opłatę, która nie podlega zwrotowi przez NFZ.

W celu uzyskania Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ przez osobę przebywającą na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA niezbędne jest przesłanie podpisanego wniosku o wydanie certyfikatu do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Wniosek o wydanie certyfikatu jest dostępny na stronie internetowej, pod adresem: www.ekuz.nfz.gov.pl.

We wniosku należy wskazać daty, w jakich świadczenie zostało udzielone lub datę początkową, w przypadku, gdy osoba nadal pozostaje w trakcie leczenia. Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ wydawany jest z ograniczoną datą ważności, zazwyczaj na czas udzielenia świadczeń.

Za równorzędne z ww. wnioskiem o wydanie Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ uznawane jest pismo złożone przez wnioskodawcę, o ile zawiera ono wszystkie dane, które są wymagane do wydania Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ. W piśmie, w szczególności uwzględnione powinny być następujące dane:

- imię i nazwisko,
- adres zamieszkania,
- data urodzenia lub nr PESEL pacjenta,
- okres na jaki certyfikat ma zostać wydany,
- oświadczenie, iż wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz
- ewentualny telefon kontaktowy.

W przypadku, gdy oddział wojewódzki NFZ, na podstawie posiadanych danych, nie będzie w stanie potwierdzić faktu posiadania przez pacjenta prawa do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na koszt NFZ, konieczne może być przedstawienie przez wnioskodawcę dokumentów potwierdzających to prawo.

Z wnioskiem o wydanie Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ może wystąpić również instytucja miejsca pobytu, przesyłając pisemny wniosek do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ lub do Centrali NFZ. Do wystąpienia z wnioskiem o Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ może zostać również upoważniona osoba trzecia, która legitymuje się odpowiednim dokumentem potwierdzającym upoważnienie.

Wzór upoważnienia jest dostępny na stronie internetowej polskiej instytucji łącznikowej www.ekuz.nfz.gov.pl.

WZÓR CERTYFIKATU TYMCZASOWO ZASTĘPUJĄCEGO EKUZ OKREŚLONY W ZAŁĄCZNIKU II DO DECYZJI S2

CERTYFIKAT TYMCZASOWO ZASTĘPUJĄCY EUROPEJSKĄ KARTĘ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

jak określono w załączniku II do decyzji nr S2 dotyczącej specyfikacji technicznych europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego

Państwo członkowskie wydające kartę

1. | 2. ...

Informacje dotyczące posiadacza karty

3. Nazwisko: .....
4. Imiona: .....
5. Data urodzenia: .../.../.....
6. Osobisty numer identyfikacyjny: .....

Informacje dotyczące instytucji właściwej

7. Numer identyfikacyjny instytucji:
.....

Informacje dotyczące karty

8. Numer identyfikacyjny karty: .....
9. Data ważności: .../.../.....

Okres ważności certyfikatu | *Data wydania certyfikatu*

a) Od: .../.../.....
b) Do: .../.../.....

c) .../.../.....

Podpis i pieczęć instytucji:

d)

Wskazówki i informacje

Wszystkie uregulowania mające zastosowanie do danych widocznych na karcie europejskiej oraz dotyczące opisu, brzmienia, długości i informacji w polach zawierających dane mają zastosowanie do certyfikatu.

Źródło: Załącznik II do Decyzji nr S2.

1.3.1.3. Dokument przenośny S1 (dawny formularz E106, E109, E120, E121)

Jest to dokument potwierdzający prawo do pełnego zakresu rzeczowych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania, innym niż państwo właściwe. Wydawany jest przez instytucję właściwą ubezpieczonemu w danym państwie członkowskim UE/EFTA oraz członkom rodziny ubezpieczonego. Osoba, której instytucja właściwa wydała dokument S1, uzyskuje prawo do świadczeń w państwie zamieszkania po jego rejestracji w instytucji miejsca zamieszkania.

Prawo do pełnego zakresu świadczeń w państwie zamieszkania oznacza możliwość korzystania w tym państwie ze wszystkich rodzajów rzeczowych świadczeń zdrowotnych, do których uprawnione są osoby ubezpieczone lub uprawnione do świadczeń na mocy ustawodawstwa tego państwa członkowskiego UE/EFTA. Osoba, której wydano dokument S1, korzysta

w państwie zamieszkania z opieki zdrowotnej na takich samych zasadach, jak osoby ubezpieczone w tym państwie.

NFZ wprowadził odrębne wnioski o wydanie dokumentu S1 dla poszczególnych kategorii osób przenoszących miejsce zamieszkania do innego państwa członkowskiego UE/EFTA. Wnioski są dostępne w oddziałach wojewódzkich NFZ oraz na stronie internetowej polskiej instytucji łącznikowej www.ekuz.nfz.gov.pl.

WZÓR DOKUMENTU S1

Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

S1

Rejestracja w celu objęcia opieką zdrowotną

Rozporządzenia UE nr 883/04 oraz 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Zaświadczenie potwierdzające prawo Pana/Pani i członków Pana/Pani rodziny do świadczeń z tytułu choroby, macierzyństwa i równoważnych świadczeń dla ojca (np. opieki zdrowotnej, leczenia itd.) w państwie miejsca zamieszkania. Uprawnienia przysługują członkom rodziny wyłącznie jeżeli spełniają oni warunki określone w ustawodawstwie państwa miejsca zamieszkania.
Zaświadczenie należy przedłożyć możliwie najszybciej w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu zamieszkania (**).
Wykaz instytucji ubezpieczenia zdrowotnego znajduje się pod adresem: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1	Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim	
1.2	Nazwisko	
1.3	Imię	
1.4	Nazwisko rodowe (***)	
1.5	Data urodzenia	
1.6	Adres w państwie miejsca zamieszkania	
1.6.1	Ulica, nr	1.6.3 Kod pocztowy
1.6.2	Miasto	1.6.4 Symbol państwa
1.7	Status	

☐ 1.7.1 Osoba ubezpieczona
☐ 1.7.2 Członek rodziny osoby ubezpieczonej
☐ 1.7.3 Emeryt/rencista
☐ 1.7.4 Członek rodziny emeryta/rencisty
☐ 1.7.5 Osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury/renty

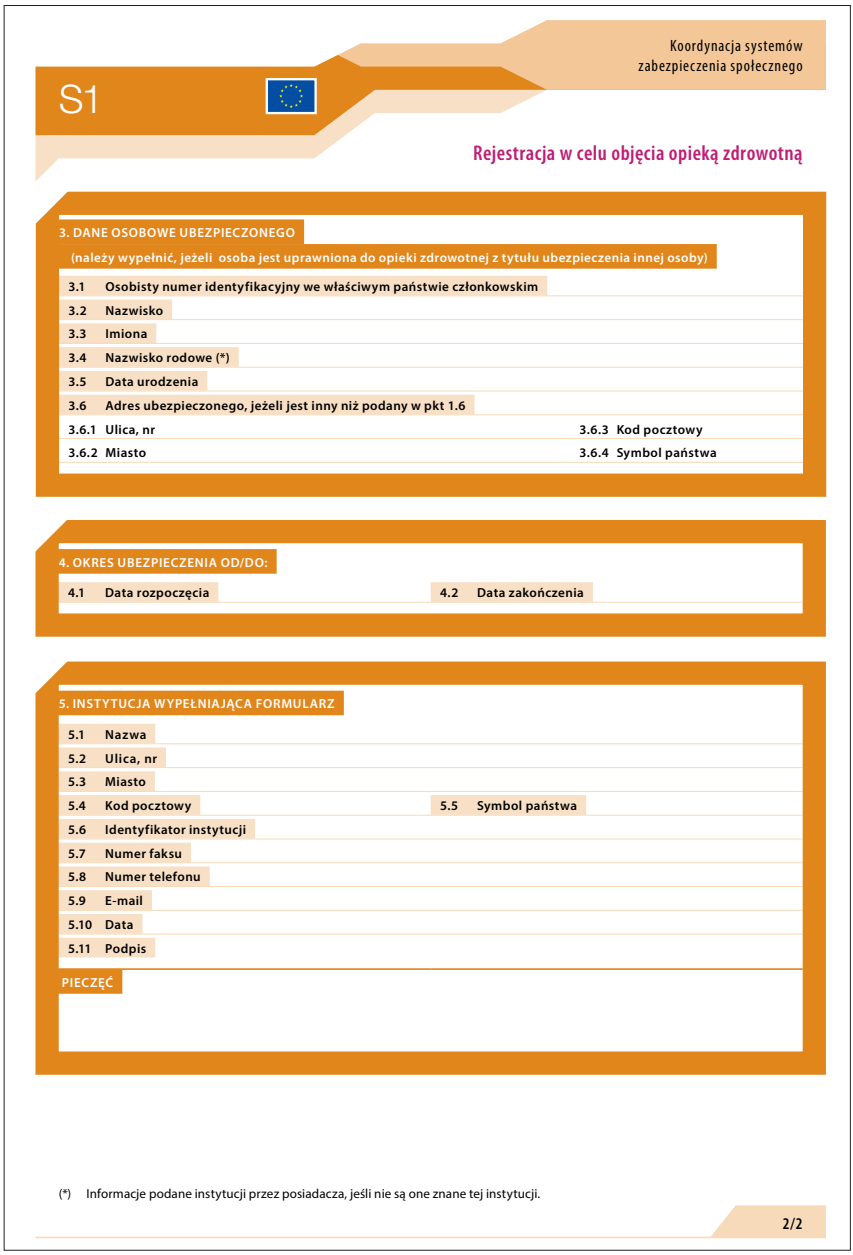
2. ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE Z TYTUŁU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

☐ 2.1 Posiadacz otrzymuje świadczenia pieniężne z tytułu opieki długoterminowej

(*) Art. 17, 22, 24, 25, 26 i 34 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 24 i 28 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.
(**) W Hiszpanii, Szwecji i Portugalii zaświadczenie należy przedłożyć odpowiednio w Regionalnej Dyrekcji Narodowego Zakładu Zabezpieczenia Społecznego (INSS), instytucji ubezpieczeń społecznych i instytucji zabezpieczenia społecznego w miejscu zamieszkania.
(***) Informacje podane instytucji przez posiadacza, jeśli nie są one znane tej instytucji

1/2

©Komisja Europejska



Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

S1

Rejestracja w celu objęcia opieką zdrowotną

3. DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

(należy wypełnić, jeżeli osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej z tytułu ubezpieczenia innej osoby)

3.1 Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim
3.2 Nazwisko
3.3 Imiona
3.4 Nazwisko rodowe (*)
3.5 Data urodzenia
3.6 Adres ubezpieczonego, jeżeli jest inny niż podany w pkt 1.6
3.6.1 Ulica, nr
3.6.2 Miasto
3.6.3 Kod pocztowy
3.6.4 Symbol państwa

4. OKRES UBEZPIECZENIA OD/DO:

4.1 Data rozpoczęcia
4.2 Data zakończenia

5. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

5.1 Nazwa
5.2 Ulica, nr
5.3 Miasto
5.4 Kod pocztowy
5.5 Symbol państwa
5.6 Identyfikator instytucji
5.7 Numer faksu
5.8 Numer telefonu
5.9 E-mail
5.10 Data
5.11 Podpis

PIECZĘĆ

(*) Informacje podane instytucji przez posiadacza, jeśli nie są one znane tej instytucji.

2/2

Źródło: https://circabc.europa.eu/sd/a/9c6886de-5695-4e29-a370-8a7acb143fc5/S1%20PL.pdf.

Dokument S1 wydany przez instytucję właściwą podlega rejestracji w państwie zamieszkania. W Polsce dokument S1 należy zarejestrować w oddziale wojewódzkim NFZ właściwym ze względu na miejsce zamieszkania. Po dokonaniu rejestracji dokumentu S1, oddział wojewódzki NFZ wydaje poświadczenie dokumentu S1, potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zwane dalej „Poświadczeniem".

Podstawą udzielania świadczeń przez polskiego świadczeniodawcę w pełnym zakresie jest Poświadczenie wydane w związku z rejestracją dokumentu S1 lub jednego z formularzy serii E100, o których mowa powyżej. Świadczeń nie należy udzielać w oparciu o sam dokument S1 lub formularz serii E100. Osoba, dla której zarejestrowano jeden z ww. dokumentów, może być również weryfikowana elektronicznie, za pośrednictwem systemu

WZÓR POŚWIADCZENIA DOKUMENTU S1 LUB FORMULARZA E106, E109, E120, E121

Pieczątka instytucji **Narodowy Fundusz Zdrowia** **Oddział Wojewódzki w .....**
POŚWIADCZENIE nr .....* **potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**
Imiona | Nazwisko(a)
Data urodzenia .... dzień miesiąc rok
Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji nie nadano tego numeru - seria i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych ....
Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu ....
Adres miejsca zamieszkania ....
Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ..... miejscowość kod pocztowy ulica nr domu nr lokalu
Nazwa instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej ....
Zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji ....
Okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej .....
..... data stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument

* Budowa numeru rejestracyjnego poświadczenia przyjmuje format: numer oddziału/rodzaj zaświadczenia serii E100/rok wydania poświadczenia (dwie ostatnie cyfry)/numer kolejny poświadczenia (5-cyfrowy).

Źródło: Załącznik do rozporządzenia w sprawie wzoru poświadczenia.

e-WUŚ. Jednakże w każdym przypadku, kiedy świadczeniodawca będzie miał wątpliwości co do tego, czy dana osoba jest uprawniona do świadczeń, powinien ją poprosić o okazanie Poświadczenia wydanego przez oddział wojewódzki NFZ. Niedopuszczalne jest składanie przez osoby posiadające dokument S1 lub formularz serii E100 oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

Poświadczenie zachowuje ważność do czasu utraty uprawnień, nawet wówczas, gdy data wygaśnięcia uprawnień jest wcześniejsza niż końcowa data wskazana w dokumencie.

Należy także pamiętać, że Poświadczenie wydawane jest również w przypadku rejestracji dokumentu DA1 lub formularza E123 wydawanych w związku z przeniesieniem zamieszkania przez osobę, która uległa wypadkowi przy pracy lub zapadłą na chorobę zawodową. Wówczas dokument ten uprawnia do szczególnego zakresu świadczeń, związanego z leczeniem następstw wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, o czym mowa w dalszej części publikacji.

1.3.1.4. Dokument przenośny S2 (dawny formularz E112)

Dokument wydawany przez instytucję właściwą w celu potwierdzenia prawa do określonego rodzaju leczenia planowanego za granicą. Dokument S2 potwierdza wyłącznie prawo posiadacza dokumentu do świadczeń w zakresie wskazanym w tym dokumencie.

Leczenie planowane stanowi przewidywany, ściśle określony zakres leczenia, które ma zostać przeprowadzone w innym państwie członkowskim UE/EFTA, na podstawie wcześniej uzyskanej zgody instytucji właściwej, która w przypadku osób podlegających właściwości polskiego ustawodawstwa wydawana jest przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania.

Pacjenci, którzy uzyskali zgodę dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na leczenie w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż miejsce zamieszkania, leczeni są zgodnie z ustawodawstwem państwa, w którym leczenie to ma zostać przeprowadzone. Mając na względzie przepisy unijne określające system współpłacenia w sytuacji, gdy pacjent uzyskał zgodę dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na leczenie poza granicami kraju z powodu zbyt długiego czasu oczekiwania, zobowiązany jest do współpłacenia zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego, w którym pacjent przebywa.

Pacjent z innego państwa członkowskiego UE/EFTA, który chciałby skorzystać w Polsce z leczenia o charakterze planowanym, powinien uzyskać formularz S2 z instytucji zagranicznej, w której jest ubezpieczony oraz uzgodnić warunki udzielenia planowanego świadczenia oraz jego termin z polskim świadczeniodawcą, który ma zawartą umowę z NFZ. Po dokonaniu tych czynności należy złożyć w oddziale wojewódzkim NFZ właściwym ze względu na siedzibę świadczeniodawcy kopię formularza E 112/S2.

WZÓR DOKUMENTU S2

Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

S2

Prawo do planowanego leczenia

Rozporządzenia UE nr 883/04 i 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Niniejsze zaświadczenie wydaje się w celu potwierdzenia prawa do określonego rodzaju leczenia planowanego za granicą. Po przedłożeniu niniejszego zaświadczenia instytucji opieki zdrowotnej w państwie, w którym będzie prowadzone leczenie może Pan/Pani korzystać z leczenia na takich samych warunkach, jak osoba ubezpieczona w tym państwie. Może Pan/Pani mieć prawo do dodatkowego zwrotu kosztów według krajowych stawek zwrotu. Informacji udzieli Panu/Pani właściwa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego. Wykaz instytucji opieki zdrowotnej znajduje się pod adresem: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1	Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim		
1.2	Nazwisko		
1.3	Imiona		
1.4	Nazwisko rodowe (**)		
1.5	Data urodzenia		
1.6	Aktualny adres		
1.6.1	Ulica, nr	1.6.3	Kod pocztowy
1.6.2	Miasto	1.6.4	Symbol państwa

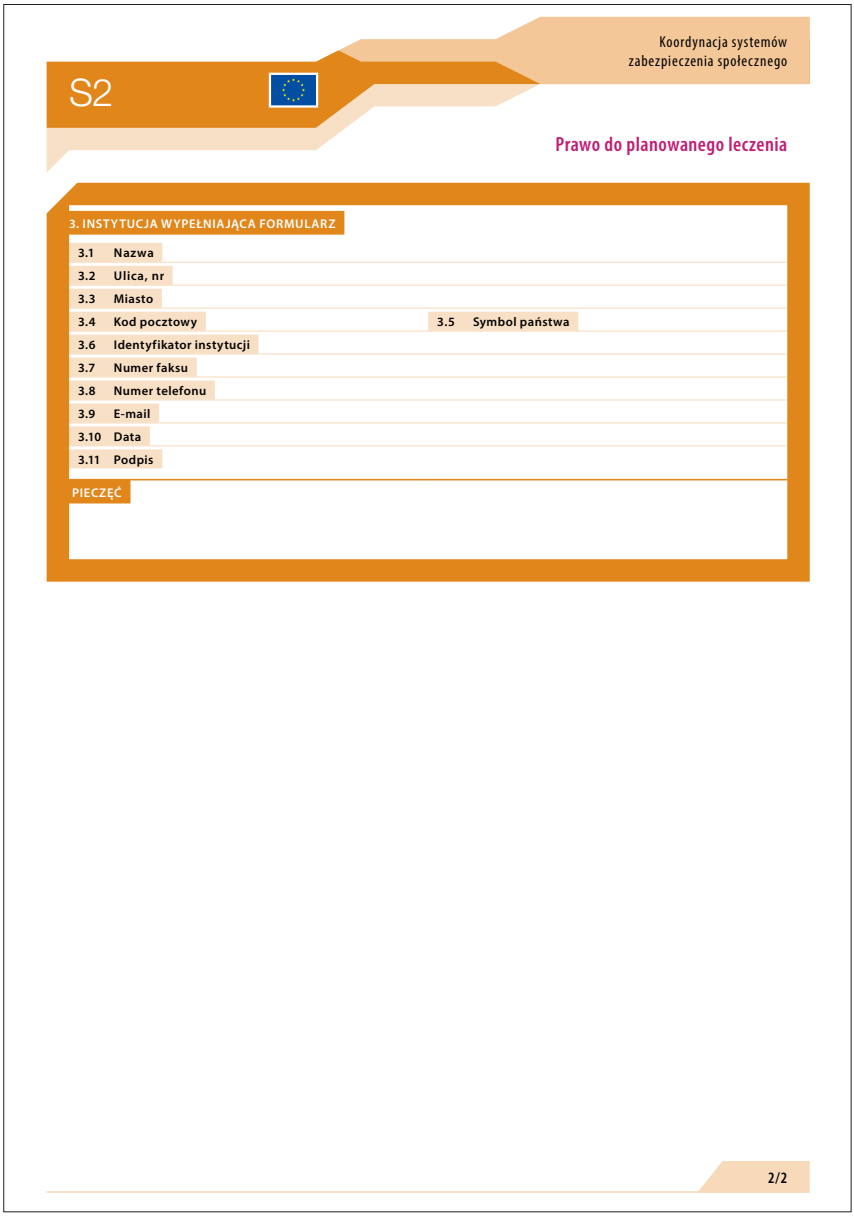
2. RODZAJ I MIEJSCE LECZENIA

2.1	Rodzaj leczenia		
2.2	Miejsce leczenia		
2.3	Przewidywany okres leczenia		
2.3.1	Data rozpoczęcia	2.3.2	Data zakończenia

(*) Art. 20, 27 i 36 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 26 i 33 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.
(**) Informacje podane instytucji przez osobę uprawnioną, jeśli nie są znane tej instytucji.

1/2

©Komisja Europejska



Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

S2

Prawo do planowanego leczenia

3. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

3.1	Nazwa		
3.2	Ulica, nr		
3.3	Miasto		
3.4	Kod pocztowy	3.5	Symbol państwa
3.6	Identyfikator instytucji		
3.7	Numer faksu		
3.8	Numer telefonu		
3.9	E-mail		
3.10	Data		
3.11	Podpis		

PIECZĘĆ

2/2

Źródło: https://circabc.europa.eu/sd/a/346a8c62-4152-45d4-bbe6-651233b46ca4/S2%20PL.pdf.

1.3.1.5. Dokument przenośny S3

Odmianę leczenia planowanego stanowi również leczenie byłych pracowników przygranicznych realizowane na podstawie dokumentu przenośnego S3. Dokument ten jest wydawany przez instytucję właściwą dla byłego pracownika przygranicznego w celu potwierdzenia uprawnień do korzystania z określonych rodzajów leczenia w państwie ostatniego miejsca

pracy. Zgodnie z przepisami o koordynacji, pracownik przygraniczny, który przeszedł na emeryturę lub rentę inwalidzką, jest uprawniony w przypadku choroby do dalszego uzyskiwania świadczeń rzeczowych w państwie członkowskim, w którym ostatnio wykonywał pracę najemną lub pracę na własny rachunek w zakresie, w jakim jest to kontynuacja opieki rozpoczętej w tym państwie członkowskim. Określenie „kontynuacja opieki" oznacza dalsze badanie, diagnozowanie i leczenie choroby przez cały okres jej trwania.

WZÓR DOKUMENTU S3

Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

S3

Leczenie dla byłego pracownika przygranicznego w państwie ostatniego miejsca pracy

Rozporządzenia UE nr 883/04 i 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Niniejsze zaświadczenie wydaje się w celu potwierdzenia uprawnień do korzystania z określonych rodzajów leczenia w państwie ostatniego miejsca Pana/Pani pracy.
Po przedłożeniu niniejszego zaświadczenia w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu pobytu może Pan/Pani korzystać z leczenia na takich samych warunkach, jak osoba ubezpieczona w tym państwie.
Wykaz instytucji ubezpieczenia zdrowotnego znajduje się pod adresem: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1	Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim		
1.2	Nazwisko		
1.3	Imiona		
1.4	Nazwisko rodowe (**)		
1.5	Data urodzenia		
1.6	Aktualny adres		
1.6.1	Ulica, nr	1.6.3	Kod pocztowy
1.6.2	Miasto	1.6.4	Symbol państwa
1.7	Osobisty numer identyfikacyjny w państwie członkowskim ostatniego miejsca pracy		
1.8	Status		

☐ 1.8.1 Były pracownik przygraniczny ☐ 1.8.2 Członek rodziny byłego pracownika przygranicznego

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA

Osoba wymieniona powyżej jest uprawniona do

☐ 2.1 kontynuacji leczenia, które rozpoczęła w państwie ostatniego miejsca pracy, tzn. (***)

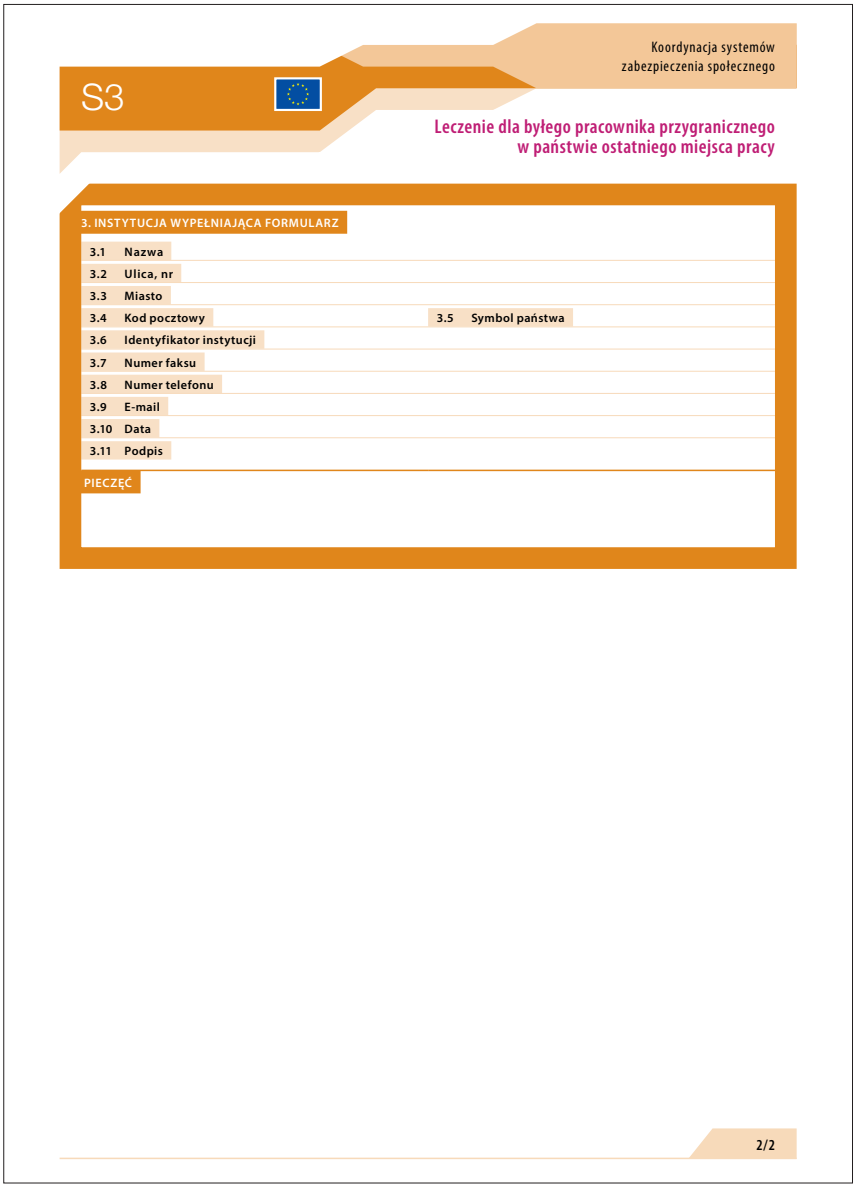
2.1.1 charakter leczenia / choroba

☐ 2.2 leczenia w państwie ostatniego miejsca pracy (***)

(*) Art. 28 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 29 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.
(**) Informacje podane instytucji przez posiadacza, jeśli nie są one znane tej instytucji.
(***) Należy podać państwo członkowskie ostatniego miejsca pracy.

1/2

©Komisja Europejska



Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

S3

Leczenie dla byłego pracownika przygranicznego w państwie ostatniego miejsca pracy

3. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

3.1	Nazwa		
3.2	Ulica, nr		
3.3	Miasto		
3.4	Kod pocztowy	3.5	Symbol państwa
3.6	Identyfikator instytucji		
3.7	Numer faksu		
3.8	Numer telefonu		
3.9	E-mail		
3.10	Data		
3.11	Podpis		

PIECZĘĆ

2/2

Źródło: https://circabc.europa.eu/sd/a/298348fc-3ca2-4d87-872c-b2cb5984d458/S3%20PL.pdf.

1.3.1.6. Dokument przenośny DA1 (dawny formularz E123)

Rodzaj leczenia planowanego stanowi także leczenie skutków wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, realizowane w oparciu o dokument przenośny DA1 (dawny formularz E123). Dokument DA1 jest wydawany przez instytucję właściwą w celu potwierdzenia prawa do opieki medycznej na podstawie ubezpieczenia od wypadków przy pracy i chorób

zawodowych. Dokument ten wydaje się ubezpieczonym, którzy zamieszkują, przebywają lub przenoszą się do innego państwa członkowskiego UE/EFTA niż to, w którym są ubezpieczeni od wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Osoby posiadające dokument DA1 albo formularz E123 wydane przez instytucję innego państwa członkowskiego UE/EFTA, które przeniosły miejsce zamieszkania do Polski, powinny dokonać rejestracji niniejszego dokumentu w oddziale wojewódzkim NFZ, znajdującym się w tym wojewódz-

WZÓR DOKUMENTU DA1

Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

DA1

Prawo do opieki zdrowotnej na podstawie ubezpieczenia od wypadków przy pracy i chorób zawodowych

Rozporządzenia UE nr 883/04 i 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Niniejszy dokument wydaje się ubezpieczonym, którzy zamieszkują, przebywają lub przenoszą się do innego państwa UE niż to, w którym są ubezpieczeni od wypadków przy pracy i chorób zawodowych.
Niniejszy dokument należy przedłożyć w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego / ubezpieczającej od wypadków przy pracy i chorób zawodowych w państwie miejsca zamieszkania lub pobytu w celu uzyskania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
Może mieć Pan/Pani prawo do dodatkowego zwrotu kosztów według krajowych stawek zwrotu obowiązujących w miejscu pobytu.
Informacji udzieli Panu/Pani właściwa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego. Wykaz instytucji ubezpieczenia zdrowotnego znajduje się pod adresem: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1	Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim		
1.2	Nazwisko		
1.3	Imiona		
1.4	Nazwisko rodowe (**)		
1.5	Data urodzenia		
1.6	Status		
☐ 1.6.1	Pracownik najemny	☐ 1.6.2 Osoba pracująca na własny rachunek	☐ Osoba bezrobotna
1.7	Adres w państwie miejsca zamieszkania/pobytu		
1.7.1	Ulica, nr	1.7.3	Kod pocztowy
1.7.2	Miasto	1.7.4	Symbol państwa

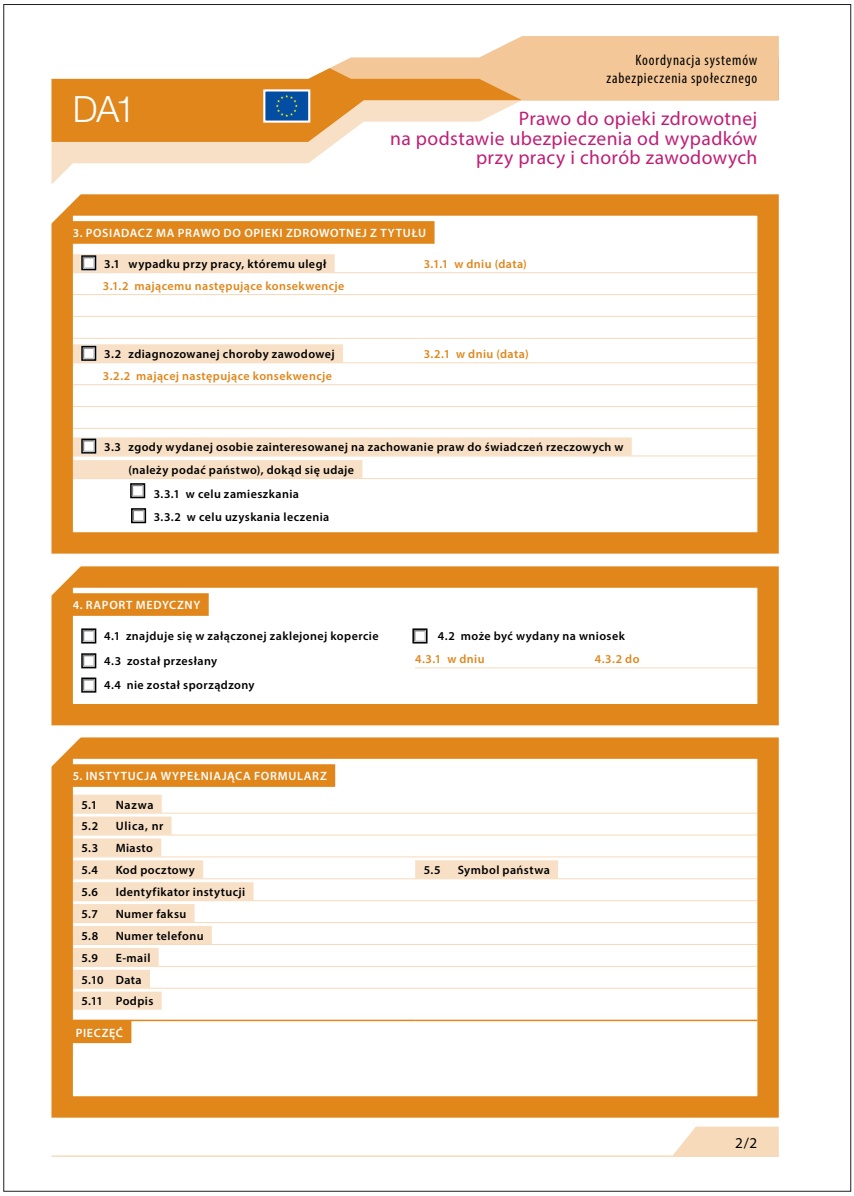
2. POSIADACZ MOŻE OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIA RZECZOWE

☐ 2.1.1	z tytułu wypadku przy pracy	☐ 2.1.2	z tytułu choroby zawodowej
2.2	Przewidywany okres leczenia		
☐ 2.2.1	określony w ustawodawstwie państwa miejsca zamieszkania		
☐ 2.2.2	data rozpoczęcia		data zakończenia
☐ 2.2.3	maksymalnie trzy miesiące	☐ 2.2.4	przez czas nieokreślony

(*) Art. 36 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004, oraz art. 33 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.
(**) Informacje podane instytucji przez posiadacza, jeśli nie są one znane tej instytucji.

1/2

©Komisja Europejska



Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

DA1

Prawo do opieki zdrowotnej na podstawie ubezpieczenia od wypadków przy pracy i chorób zawodowych

3. POSIADACZ MA PRAWO DO OPIEKI ZDROWOTNEJ Z TYTUŁU

☐ 3.1 wypadku przy pracy, któremu uległ — 3.1.1 w dniu (data)

3.1.2 mającemu następujące konsekwencje

☐ 3.2 zdiagnozowanej choroby zawodowej — 3.2.1 w dniu (data)

3.2.2 mającej następujące konsekwencje

☐ 3.3 zgody wydanej osobie zainteresowanej na zachowanie praw do świadczeń rzeczowych w (należy podać państwo), dokąd się udaje

☐ 3.3.1 w celu zamieszkania

☐ 3.3.2 w celu uzyskania leczenia

4. RAPORT MEDYCZNY

☐ 4.1 znajduje się w załączonej zaklejonej kopercie

☐ 4.2 może być wydany na wniosek

☐ 4.3 został przesłany — 4.3.1 w dniu — 4.3.2 do

☐ 4.4 nie został sporządzony

5. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

5.1 Nazwa

5.2 Ulica, nr

5.3 Miasto

5.4 Kod pocztowy — 5.5 Symbol państwa

5.6 Identyfikator instytucji

5.7 Numer faksu

5.8 Numer telefonu

5.9 E-mail

5.10 Data

5.11 Podpis

PIECZĘĆ

2/2

Źródło: https://circabc.europa.eu/sd/a/c0d2f329-4c18-411a-b8f7-60c35bc7ffdf/DA1%20PL.pdf.

twie, w którym zamieszkują. Po zarejestrowaniu dokumentu DA1/formularza E123, osoba otrzymuje Poświadczenie analogiczne do wydawanego przy rejestracji dokumentu S1 lub formularza E106, E109, E120 albo E121. Po uzyskaniu Poświadczenia, osoba, dla której zostało ono wydane, nabywa w Polsce prawo do korzystania ze świadczeń w zakresie dotyczącym leczenia następstw wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

Dokument DA1 wydawany jest nie tylko osobom przenoszącym miejsce zamieszkania do innego państwa członkowskiego UE/EFTA niż państwo właściwe, ale także wówczas, gdy osoba, która uległa wypadkowi przy pracy zamierza skorzystać z leczenia następstwa wypadku lub choroby zawodowej w trybie leczenia planowanego. W razie konieczności skorzystania w czasie pobytu poza państwem zamieszkania ze świadczeń o charakterze niezbędnym z medycznego punktu widzenia, innym niż leczenie skutków wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, podstawę do ich udzielenia stanowi EKUZ, bądź Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ.

Wzór Poświadczenia wydawanego w związku z rejestracją dokumentu DA1 dla osób, które przeniosły miejsce zamieszkania do Polski, zamieszczony jest w części poświęconej dokumentowi S1.

1.3.2. Dyrektywa transgraniczna

W przypadku dyrektywy transgranicznej ubezpieczony w jednym z państw członkowskich UE może odpłatnie skorzystać z dowolnego rodzaju leczenia dostępnego w innym państwie członkowskim UE bez konieczności wcześniejszego potwierdzenia prawa do świadczeń u świadczeniodawcy w państwie, w którym ma miejsce leczenie.

Dlatego w kontekście dyrektywy, za istotne należy uznać te dokumenty, które w państwie ubezpieczenia są wymagane do uzyskania zwrotu kosztów leczenia uzyskanego w innym państwie członkowskim UE. Do tych dokumentów należy zaliczyć zwłaszcza:

- skierowanie,
- receptę transgraniczną,
- zgodę na uzyskanie leczenia w innym państwie członkowskim UE, jeżeli obowiązek jej uzyskania został przewidziany w państwie ubezpieczenia.

Pacjenci z innych państw członkowskich UE, którzy chcą skorzystać z leczenia w Polsce nie muszą okazywać żadnych dokumentów uprawniających do świadczeń. Warunki dokonywania zwrotów kosztów są określane przez poszczególne państwa członkowskie UE.

1.3.2.1. Dokumenty, jakie musi uzyskać polski ubezpieczony w celu rozliczenia kosztów leczenia uzyskanego na podstawie dyrektywy transgranicznej

W zależności od rodzaju świadczeń z jakich korzysta polski ubezpieczony w oparciu o przepisy dyrektywy transgranicznej, w celu uzyskania zwrotu całości lub części kosztów świadczeń, udzielonych w innym państwie członkowskim UE, do wniosku o zwrot kosztów należy dołączyć:

1. **odpowiednie skierowanie lub zlecenie na przejazd środkami transportu sanitarnego** wystawione przez uprawnionego do tego lekarza w Polsce albo lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim UE. Skierowanie lub zlecenie wydane przez lekarza wykonującego zawód w innym państwie UE traktuje się jak skierowanie lub zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
2. **skierowanie na leczenie uzdrowiskowe**, które musi być potwierdzone przez oddział wojewódzki NFZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy w Polsce, a jeżeli nie można ustalić miejsca jego zamieszkania – oddział wojewódzki właściwy dla siedziby świadczeniodawcy, który wystawił skierowanie, w zakresie celowości leczenia uzdrowiskowego;
3. **receptę lub receptę transgraniczną** uprawniającą do otrzymania zwrotu kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego zawartego w danym wskazaniu w wykazie leków refundowanych, zakupionego w aptece działającej na terytorium:
   - innego państwa członkowskiego UE, na podstawie **recepty** wystawionej na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego UE przez osobę uprawnioną do wystawiania recept zgodnie z przepisami tego państwa;
   - innego niż Polska państwa członkowskiego UE, na podstawie **recepty transgranicznej** wystawionej przez osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji, na prośbę pacjenta, który zamierza ją zrealizować w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, zwanej dalej „receptą transgraniczną";
4. **zaświadczenie** świadczeniodawcy o zakwalifikowaniu do **programu lekowego** oraz niezaistnienie kryteriów wyłączenia z programu określonych w opisie programu lekowego;
5. **zaświadczenie** świadczeniodawcy o zakwalifikowaniu do **program zdrowotnego**;
6. **uprzednią zgodę na uzyskanie leczenia poza granicami kraju** wydaną przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, jeżeli należy ono do świadczeń zawartych w wykazie świadczeń wymagających uprzedniej zgody. Uprzednia zgoda obejmuje także świadczenia opieki zdrowotnej, które nie były bezpośrednio przedmiotem tej zgody, jeżeli ich udzielenie okazało się konieczne w związku z udzielaniem świadczenia opieki zdrowotnej objętego zgodą;

7. **zlecenie na zakup lub naprawę wyrobu medycznego** będącego świadczeniem gwarantowanym, który został zakupiony lub podlegał naprawie na terytorium:
   - innego państwa UE na podstawie **zlecenia** wystawionego na terytorium innego niż Polska państwa UE przez osobę uprawnioną do jego wystawienia zgodnie z przepisami tego państwa;
   - innego niż Polska państwa UE, na podstawie **zlecenia** wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji.

1.3.2.1. Recepta transgraniczna

Dyrektywa transgraniczna nałożyła na państwa członkowskie UE obowiązek uznawania recept wystawionych w innym państwie członkowskim. Podstawowym celem recepty transgranicznej jest umożliwienie realizacji recepty zawierającej elementy transgraniczne w innym państwie członkowskim UE niż to, w którym recepta została wystawiona.

Na gruncie prawa polskiego zakres danych niezbędnych dla recepty transgranicznej został określony w art. 5a rozporządzenia w sprawie recept lekarskich. Przepis ten odnosi się do definicji recepty określonej w art. 3 lit. k dyrektywy transgranicznej. Zgodnie z przedmiotową definicją recepta oznacza receptę na produkt leczniczy lub na wyrób medyczny wydaną przez osobę wykonującą zawód regulowany w zakresie opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 3 ust. 1 lit. a dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, uprawnioną zgodnie z prawem do wykonywania tego zawodu w państwie członkowskim, w którym recepta została wydana.

Z mocy art. 11 ust. 2 lit. a dyrektywy transgranicznej Komisja Europejska obowiązana jest do przyjęcia środków umożliwiających sprawdzenie autentyczności recepty oraz tego, czy recepta została wystawiona w innym państwie członkowskim przez osobę uprawnioną – poprzez określenie niewyczerpującego wykazu elementów, które mają być zawarte w receptach i które muszą być jednoznaczne we wszystkich formatach recept.

Konsekwencję wprowadzania powyższego obowiązku stanowiło przyjęcie dyrektywy wykonawczej Komisji Europejskiej 2012/52/UE z dnia 20 grudnia 2012 r. ustanawiającej środki ułatwiające uznawanie recept lekarskich wystawionych w innym państwie członkowskim. Zgodnie z art. 3 dyrektywy 2012/52/UE państwa członkowskie zostały zobowiązane do zapewnienia,

aby recepty zawierały co najmniej elementy określone w załączniku do przedmiotowej dyrektywy.

Na gruncie ustawodawstwa polskiego, wymogi nałożone dyrektywą 2012/52/UE zostały wprowadzone poprzez rozporządzenie w sprawie recept lekarskich.

Receptę może wystawić osoba wykonująca zawód regulowany w zakresie opieki zdrowotnej, w rozumieniu art. 3 ust. 1 lit. a dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

W oparciu o przepisy ustawodawstwa polskiego za osobę wykonującą zawód regulowany uznaje się osobę uprawnioną, o której mowa w ustawie o refundacji leków – art. 2 pkt 14, tj.:

- lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera:
  - ✓ z którym Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych,
  - ✓ posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, a z którym Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

UWAGA:

Na mocy ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz.1136) od dnia 1 stycznia 2016 r. w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie:

- ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
- ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty,

– jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Zgodnie z polskim ustawodawstwem recepta transgraniczna przysługuje:

- ubezpieczonemu, np. osobie zatrudnionej i zgłoszonej do ubezpieczenia w NFZ, emerytowi ZUS lub KRUS itp.;
- osobie nieubezpieczonej posiadającej prawo do świadczeń na gruncie

polskich przepisów, np. nieubezpieczonej osobie posiadającej polskie obywatelstwo i poniżej 18 lat;
- osobie uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji, np. legitymującej się EKUZ, poświadczeniem wydanym przez NFZ;
- osobie, która w Polsce korzysta ze świadczeń na zasadach określonych w dyrektywie transgranicznej.

Do wystawienia recepty transgranicznej mają przede wszystkim zastosowanie ogólne zasady przewidziane dla zwykłej recepty, do których należy zaliczyć obowiązek czytelnego i trwałego naniesienia na recepty wymaganych danych wynikających z §2 ust. 1 pkt 1) rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, jak również złożenie własnoręcznego podpisu, o czym mówi §2 ust. 1 pkt 2) rozporządzenia w sprawie recept lekarskich.

Receptę transgraniczną wystawia się na wyraźny wniosek pacjenta. W przypadku wystąpienia takiego wniosku, osoba wystawiająca receptę jest obowiązana umieścić na niej dane niezbędne dla identyfikacji recepty jako recepty transgranicznej. Dane te określone są w art. 5a rozporządzenia, w sprawie recept lekarskich.

Recepta transgraniczna powinna zawierać następujące dane:
- dane dotyczące osoby, dla której recepta jest wystawiana, tj.:
  - ✓ imię lub imiona i nazwisko pacjenta,
  - ✓ datę urodzenia pacjenta,
- dane dotyczące osoby wystawiającej receptę, tj.:
  - ✓ imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę,
  - ✓ kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę (tytuł zawodowy),
  - ✓ dane do bezpośredniego kontaktu osoby wystawiającej receptę (adres e-mail lub numer telefonu lub faksu wraz z prefiksem międzynarodowym),
  - ✓ adres miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu) oraz oznaczenie „Polska" lub skrót „PL",
- dane dotyczące przepisanych leków, tj.:
  - ✓ nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) albo nazwę handlową, jeżeli:
    - – przepisany produkt jest biologicznym produktem leczniczym lub
    - – osoba wystawiającą receptę uważa, że jest ona niezbędna ze względów medycznych, konieczne jest podanie powodów użycia nazwy handlowej,
  - ✓ postać,
  - ✓ dawkę (moc),
  - ✓ ilość,
  - ✓ sposób dawkowania,
- datę wystawienia recepty.

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie recept lekarskich (art. 5a ust. 2) recepta transgraniczna może zawierać także inne dane, przewidziane dla recepty realizowanej w Polsce, o których mowa w §3 rozporządzenia. Dodatkowe dane są, w szczególności niezbędne w przypadku, gdy recepta transgraniczna nie zostanie zrealizowana w innym niż Polska państwie członkowskim UE, a pacjent będzie chciał ją zrealizować w Polsce z uwzględnieniem obowiązujących zasad refundacji. Brak danych wymaganych do uzyskania leku refundowanego skutkuje koniecznością realizacji recepty transgranicznej wystawionej w Polsce za pełną jej odpłatnością.

Recepta transgraniczna zawsze będzie realizowana w innym państwie członkowskim UE za pełną odpłatnością.

Na recepcie transgranicznej nie może być przepisany lek o kategorii dostępności „RpW", tj. lek zawierający środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach.

Jeżeli pacjent kupi za granicą lek, który jest w Polsce refundowany jedynie **w ramach programu lekowego**, nie uzyska zwrotu kosztów, ponieważ sam zakup leku nie jest świadczeniem gwarantowanym.

Świadczenie gwarantowane udzielane pacjentowi w ramach programu lekowego obejmuje łącznie:

- przeprowadzenie badań kwalifikujących do programu,
- podanie leku,
- opiekę nad pacjentem bezpośrednio związaną z podaniem leku,
- stałe monitorowanie postępów leczenia.

Podstawę do wydania recepty transgranicznej stanowi dyrektywa wykonawcza Komisji Europejskiej 2012/52/UE.

Dyrektywa ta stanowi wypełnienie zobowiązań nałożonych na Komisję Europejską na mocy postanowień dyrektywy transgranicznej. Zgodnie z art. 11 ust. 2 lit. a, b i c Komisja zobowiązana była do przyjęcia środków umożliwiających sprawdzenie autentyczności recepty oraz tego, czy recepta została wystawiona w innym państwie członkowskim przez osobę uprawnioną – poprzez określenie niewyczerpującego wykazu elementów, które mają być zawarte w receptach i które muszą być jednoznaczne we wszystkich formatach recept.

Zgodnie z art. 3 dyrektywy wykonawczej Komisji Europejskiej 2012/52/UE państwa członkowskie zostały zobowiązane do zapewnienia, aby recepty zawierały, co najmniej elementy określone w załączniku do przedmiotowej dyrektywy. Wymagania dyrektywy wykonawczej dotyczące zakresu niezbędnych danych zostały wdrożone w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich i są analogiczne, jak dla recepty transgranicznej wystawianej w Polsce, z wyłączeniem oznaczenia „Polska" lub skrótu „PL".

1.3.2.2. Zasady uznawania recepty transgranicznej wystawionej w innym państwie członkowskim UE

Zgodnie z art. 11 ust. 1 dyrektywy transgranicznej w przypadku, gdy produkt jest dopuszczony do obrotu, państwo członkowskie jest obowiązane do zapewnienia, aby recepta wystawiona na taki produkt na nazwisko określonego pacjenta mogła zostać zrealizowana zgodnie z obowiązującymi w tym państwie przepisami. Ewentualne ograniczenia w zakresie uznawania recepty możliwe są wyłącznie, jeżeli są one konieczne i proporcjonalne do zagwarantowania ochrony zdrowia ludzkiego, nie mają charakteru dyskryminującego, jak również opierają się na uzasadnionych i usprawiedliwionych wątpliwościach co do autentyczności, treści lub zrozumiałości konkretnej recepty.

Uznawanie recept nie może naruszać krajowych przepisów dotyczących ich przepisywania i wydawania. Farmaceuta ma również prawo do odmowy wydania produktu przepisanego ze względów etycznych, o ile takie prawo przysługuje również w przypadku recepty wystawionej w tym kraju.

Zgodnie z §25 rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, recepta transgraniczna zawierające dane określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, z wyłączeniem oznaczenia „Polska", jest realizowana za pełną odpłatnością.

Ponadto, w oparciu o §5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz. U. nr 183 poz. 1531) dopuszcza się odmowę wydania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego wówczas, gdy:

- zachodzi uzasadnione podejrzenie, co do autentyczności recepty lub zapotrzebowania;
- konieczne jest dokonanie korekty składu leku recepturowego, jeżeli podany na recepcie skład może tworzyć niezgodność chemiczną lub fizyczną, mogącą zmienić działanie leku lub jego wygląd przy braku możliwości porozumienia się z osobą, która jest uprawniona do wystawiania recept;
- od dnia sporządzenia leku upłynęło co najmniej 6 dni – w przypadku leku recepturowego lub leku sporządzonego na podstawie etykiety aptecznej;
- osoba, która przedstawiła receptę do realizacji, nie ukończyła 13 roku życia;
- zachodzi uzasadnione podejrzenie co do wieku osoby, dla której została wystawiona recepta.

1.4. Utrata uprawnień

1.4.1. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

Prawo do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji przysługuje, co do zasady, tak długo, jak długo dana osoba jest do nich uprawniona na mocy ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE/EFTA.

Wraz z wygaśnięciem prawa do świadczeń zdrowotnych osoby ubezpieczonej w NFZ prawo to wygasa również dla osób zgłoszonych przez te osoby do ubezpieczenia zdrowotnego, jako członkowie rodziny.

Należy mieć świadomość, że posługiwanie się dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń w sytuacji utraty takich uprawnień jest nieuprawnione. Jeżeli zatem osoba, która nie miała do tego prawa, skorzystała w innym państwie członkowskim UE/EFTA z rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie dokumentu wydanego przez oddział wojewódzki NFZ, to Fundusz podejmie wszelkie przewidziane prawem kroki w celu odzyskania od tej osoby poniesionych nienależnie kosztów jej leczenia.

W przypadku, kiedy ze świadczeń będzie chciała skorzystać osoba, która okazuje nieaktualny dokument, świadczeniodawca jest uprawniony do wystawienia takiej osobie rachunku za udzielone świadczenia.

1.4.2. Dyrektywa transgraniczna

Do korzystania ze zwrotu kosztów świadczeń udzielonych na podstawie dyrektywy transgranicznej mają prawo wyłącznie osoby ubezpieczone w jednym z państw członkowskich UE. Jeżeli osoba ubiegająca się o zwrot nie jest ubezpieczona, to tym samym nie przysługuje jej zwrot kosztów poniesionego leczenia.

Rozdział 2. Obowiązki informacyjne państw członkowskich UE wynikające z przepisów dyrektywy transgranicznej

Dyrektywa transgraniczna nakłada na państwa członkowskie UE obowiązki odnoszące się do transgranicznej opieki zdrowotnej. Kwestie te zostały uregulowane w rozdziale II dyrektywy transgranicznej i obejmują następujące zagadnienia:

- obowiązki państwa leczenia, które zostały określone w art. 4;
- obowiązki państwa ubezpieczenia, które zostały określone w art. 5;
- zadania KPK, które zostały określone w art. 6.

2.1. Obowiązki państwa leczenia

W Polsce, zgodnie z art. 97a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zadania informacyjne państwa leczenia wynikające z dyrektywy transgranicznej, realizowane są przez KPK znajdujący się w Centrali NFZ oraz oddziały wojewódzkie NFZ.

2.1.1. Zakres informacji

Wskazane podmioty są obowiązane udzielać, na wniosek pacjenta, informacji dotyczących:

1. **Praw pacjenta regulowanych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa,** w tym w szczególności: ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o zawodach pielęgniarki i położonej

   W zakresie praw pacjenta do najważniejszych należy zaliczyć:
   - prawo do świadczeń zdrowotnych,
   - prawo do informacji,
   - prawo do tajemnicy informacji z nim związanych,
   - prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
   - prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta,
   - prawo do dokumentacji medycznej,
   - prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
   - prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
   - prawo do opieki duszpasterskiej,
   - prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.
2. **Świadczeniodawców w odniesieniu do rodzajów wykonywanej działalności leczniczej.** W zależności od rodzaju poszukiwanych informacji o podmiotach świadczących na terytorium Polski usługi zdrowotne, wnioskodawcy są informowani o ich dostępności na stronach internetowych instytucji prowadzących właściwe rejestry lub wykazy, tj.:
   - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) – www.rpwdl.csioz.gov.pl, gdzie dostępne są wyszukiwarki:
     - ✓ podmiotów leczniczych,
     - ✓ praktyk lekarskich i lekarzy dentystów,
     - ✓ praktyk pielęgniarskich i położnych;
   - Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) – www.zip.nfz.gov.pl/GSL, gdzie dostępna jest wyszukiwarka pozwalająca na uzyskanie listy miejsc, w których każdy pacjent może otrzymać pomoc medyczną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w tym przychodnie, szpitale, apteki lub szpitalne oddziały ratunkowe (SOR);
   - Ministerstwa Zdrowia – www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m8&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&ma=10, gdzie dostępne są informacje o uzdrowiskach w Polsce.

Informacji dotyczących świadczeniodawców, w rozumieniu dyrektywy transgranicznej, oddział wojewódzki NFZ może udzielić, na wniosek pacjenta, skierowany pisemnie, przesłany elektronicznie lub za pośrednictwem faksu. Wniosek powinien zawierać informację dotyczącą zakresu oraz trybu leczenia pozwalającego na identyfikację właściwego podmiotu. We wniosku należy również wskazać dane kontaktowe umożliwiające udzielenie zwrotnej odpowiedzi.

3. **Osób wykonujących zawody medyczne w zakresie posiadania prawa wykonywania zawodu oraz nałożonych ograniczeń**. Informacja udzielana jest na podstawie dostępnych rejestrów, wykazów i wyszukiwarek:
   - **Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą** obejmującego wszelkie placówki medyczne, publiczne i niepubliczne oraz indywidualne lub grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarskie i prowadzone przez położne. Wskazane podmioty mają prawny obowiązek uzyskania wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
   - **Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej (CRL)**, w którym udostępniane są informacje o prawie wykonywania zawodu w odniesieniu do konkretnego lekarza czy lekarza dentysty;
   - **Rejestru Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej**, obejmującego informacje dotyczące karalności lekarza i lekarza dentysty. Rejestr ten prowadzi Naczelna Rada Lekarska. Nie jest ogólnodostępny, a informacji w nim zawartych udziela się, na żądanie, sądom i prokuratorom, organom samorządu lekarskiego oraz zainteresowanemu lekarzowi;
   - **Centralnego Rejestru Felczerów Rzeczpospolitej Polskiej**, który prowadzony jest przez Naczelną Radę Lekarską. Zawiera informacje o prawie wykonywania zawodu w odniesieniu do konkretnego felczera.
   - **Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych,** który zawiera informacje o pielęgniarkach i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu. Prowadzi go Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
   - **Rejestru Ukaranych Pielęgniarek i Położnych**, prowadzonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Dostęp do informacji zawartych w tym rejestrze mają wyłącznie osoby, które wykażą interes prawny;
   - **Rejestru Farmaceutów**, który prowadzą właściwe Okręgowe Rady Aptekarskie;
   - **Rejestru aptek ogólnodostępnych, aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej oraz punktów aptecznych**;
   - **Ewidencji laboratoriów,** którą prowadzi Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych. Wpis danego laboratorium do tej ewidencji jest warunkiem prowadzenia takiej działalności;
   - **Listy diagnostów laboratoryjnych**, którą prowadzi Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
   - **Rejestru Ukaranych Diagnostów Laboratoryjnych**, który prowadzi Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych. Zamieszczane są w nim informacje o diagnostach, wobec których wydano orzeczenie dyscyplinarne, orzekające karę upomnienia lub nagany, zawieszenia albo pozbawienia prawa do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego;

- **Ewidencji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego**, prowadzonej przez Naczelnych Lekarzy Uzdrowisk. Są one dostępne na stronach internetowych prowadzonych przez urzędy wojewódzkie;
- **Zintegrowanego informatora pacjentów** – wyszukiwarki pozwalającej na uzyskanie listy miejsc, w których każdy pacjent może otrzymać pomoc medyczną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, obejmującej w szczególności przychodnie, szpitale, apteki lub szpitalne oddziały ratunkowe (SOR).

4. **Wymaganych elementów recepty transgranicznej** – zgodnie z art. 97a ust. 7 ustawy implementującej dyrektywę KPK i oddziały wojewódzkie NFZ udzielają pacjentom informacji dotyczących niezbędnych elementów recepty transgranicznej, o której mowa w części dotyczącej dokumentów.
5. **Standardów jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych**, które na gruncie prawa krajowego zamieszczone są w różnych aktach prawnych i dokumentach, np. ustawach, rozporządzeniach, zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących m.in. zasad kontraktowania poszczególnych rodzajów świadczeń, kodeksach etycznych przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, zaleceniach towarzystw naukowych.
6. **Udogodnień dla osób niepełnosprawnych posiadanych przez dany szpital**, przy czym informacja ta jest zawarta w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
7. **Zasad dochodzenia roszczeń z tytułu wyrządzenia szkody lub krzywdy w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą w Polsce.**
8. **Zasad i trybu ustalania odszkodowania lub zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.**

W kontekście pkt 7 i 8 pacjent może dochodzić swoich praw:

- na drodze cywilnej,
- przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
- na drodze karnej,
- na zasadach wynikających z nadzoru Ministra Zdrowia lub podmiotu założycielskiego nad podmiotami leczniczymi,
- kontroli NFZ (w zakresie umów),
- poprzez składanie sprzeciwu do Komisji Lekarskiej oraz skarg do właściwego podmiotu, tj. w szczególności do:
  - ✓ bezpośredniego przełożonego,
  - ✓ oddziału wojewódzkiego NFZ,
  - ✓ rzecznika odpowiedzialności zawodowej dla poszczególnych zawodów medycznych,
  - ✓ Rzecznika Praw Pacjenta,
  - ✓ Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych,
  - ✓ Rzecznika Praw Obywatelskich,
  - ✓ Rzecznika Praw Dziecka,
  - ✓ konsultanta wojewódzkiego w ochronie zdrowia.

2.1.2. Tryby udzielania informacji

KPK oraz oddziały wojewódzkie NFZ udzielają informacji bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności:

- telefonicznie,
- w formie pisemnej,
- przy użyciu poczty elektronicznej.

O ile jest to możliwe, informacje udzielane są również w innych językach urzędowych Unii Europejskiej. Na stronie internetowej KPK dostępny jest wzór wniosku dla osób zainteresowanych uzyskaniem informacji z KPK lub oddziału wojewódzkiego NFZ.

2.1.3. Wyjaśnianie zawartości rachunków i innych dokumentów

Zarówno KPK, jak i oddziały wojewódzkie NFZ, są obowiązane udzielać pomocy w wyjaśnianiu zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych pacjentom z innych niż Polska państw członkowskich UE przez polskich:

- świadczeniodawców,
- apteki,
- dostawców wyrobów medycznych.

Pomoc taka udzielana jest na wniosek KPK w innych niż Polska państwach członkowskich UE.

Na podstawie art. 14 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej, podmioty wykonujące działalność leczniczą zostały zobowiązane do przekazywania KPK i oddziałom wojewódzkim NFZ, na ich wniosek, danych dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentom z innych niż Polska państw członkowskich. Termin na przekazanie danych o świadczeniach wynosi 14 dni.

Z mocy art. 97a ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej KPK zamieszcza na swojej stronie internetowej, na wniosek zainteresowanych podmiotów, hiperłącza do stron internetowych stowarzyszeń oraz fundacji działających na rzecz promocji polskiego sektora usług medycznych. Wzór wniosku o zamieszczenie na stronie KPK takiego hiperłącza jest dostępny na stronie internetowej www.kpk.nfz.gov.pl.

2.2. Obowiązki państwa ubezpieczenia

2.2.1. Zadania KPK

Dyrektywa transgraniczna nakłada na państwa członkowskie UE obowiązek powołania, co najmniej jednego krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej. KPK z poszczególnych państw członkowskich UE współpracują między sobą i na wniosek pacjenta udzielają informacji o KPK w innych państwach członkowskich UE. Uszczegółowienie zadań polskiego KPK zawiera w przedmiotowym zakresie art. 97a ust. 6 i 8

ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. KPK kieruje do krajowych punktów kontaktowych działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich UE zapytania dotyczące zawartości rachunków i innych dokumentów, wystawionych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, apteki i dostawców wyrobów medycznych, działających na terytorium tych państw. Dane teleadresowe KPK działających w innych państwach członkowskich UE są zamieszczone na stronie internetowej KPK oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu.

Ponadto KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu są obowiązane do udzielania świadczeniobiorcom oraz osobom wykonującym zawody medyczne informacji dotyczących:

- możliwości uzyskania zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim UE określonego świadczenia opieki zdrowotnej,
- wykazu świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uzyskania zgody,
- trybu rozpatrywania i realizacji wniosków o zwrot kosztów,
- trybu rozpatrywania wniosków o wydanie zgody na zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Wskazane informacje mogą być udzielane bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej.

W ramach nałożonych na podstawie dyrektywy transgranicznej obowiązków informacyjnych, na stronach internetowych KPK, oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz Biuletynu Informacji Publicznej Funduszu zamieszczone zostały informacje dotyczące:

- możliwości uzyskania zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej,
- świadczeń opieki zdrowotnej objętych wykazem świadczeń, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uzyskania zgody,
- trybu rozpatrywania i realizacji wniosków o zwrot kosztów,
- trybu rozpatrywania wniosków o wydanie zgody na świadczenie objęte wykazem,
- wysokości zwrotu kosztów w odniesieniu do wybranych świadczeń gwarantowanych.

Na stronie internetowej KPK, oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz Biuletynu Informacji Publicznej Funduszu zamieszczane są ponadto ogłoszenia Prezesa Funduszu o przewidywanym terminie zawieszenia wypłaty kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów oraz ogłoszenia Prezesa Funduszu o zawieszeniu wypłaty kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca danego roku kalendarzowego.

W przypadku, gdy przed końcem pierwszego półrocza danego roku kalendarzowego, zostanie przekroczony poziom 50% kwoty limitu (suma rezerwy ustalonej do zwrotu kosztów oraz rezerwy ogólnej), Prezes Funduszu niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali

i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, o przewidywanym terminie zawieszenia wypłaty kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów.

W przypadku, gdy koszty realizacji zadań związanych ze zwrotem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniem gwarantowanym, które zostały udzielone na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE w danym roku kalendarzowym osiągną kwotę limitu, Fundusz zawiesza wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca tego roku kalendarzowego.

2.2.2. Zadania oddziałów wojewódzkich NFZ

W oparciu o art. 97a ust. 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, oddziały wojewódzkie NFZ mają obowiązek udzielania informacji na temat przybliżonej wysokości kwoty zwrotu kosztów leczenia, z którego skorzystał lub zamierza skorzystać polski ubezpieczony.

Wykaz przykładowych stawek stosowanych przy zwrocie kosztów leczenia jest dostępny na stronie internetowej KPK (www.kpk.nfz.gov.pl/images/downloads/Cennik.pdf). Zgodnie z art. 97a ust. 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, informacja o kwocie zwrotu podawana do wiadomości na stronie KPK może się ograniczać do wybranych świadczeń.

NFZ

II. Zwrot kosztów świadczeń udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej

Pojęcie **transgranicznej opieki zdrowotnej** zostało wprowadzone w dyrektywie transgranicznej na oznaczenie opieki zdrowotnej świadczonej lub przepisanej w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia. Przepisy krajowe implementujące dyrektywę stanowią uzupełnienie prawa do uzyskania zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych za granicą w stosunku do uprawnień wynikających z obowiązującego w Polsce od dnia akcesji do Unii Europejskiej, tj. od dnia 1 maja 2004 r., systemu zabezpieczenia społecznego, działającego w oparciu o przepisy o koordynacji, czyli w oparciu o rozporządzenie nr 883/2004 oraz rozporządzenie nr 987/2009 jako jego rozporządzenie wykonawcze.

Zakres świadczeń zdrowotnych możliwych do uzyskania w innym państwie członkowskim, których koszty podlegają zwrotowi oraz poziom przysługującego zwrotu jest zależny od wybranego rozwiązania prawnego. Podstawowe różnice w świadczeniu transgranicznej opieki zdrowotnej i procedurze ubiegania się o zwrot kosztów między systemem bazującym na przepisach o koordynacji a systemem wynikającym z przepisów ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną dotyczą w szczególności:

- obszaru obowiązywania transgranicznej opieki zdrowotnej,
- zakresu świadczeń zdrowotnych, których koszty mogą podlegać zwrotowi,
- sposobu ustalenia należnej kwoty zwrotu,
- terminu złożenia oraz trybu rozpatrywania wniosku o zwrot kosztów.

Poniższy rozdział ma na celu przedstawienie polskim świadczeniobiorcom zasad dotyczących dokonywania zwrotu kosztów świadczeń zdrowot-

nych na podstawie obu, równolegle funkcjonujących porządków prawnych. W pierwszej części zostanie scharakteryzowana procedura zwrotu kosztów na podstawie przepisów o koordynacji, z podziałem na leczenie nieplanowane i planowane. Następnie będzie opisana procedura zwrotu kosztów za opiekę transgraniczną udzielaną w myśl postanowień dyrektywy transgranicznej. Ostatnia część stanowi podsumowania przedstawionych wcześniej informacji, gdzie dokonano porównania obu systemów oraz wyszczególnienia występujących między nimi różnic.

Rozdział 3. Procedura refundacji kosztów świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji

Świadczenia zdrowotne uzyskane przez osoby ubezpieczone w ramach danego systemu ubezpieczenia powszechnego w placówkach medycznych i aptekach działających na terenie innych państw członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (UE/EFTA), finansowane są w oparciu o przepisy o koordynacji przez instytucje właściwe, znajdujące się w państwie ubezpieczenia osoby korzystającej ze świadczeń. W odniesieniu do polskich świadczeniobiorców, koszty leczenia finansowane są ze środków pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjent, w celu uzyskania leczenia na koszt swojej instytucji właściwej, zobowiązany jest do okazania w państwie leczenia dokumentów uprawniających, potwierdzających jego prawo do korzystania ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. We własnym zakresie pokrywa wówczas jedynie wartość współpłacenia, stanowiącą wkład własny pacjenta wymagany zgodnie z przepisami obowiązującymi w państwie leczenia.

W przypadku konieczności poniesienia pełnych kosztów leczenia, osoba ubezpieczona może ubiegać się od swojej instytucji właściwej o zwrot tych wydatków pod warunkiem spełnienia wymagań koniecznych do uzyskania refundacji kosztów świadczeń. Wymagania te różnią się w zależności od charakteru udzielonych świadczeń – czy zostały one udzielone w zakresie, jaki okazał się niezbędny w trakcie pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, a więc czy świadczenia te miały charakter nieplanowany, czy też ich udzielenie związane było z leczeniem planowanym. Należy pamiętać, iż kwota należnej refundacji, realizowanej w oparciu o przepisy o koordynacji, określana jest zawsze przez instytucję miejsca pobytu w państwie leczenia i nie może być wyższa od kwoty wynikającej z opłaconych przez świadczeniobiorcę rachunków.

3.1. Nieplanowane leczenie medyczne

Pod pojęciem nieplanowanego leczenia medycznego w innym państwie członkowskim UE/EFTA, w myśl przepisów o koordynacji, należy rozumieć

leczenie, które nie było celem wyjazdu, lecz stało się niezbędne z przyczyn zdrowotnych, które pojawiły się już w trakcie pobytu za granicą, na przykład wskutek nagłego zachorowania czy wypadku.

Nieplanowane leczenie medyczne odnosi się przede wszystkim do świadczeń zdrowotnych udzielanych podczas **pobytu tymczasowego** w innym państwie członkowskim UE/EFTA. Osobie ubezpieczonej oraz członkom jej rodziny przysługują wówczas świadczenia na koszt instytucji właściwej, które **z powodów medycznych stały się niezbędne w czasie jej pobytu, biorąc pod uwagę charakter tych świadczeń oraz przewidywany czas pobytu**. Świadczenia udzielane są w imieniu instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa tak, jak gdyby zainteresowane osoby były ubezpieczone na mocy wspomnianego ustawodawstwa[13]. O charakterze udzielanych świadczeń decyduje zawsze lekarz w państwie leczenia.

Opieka zdrowotna, której koszty przejmowane są przez instytucję właściwą obejmuje wyłącznie świadczenia udzielone w placówkach medycznych i aptekach działających w ramach systemu ubezpieczenia powszechnego danego państwa członkowskiego UE/EFTA, gdyż jedynie te placówki zobowiązane są do świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji. Koszty świadczeń udzielonych w placówkach medycznych spoza tego systemu, co do zasady, nie podlegają zwrotowi.

Warunkiem skorzystania ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu tymczasowego w innym państwie członkowskim UE/EFTA, bez konieczności opłacenia pełnego kosztu leczenia, jest okazanie w zagranicznej placówce medycznej lub aptece **Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego** (EKUZ), a w przypadku braku EKUZ – **Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego** EKUZ.

Koszty leczenia nieplanowanego, udzielonego na podstawie karty EKUZ osobom ubezpieczonym pokrywane są przez instytucje właściwe, w Polsce – przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Rozliczenie kosztów świadczenia udzielonego na podstawie karty EKUZ odbywa się bez udziału pacjenta, poprzez rozliczenia dokonywane między świadczeniodawcą, instytucją miejsca pobytu w państwie leczenia i instytucją właściwą, za pośrednictwem instytucji łącznikowych w państwie leczenia i państwie właściwym, w którym osoba jest ubezpieczona[14]. We własnym zakresie osoba, której są udzielane świadczenia, zobowiązana jest do pokrycia jedynie kwoty współpłacenia, czyli kosztów ponoszonych zgodnie z ustawodawstwem państwa leczenia jako wkład własny pacjenta.

[13] Rozporządzenie nr 883/2004, art. 19 ust. 1.
[14] Rozliczenia za świadczenia rzeczowe udzielane przez instytucję jednego państwa członkowskiego UE/EFTA w imieniu instytucji innego państwa członkowskiego dokonywane są na podstawie art. 35 rozporządzenia nr 883/2004.

W przypadku braku karty EKUZ lub Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ pacjent zobowiązany jest do poniesienia pełnych kosztów leczenia, ponieważ z uwagi na brak dokumentu potwierdzającego jego prawo do świadczeń traktowany jest on jako pacjent prywatny. Jeżeli pacjent jest osobą ubezpieczoną w myśl przepisów o koordynacji, o zwrot poniesionych kosztów świadczeń może ubiegać się w swojej instytucji właściwej. Należy pamiętać, iż również w tym przypadku zwrotowi nie podlega wartość współpłacenia.

3.1.1. O czym należy pamiętać przed skorzystaniem ze świadczeń?

W celu uniknięcia konieczności poniesienia pełnej opłaty za świadczenia zdrowotne udzielane w innych państwach UE/EFTA w ramach leczenia nieplanowego podczas pobytu tymczasowego, jeszcze przed wyjazdem za granicę zawsze warto wcześniej zaopatrzyć się w kartę EKUZ.

W razie konieczności skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA należy upewnić się, czy placówka medyczna, w której chcemy otrzymać świadczenie jest placówką działającą w ramach systemu ubezpieczenia społecznego.

3.1.2. O czym należy pamiętać w trakcie leczenia?

Posiadaną kartę EKUZ lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ należy **okazać bezpośrednio** w placówce służby zdrowia (lekarzowi, pracownikowi rejestracji), w której ma odbyć się nieplanowane leczenie lub w aptece podczas wykupywania leków. Niewystarczające jest jedynie podanie samego numeru identyfikacyjnego karty EKUZ. Pracownik służby zdrowia (lekarz, pracownik rejestracji, aptekarz), w której mają być udzielone świadczenia zdrowotne, zobowiązany jest do **osobistej weryfikacji** danych znajdujących się na dokumencie pod kątem ich zgodności ze wzorem określonym w przepisach o koordynacji.

W niektórych państwach członkowskich UE/EFTA wraz z kartą EKUZ lub Certyfikatem Tymczasowo Zastępującym EKUZ konieczne jest również okazanie dowodu tożsamości. Preferowany w tym przypadku jest paszport.

Należy pamiętać, iż zgodnie z przepisami o koordynacji, w przypadku uzyskania świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE/EFTA, pacjenci zobowiązani są do uregulowania we własnym zakresie kwoty współpłacenia.

Kwota współpłacenia rozumiana jest jako wkład własny pacjenta w ogólne koszty leczenia, zgodnie z ustawodawstwem państwa, na terenie którego udzielane są świadczenia zdrowotne. Ustalana jest ona jako wartość procentowa w stosunku do całkowitego kosztu świadczeń albo jako stała opłata kwotowa, która jest pobierana bezpośrednio od pacjenta. Współpłacenie może również obejmować koszty takie jak: koszty hotelowe (opłaty za wyżywienie i łóżko) w odniesieniu do leczenia szpitalnego, opłatę za wizytę u lekarza czy wystawienie przez niego recepty lub też opłacenie części kosztu leku uzyskanego na podstawie recepty. Koszty poniesione w związku z udziałem własnym pacjenta nie podlegają refundacji.

W przypadku korzystania z leczenia **na terenie Belgii lub Francji** pacjent zobowiązany jest do pokrycia kosztów świadczenia bezpośrednio w placówce medycznej lub aptece. O refundację tych kosztów może ubiegać się jeszcze w państwie leczenia, podobnie jak osoby ubezpieczone we Francji lub Belgii, lub po powrocie – w swojej instytucji właściwej[15].

Jeżeli w trakcie korzystania ze świadczeń w innym państwie członkowskim UE/EFTA pacjent nie posiadał przy sobie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ, zobowiązany jest on **do opłacenia całości kosztów swojego leczenia**. Jeżeli pacjent jest osobą ubezpieczoną w myśl przepisów o koordynacji i skorzystał w państwie leczenia, w ramach systemu ubezpieczenia powszechnego, ze świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia, biorąc pod uwagę charakter tych świadczeń oraz długość pobytu w innym państwie członkowskim UE/EFTA, może ubiegać się o uzyskanie zwrotu kosztów w swojej instytucji właściwej (w Polsce – we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ).

3.1.3. Jak ubiegać się o zwrot kosztów?

Zwrot kosztów poniesionych za leczenie nieplanowane zrealizowane na podstawie przepisów o koordynacji przysługuje, gdy są spełnione łącznie następujące warunki:

- pacjent w chwili udzielania świadczeń zdrowotnych nie posiadał karty EKUZ lub Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ, lub dokumenty te nie zostały uznane przez świadczeniodawcę w państwie leczenia, w związku z czym musiał opłacić w pełnej wysokości koszty udzielonych mu świadczeń i posiada dowody potwierdzające fakt opłacenia rachunków,

[15] Możliwość ta wynika z art. 25 ust. 4–5 rozporządzenia nr 987/2009.

- w czasie leczenia pacjent był osobą ubezpieczoną w myśl przepisów o koordynacji,
- świadczenia zostały udzielone pacjentowi w placówce medycznej lub aptece działającej w ramach systemu ubezpieczenia powszechnego funkcjonującego w państwie leczenia,
- udzielone pacjentowi świadczenia zdrowotne były niezbędne z medycznego punktu widzenia w ocenie lekarza w państwie leczenia.

Refundacja kosztów przysługuje również, gdy świadczenia zdrowotne zostały częściowo zwrócone przez towarzystwo ubezpieczeniowe, jednak kwota rachunku przewyższała wartość polisy, w związku z czym pacjent zobowiązany został do pokrycia pozostałych kosztów leczenia. W tej sytuacji może on ubiegać się o zwrot poniesionych kosztów powyżej wysokości kosztów pokrytych w ramach polisy.

Za zwrot kosztów odpowiada instytucja właściwa. W przypadku osób posiadających prawo do korzystania w Polsce ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, instytucją odpowiedzialną za zwrot kosztów świadczeń w zakresie leczenia nieplanowanego jest **właściwy oddział wojewódzki NFZ**. Wyjątek stanowią osoby ubezpieczone w innym państwie członkowskim UE/EFTA, mieszkające w Polsce i uprawnione na podstawie dokumentu przenośnego S1 do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie, w przypadku których za zwrot kosztów odpowiedzialna jest instytucja właściwa w państwie ich ubezpieczenia.

W celu uzyskania refundacji za nieplanowane leczenie za granicą, we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ należy złożyć *Wniosek o zwrot poniesionych kosztów leczenia w innym państwie członkowskim* Unii Europejskiej *lub* Europejskiego Porozumienia *o* Wolnym Handlu, dostępny na stronie internetowej: www.ekuz.nfz.gov.pl/zwrot_kosztow/wniosek-o-zwrot-kosztow.

Wniosek może zostać złożony przez osobę, której udzielone zostały świadczenia lub przez jej przedstawiciela ustawowego. Do wniosku należy dołączyć **oryginały wystawionych rachunków lub faktur, dowody zapłaty potwierdzające opłacenie w pełnej wysokości kwotę wyszczególnioną na rachunkach** oraz kopie lub oryginały innych dokumentów otrzymanych w państwie leczenia, w szczególności kopie wystawionych recept. W przepisach o koordynacji **nie został określony termin** obowiązujący na złożenie wniosku o zwrot kosztów, co oznacza, iż można go złożyć w dowolnym momencie po zakończeniu leczenia.

Po otrzymaniu wniosku, oddział wojewódzki NFZ sprawdza, czy osoba, której dotyczy wniosek posiadała prawo do świadczeń zdrowotnych w momencie ich udzielania oraz czy do wniosku dołączone zostały wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności oryginały rachunków oraz dokumentów potwierdzających fakt opłacenia w pełnej wysokości tych rachunków. Jeżeli powyższe warunki zostały spełnione, oddział wojewódzki NFZ roz-

poczyna procedurę zwrotu kosztów. Oddział nie może odmówić refundacji w sytuacji, gdy dana osoba w momencie składania wniosku utraciła status osoby ubezpieczonej, o ile była osobą ubezpieczoną w momencie udzielania świadczeń[16].

W przypadku pobytu tymczasowego na terenie Belgii lub Francji osoba ubezpieczona, która poniosła koszty leczenia, ma możliwość zwrócenia się z wnioskiem o ich refundację bezpośrednio do instytucji miejsca pobytu. Jeżeli jednak o zwrot poniesionych kosztów nie wystąpiono na terenie tych państw, po powrocie do Polski wniosek o refundację kosztów świadczeń może zostać złożony we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ.

3.1.4. Na jaką wartość zwrotu kosztów można liczyć i w jakim terminie?

Jednym z istotnych elementów procedury zwrotu kosztów jest ustalenie kwoty, jaka powinna zostać zwrócona osobie wnioskującej. Decyduje o niej zawsze instytucja miejsca pobytu, tj. instytucja w państwie, w którym miało miejsce leczenie, jako instytucja posiadająca najszerszą wiedzę na temat zakresu świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia funkcjonującego w tym państwie oraz obowiązujących stawek stosowanych przy rozliczaniu tych świadczeń. W myśl przepisów o koordynacji, osoba posiadająca prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE/EFTA, przebywając czasowo na terenie innego państwa członkowskiego i poddając się tu leczeniu nieplanowanemu, powinna być traktowana jak osoba ubezpieczona w tym państwie[17]. Oznacza to, iż udzielane są jej świadczenia zdrowotne w takim samym zakresie i według tych samych stawek, jakie obowiązywałyby, gdyby w podobnej sytuacji świadczenia te realizowane były na rzecz osoby ubezpieczonej w tym państwie[18].

[16] Decyzja nr S1, pkt 4.
[17] Rozporządzenie nr 883/2004, art. 19 ust. 1.
[18] Decyzja nr S1, pkt 11.

W związku z powyższym, z uwagi na specyfikę systemów opieki zdrowotnej funkcjonujących w poszczególnych państwach członkowskich UE/EFTA, osoba wnioskująca o zwrot kosztów powinna być przygotowana na konieczność poniesienia kosztów współpłacenia, za które nie będzie jej przysługiwała refundacja, podobnie jak refundacji takiej nie otrzymuje osoba ubezpieczona w państwie leczenia.

Proces ustalania należnej stawki zwrotu opiera się na **wymianie informacji** pomiędzy instytucją właściwą, odpowiedzialną za dokonanie wypłaty należnej kwoty zwrotu wynikającej z poniesionych przez ubezpieczonego kosztów świadczeń, a instytucją miejsca pobytu w państwie leczenia, odpowiedzialną za określenie wysokości tej kwoty[19]. Korespondencja pomiędzy instytucjami odbywa się, w myśl obowiązujących przepisów, na przewidzianym do tego celu formularzu E126. Należna do zwrotu kwota ustalana jest przez instytucję miejsca pobytu w walucie, w której wystawione zostały rachunki, w razie potrzeby po konsultacji ze świadczeniodawcą, u którego zostało udzielone świadczenie. Kwota ta jest następnie wpisywana przez instytucję miejsca pobytu w części B formularza E126 jako odpowiedź na zapytanie skierowane przez oddział wojewódzki NFZ. Otrzymanie przez oddział wojewódzki NFZ odpowiedzi na formularzu E126, zawierającej jednoznaczne określenie wysokości należnej kwoty zwrotu, stanowi podstawę dla dokonania przez Fundusz przeliczenia kwoty zwrotu na walutę polską, a następnie dla wypłaty należnego zwrotu świadczeniobiorcy.

W rozporządzeniach unijnych **nie został określony termin**, w jakim instytucja miejsca pobytu zobowiązana jest do udzielenia odpowiedzi na przesłany na formularzu E126 wniosek o określenie należnej kwoty zwrotu. W związku z powyższym termin rozpatrywania składanych przez polskich świadczeniobiorców *Wniosków o zwrot poniesionych kosztów leczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu* jest uzależniony w głównej mierze od terminu, w jakim instytucja miejsca pobytu przekaże odpowiedź określającą wysokość należnego zwrotu kosztów.

W przypadku braku wpływu odpowiedzi w przeciągu 4 miesięcy od dnia wysłania przez oddział wojewódzki formularza E126 PL, oddział wysyła ponaglenie do instytucji miejsca pobytu wraz z kompletem dokumentacji w sprawie.

Wartość przyznanego zwrotu kosztów w żadnym przypadku nie może przekroczyć kosztów rzeczywiście poniesionych przez wnioskującego, wynikających z dołączonych rachunków[20]. W sytuacji, gdy wyznaczona przez instytucję miejsca pobytu kwota do zwrotu przewyższa wartość rachunków, osobie wnioskującej zwracana jest kwota niższa, odpowiadająca kosztom faktycznie przez niego poniesionym.

[19] Zgodnie z art. 25 ust. 5 rozporządzenia nr 987/2009: „(…) poniesione koszty są zwracane zainteresowanemu przez instytucję właściwą według stawek zwrotu kosztów stosowanych przez instytucję miejsca pobytu (…). Instytucja miejsca pobytu udziela instytucji właściwej, na jej wniosek, wszelkich niezbędnych informacji o tych stawkach (…)".

[20] Art. 25 ust. 8 rozporządzenia nr 987/2009 wprost wskazuje, że: „Kwoty zwracane ubezpieczonemu w żadnym przypadku nie są wyższe niż kwota rzeczywiście poniesionych przez niego kosztów".

Określenie wysokości kwoty przysługującego zwrotu kosztów nie zależy od decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia, lecz od decyzji instytucji miejsca pobytu w państwie leczenia. Wysokość zwrotu nie może przewyższać kosztów faktycznie poniesionych przez osobę wnioskującą o zwrot kosztów, wynikających z opłaconych przez nią rachunków.

Wypłata należnej kwoty zwrotu następuje **w terminie 7 dni** od dnia otrzymania z instytucji miejsca pobytu informacji o wysokości kwoty należnego zwrotu. Po przeliczeniu kwoty należnego zwrotu na walutę polską według kursu Europejskiego Banku Centralnego z dnia wpływu odpowiedzi do Narodowego Funduszu Zdrowia, dokonywana jest wypłata zgodnie ze sposobem określonym przez świadczeniobiorcę we wniosku o zwrot kosztów. Wypłata dokonana może zostać w formie przelewu na rachunek bankowy albo w drodze przekazu pocztowego na wskazany we wniosku adres. W przypadku wyboru opcji przekazu pocztowego, jego koszt potrącony zostanie z kwoty zwrotu należnego świadczeniobiorcy.

3.1.5. Zwrot kosztów za transport

Jeżeli, z medycznego punktu widzenia, podczas pobytu w innym państwie członkowskim UE/EFTA niezbędny jest transport pacjenta do świadczeniodawcy, a świadczenie takie jest gwarantowane w ramach danego systemu ubezpieczenia powszechnego, osoby ubezpieczone, posiadające prawo do korzystania ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, mogą korzystać z tego rodzaju świadczeń na takich samych zasadach, jakie obowiązują w stosunku do osób ubezpieczonych w tym państwie członkowskim. Aby uniknąć konieczności poniesienia pełnej opłaty, osoba ubezpieczona powinna pamiętać, aby kartę EKUZ okazać również świadczeniodawcy wykonującemu transport.

Należy zwrócić przy tym uwagę, iż na podstawie przepisów o koordynacji transport sanitarny realizowany może być wyłącznie na terenie państwa leczenia, np. z miejsca wypadku na terenie Niemiec do niemieckiego szpitala.

Przepisy o koordynacji nie obejmują, co do zasady, udzielania świadczeń związanych z realizacją transportu osoby ubezpieczonej z państwa leczenia **do właściwego państwa członkowskiego** i w związku z tym nie przewidują pokrywania jego kosztu przez instytucję właściwą.

W przypadku polskich świadczeniobiorców, czyli osób posiadających prawo do świadczeń zdrowotnych w Polsce, którzy korzystali ze świadczeń w szpitalu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, możliwość pokrycia kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju została przewidziana w regulacjach krajowych wynikających z przepisu art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Przepis ten stanowi, że pokrycie przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju może nastąpić

po uzyskaniu zgody dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, w przypadku, gdy wnioskodawca **przebywa w szpitalu** na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA, korzystając ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, a **przewidywane koszty** jego **dalszego leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju**. Pokrycie przez Fundusz kosztów obejmuje koszt transportu sanitarnego **do miejsca dalszego leczenia w kraju** najtańszym środkiem transportu możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy.

W celu uzyskania zgody na pokrycie kosztów transportu, do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ należy złożyć *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*[21], dostępny na stronie internetowej: www.ekuz.nfz.gov.pl/sites/default/files/wniosek_do_dyr_oddzialu_NFZ_o_pokrycie_kosztow_transportu_do_miejsca_leczenia_lub_zamieszkania_w_kraju.pdf oraz we wszystkich placówkach Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie całego kraju.

Wniosek może zostać złożony przez świadczeniobiorcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez świadczeniobiorcę, instytucję miejsca zamieszkania, instytucję miejsca pobytu albo instytucję łącznikową w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu[22].

Do wniosku, zgodnie z art. 42i ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, należy dołączyć dokumentację sporządzoną przez szpital, w którym przebywa osoba wyszczególniona we wniosku, zawierającą:

- aktualne rozpoznanie kliniczne,
- opis aktualnego stanu zdrowia osoby, której dotyczy wniosek,
- określenie prawdopodobnego zakresu i czasu trwania dalszego leczenia,
- wskazanie środka transportu możliwego do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia osoby, której dotyczy wniosek,
- wstępny kosztorys dalszego leczenia.

W przypadku, gdy dokumentacja została sporządzona w języku obcym, do wniosku należy dołączyć jej tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ wydaje decyzję w sprawie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju lub odmowy jej udzielenia w przeciągu 5 dni roboczych od dnia otrzymania

[21] Wzór wniosku został określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia dotyczącego zasad uzyskiwania uprzedniej zgody.

[22] Osoby uprawnione do ubiegania się o pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42i ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

wniosku wraz z dokumentacją, o której mowa w art. 42i ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej[23]. Decyzja ta niezwłocznie zostaje doręczona wnioskodawcy.

W przypadku wydania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju, w wydanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ decyzji zostaje wskazany:

- najtańszy środek transportu możliwy do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia osoby, której dotyczy wniosek,
- maksymalna kwota wysokości kosztów transportu podlegających zwrotowi,
- okres ważności zgody na pokrycie kosztów transportu wynoszący 30 dni od daty wydania decyzji[24].

W każdym przypadku wydanie przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ decyzji w sprawie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju zależy przede wszystkim od aspektu finansowego, co oznacza, iż zgoda taka wydana może zostać gdy przewidywane koszty dalszego leczenia za granicą przewyższają sumę kosztu transportu, będącego przedmiotem wniosku i kosztu dalszego leczenia w kraju. Zgoda obejmuje przewiezienie pacjenta najtańszym środkiem transportu, który można zastosować, biorąc pod uwagę jego aktualny stan zdrowia. Fundusz nie angażuje się w działania operacyjne związane z organizacją transportu. Zgoda na transport wydawana jest każdorazowo **przed jego wykonaniem** i dotyczy sfinansowania całości kosztów. Fundusz nie finansuje kosztów w części, nie zwraca też wcześniej poniesionych kosztów transportu.

W żadnym przypadku nie jest możliwe przeprowadzenie transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju, jeżeli świadczeniobiorca, którego dotyczy wniosek lub jego przedstawiciel ustawowy nie wyrażą na niego zgody, jak również w sytuacji gdy stan zdrowia świadczeniobiorcy uniemożliwia zastosowanie jakiegokolwiek środka transportu. Na decyzję pacjenta w żadnym przypadku nie powinien wywierać wpływu świadczeniodawca zagraniczny lub instytucja miejsca pobytu.

Pokrycie kosztów transportu nie jest możliwe w przypadku transportu osoby zmarłej.

Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ odmawiającej wydania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia[25] jako organu II instancji. Odwołanie, zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego, należy złożyć w przeciągu 14 dni od otrzymania decyzji za pośrednictwem organu, który wydał decyzję[26], czyli za pośrednictwem

[23] Rozporządzenie dotyczące zasad uzyskiwania uprzedniej zgody, §8 pkt 5.
[24] Tamże.
[25] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 42i ust. 12.
[26] Kodeks postępowania administracyjnego, art. 129.

właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Na decyzję organu odwoławczego przysługuje skarga do wojewódzkiego sądu administracyjnego.

W przypadku uzyskania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju, oddział wojewódzki NFZ pokrywa je na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez podmiot wykonujący transport. 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 faktury lub rachunku[27].

3.1.6. Co w sytuacji błędnie przyznanego zwrotu kosztów?

W przypadku nieuprawnionego skorzystania z karty EKUZ lub dokonania przez Fundusz niezasadnego zwrotu kosztów, oddziały wojewódzkie NFZ wszczynają tak zwane **postępowanie regresowe**. Podstawą do jego wszczęcia przez oddział są w szczególności następujące sytuacje:

- skorzystanie z karty EKUZ lub otrzymanie zwrotu kosztów za świadczenia zdrowotne udzielone przez osobę, która nie miała prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w okresie udzielania świadczeń;
- skorzystanie ze świadczeń wykraczających poza zakres opieki zdrowotnej przysługującej na podstawie posiadanego dokumentu, biorąc pod uwagę charakter pobytu;
- posłużenie się sfałszowanym dokumentem w celu skorzystania z nienależnych świadczeń.

Postępowanie regresowe ma na celu obciążenie nieuprawnionej osoby kosztami jej leczenia, poniesionymi niezasadnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeżeli w trakcie weryfikacji dokumentów rozliczeniowych wystawionych przez instytucje innych państw członkowskich UE/EFTA lub w trakcie weryfikacji dokumentów stanowiących podstawę dokonanego zwrotu kosztów zostanie ustalone, iż osoba, której udzielone zostały świadczenia za granicą lub której wypłacono zwrot z tytułu poniesionych kosztów leczenia w ramach procedury refundacji, nie spełniała warunków do pokrycia kosztów leczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie obowiązujących przepisów o koordynacji, Fundusz nabywa prawo do wystąpienia z roszczeniem regresowym w stosunku do tej osoby.

Właściwy oddział wojewódzki NFZ, po uznaniu postępowania regresowego za zasadne na podstawie zebranej dokumentacji (dowodów w sprawie) i ustaleniu właściwej kwoty roszczenia regresowego, powiadamia dłużnika o konieczności zwrotu należności. Istnieje możliwość rozłożenia wskazanej w wezwaniu kwoty obciążenia na raty pod warunkiem, że dłużnik przed upływem 14 dni od otrzymania wezwania do zapłaty pisemnie zadeklaruje chęć uiszczenia kwoty roszczenia i zawrze w piśmie prośbę o rozłożenie spłaty zadłużenia.

[27] Rozporządzenie dotyczące zasad uzyskiwania uprzedniej zgody, §10.

3.2. Planowane leczenie medyczne

Za planowane leczenie medyczne w innym państwie członkowskim UE/EFTA, w myśl przepisów o koordynacji, należy rozumieć przewidywany, ściśle określony zakres leczenia, które ma zostać przeprowadzone na podstawie wcześniej uzyskanej zgody wydanej przez instytucję właściwą[28]. Planowane leczenie medyczne odnosi się do świadczeń, których udzielenie stanowi główny cel wyjazdu do innego państwa członkowskiego UE/EFTA. Osobie ubezpieczonej przysługują wówczas świadczenia na koszt instytucji właściwej, których zakres został ściśle określony w wydanej zgodzie.

Pokrycie kosztów świadczeń o charakterze planowanym przez instytucję właściwą możliwe jest wyłącznie w odniesieniu do świadczeń udzielonych w placówkach medycznych i aptekach działających w ramach systemu ubezpieczenia powszechnego w danym państwie członkowskim UE/EFTA, gdyż jedynie te placówki zobowiązane są do świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

Warunkiem skorzystania ze świadczeń planowanych jest okazanie w placówce medycznej lub aptece działającej w innym państwie członkowskim UE/EFTA przenośnego dokumentu S2 lub w przypadku polskich świadczeniobiorców – formularza E112, stanowiących potwierdzenie wydania zgody na udzielane świadczenia. Karta EKUZ lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ nie stanowią dokumentów potwierdzających prawo do korzystania ze świadczeń związanych z leczeniem planowanym[29].

Koszty leczenia planowanego osób ubezpieczonych, udzielonego na podstawie dokumentu przenośnego S2 lub formularza E112, są pokrywane przez instytucje właściwe, w Polsce – przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Rozliczenie kosztów świadczenia odbywa się bez udziału pacjenta, poprzez rozliczenia dokonywane między świadczeniodawcą, instytucją miejsca pobytu w państwie leczenia i instytucją właściwą, za pośrednictwem instytucji łącznikowych w państwie leczenia i państwie właściwym, w którym osoba jest ubezpieczona[30]. We własnym zakresie osoba, której udzielane są świadczenia zdrowotne, zobowiązana jest do pokrycia jedynie kwoty współpłacenia, czyli kosztów ponoszonych zgodnie z ustawodawstwem państwa leczenia jako wkład własny pacjenta.

W przypadku konieczności poniesienia przez osobę ubezpieczoną całości lub części kosztów leczenia objętego zgodą, do której wydany został dokument przenośny S2 lub formularz E 112, ma ona prawo ubiegać

[28] Zgodnie z art. 20 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004: „(…) ubezpieczony udający się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania świadczeń rzeczowych w czasie tego pobytu ubiega się o zezwolenie właściwej instytucji".

[29] Decyzja nr S1, pkt 1.

[30] Rozliczenia za świadczenia rzeczowe udzielane przez instytucję jednego państwa członkowskiego UE/EFTA w imieniu instytucji innego państwa członkowskiego dokonywane są na podstawie art. 35 rozporządzenia nr 883/2004.

się w instytucji właściwej o ich refundację. Kwota współpłacenia w tym przypadku również nie podlega zwrotowi.

3.2.1. O czym należy pamiętać przed skorzystaniem ze świadczeń?

Warunkiem skorzystania ze świadczeń planowych na podstawie przepisów o koordynacji jest uzyskanie przed skorzystaniem z tych świadczeń **zgody** instytucji właściwej. Dokumentami potwierdzającymi jej uzyskanie są **dokument przenośny S2 lub formularz E112**. Zakres przysługujących świadczeń zdrowotnych ustalany jest indywidualnie i ograniczony do zakresu świadczeń, który został wskazany na wystawionym dokumencie.

Zgoda zostaje wydana, jeżeli łącznie spełnione zostaną następujące warunki[31]:

- przedmiotowe leczenie należy do świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym osoba zainteresowana ma miejsce zamieszkania; w przypadku osób mieszkających na terytorium Polski – jest ono objęte jednym z wykazów świadczeń gwarantowanych zawartych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej;
- przedmiotowe leczenie nie może być uzyskane w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia osoby zainteresowanej oraz prawdopodobnego przebiegu choroby.

Osoby ubezpieczone, które uzyskały zgodę na leczenie w innym państwie członkowskim UE/EFTA, w imieniu instytucji właściwej otrzymują świadczenia udzielane przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem tak, jak gdyby były one ubezpieczone na mocy wspomnianego ustawodawstwa[32]. W związku z powyższym zobowiązane są do uregulowania we własnym zakresie **kwoty współpłacenia**, jeżeli jest ona przewidziana dla świadczeń, na które została udzielona zgoda. Dlatego też zawsze przed rozpoczęciem leczenia planowanego, ubezpieczony powinien zorientować się na jakim poziomie kształtują się koszty współpłacenia w państwie, do którego chciałby się udać w celu uzyskania świadczenia.

Polskim świadczeniobiorcom zgodę na leczenie planowane wydaje, w drodze decyzji administracyjnej, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W celu jej uzyskania w oddziale wojewódzkim NFZ należy złożyć wniosek o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/ EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, na zasadach wynikających z przepisów o koordynacji, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia[33]. Wniosek dostępny jest na stronie internetowej: www.ekuz.nfz.gov.pl/leczenie-

[31] Tamże, art. 20 ust. 2.
[32] Tamże.
[33] Wzór wniosku został określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia dotyczącego zasad uzyskiwania uprzedniej zgody.

planowane/wzory-wnioskow oraz we wszystkich placówkach Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie całego kraju. Odpowiednią część 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[34].

W przypadku otrzymania zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na leczenie planowane, wnioskodawca niezwłocznie otrzymuje formularz E112, który powinien przekazać placówce medycznej w innym państwie członkowskim UE/EFTA, realizującej świadczenie objęte zgodą.

Wniosek o wydanie zgody na leczenie planowane **osoby zamieszkujące w innym państwie UE/EFTA** powinny złożyć za pośrednictwem instytucji miejsca zamieszkania, która niezwłocznie przekazuje wniosek instytucji właściwej.

3.2.2. O czym należy pamiętać w trakcie leczenia?

Pokrycie kosztów świadczeń udzielonych w ramach leczenia planowanego dotyczy świadczeń wskazanych w dokumencie S2 lub formularzu E112, a więc świadczeń, na które została udzielona zgoda dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Nie jest możliwe pokrycie przez Fundusz kosztów świadczeń udzielonych w ramach leczenia planowanego, które nie są bezpośrednio związane ze świadczeniami opieki zdrowotnej, na które wydana została zgoda.

W przypadku planowanego leczenia za granicą należy pamiętać, iż pacjenci zobowiązani są do uregulowania we własnym zakresie **kwoty współpłacenia**.

Kwota współpłacenia rozumiana jest jako wkład własny pacjenta w ogólne koszty leczenia, zgodnie z ustawodawstwem państwa, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne. Ustalana jest ona jako wartość procentowa w stosunku do całkowitego kosztu świadczeń albo jako stała opłata kwotowa, która jest pobierana bezpośrednio od pacjenta. Współpłacenie może obejmować koszty takie jak: koszty hotelowe (opłaty za wyżywienie i łóżko) w odniesieniu do leczenia szpitalnego, opłatę za wizytę u lekarza czy wystawienie przez niego recepty lub też opłacenie części kosztu leku uzyskanego na podstawie recepty. Koszty poniesione w związku z udziałem własnym pacjenta nie podlegają refundacji.

[34] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42i ust. 4.

W przypadku korzystania z leczenia **na terenie Belgii lub Francji** pacjent zobowiązany jest do pokrycia kosztów świadczenia bezpośrednio w placówce medycznej lub aptece. O refundację tych kosztów może ubiegać się jeszcze w państwie leczenia, podobnie jak osoby ubezpieczone we Francji lub Belgii lub po powrocie – w instytucji właściwej[35].

W przypadku gdy pomimo okazania dokumentu uprawniającego S2 lub formularza E112, konieczne stanie się pokrycie przez osobę ubezpieczoną pełnych lub części kosztów leczenia, ma ona prawo ubiegać się o zwrot poniesionych kosztów w swojej instytucji właściwej. Wartość współpłacenia w tym przypadku również nie podlega zwrotowi.

Jak ubiegać się o zwrot kosztów?

Zwrot kosztów poniesionych na leczenie planowane, w ramach przepisów o koordynacji, przysługuje tylko wówczas, gdy łącznie są spełnione następujące warunki:

- wnioskujący w chwili udzielania świadczeń posiadał zgodę na leczenie oraz otrzymał dokument S2 lub formularz E112;
- wnioskujący skorzystał ze świadczeń opieki zdrowotnej we wskazanej we wniosku placówce medycznej, w zakresie odpowiadającym zakresowi świadczeń, dla którego została wydana zgoda;
- pomimo okazania dokumentu S2 lub formularza E112 wnioskujący musiał opłacić całość lub część kosztów udzielonych mu świadczeń, które nie stanowiły wkładu własnego pacjenta i posiada dowody potwierdzające fakt opłacenia rachunków;
- koszty, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, nie stanowią kwoty współpłacenia (wkładu własnego pacjenta).

Za zwrot kosztów odpowiada instytucja właściwa. W przypadku osób posiadających prawo do korzystania w Polsce ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, instytucją odpowiedzialną za zwrot kosztów w zakresie leczenia planowanego jest **właściwy oddział wojewódzki NFZ**. Wyjątek stanowią:

- osoby ubezpieczone w innym państwie członkowskim UE/EFTA, mieszkające w Polsce i uprawnione na podstawie dokumentu przenośnego S1 do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie, w przypadku których za zwrot kosztów odpowiedzialna jest instytucja właściwa w ich państwie ubezpieczenia;
- członkowie rodziny osoby ubezpieczonej oraz emeryci, renciści i ich członkowie rodziny mieszkający w jednym z następujących państw: Cypr, Irlandia, Hiszpania, Holandia, Portugalia, Finlandia, Szwecja, Wielka Brytania, których koszty leczenia planowanego pokrywa instytucja właściwa w państwie ich zamieszkania[36].

[35] Możliwość ta wynika z art. 26 ust. 6 rozporządzenia nr 987/2009.
[36] Rozporządzenie nr 883/2004, art. 20 ust. 4 oraz art. 27 ust. 5; rozporządzenie nr 987/2009, art. 26 ust. 1.

W celu uzyskania refundacji za leczenie planowane udzielone za granicą we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ należy złożyć *Wniosek o zwrot poniesionych kosztów leczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu*, który dostępny jest na stronie internetowej: www.ekuz.nfz.gov.pl/zwrot_kosztow/wniosek-o-zwrot-kosztow oraz we wszystkich placówkach Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie całego kraju.

Wniosek może zostać złożony przez osobę, której udzielone zostały świadczenia lub przez jej przedstawiciela ustawowego. Do wniosku należy dołączyć **oryginały wystawionych rachunków lub faktur, dowody zapłaty potwierdzające opłacenie w pełnej wysokości kwot wyszczególnionych na rachunkach, kopię otrzymanej zgody na leczenie** oraz kopie lub oryginały innych dokumentów otrzymanych w państwie leczenia, w tym wystawionych recept. W przepisach o koordynacji **nie został określony termin** obowiązujący na złożenie wniosku o zwrot kosztów, co oznacza, iż można go złożyć w dowolnym momencie po zakończeniu leczenia.

Po otrzymaniu wniosku, oddział wojewódzki NFZ sprawdza, czy osoba składająca wniosek miała prawo do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych, których dotyczą rachunki, zwłaszcza w odniesieniu do zakresu świadczeń, na które została wydana zgoda oraz czy do wniosku załączone zostały rachunki wraz z dokumentami potwierdzającymi fakt opłacenia rachunków w pełnej wysokości. Jeżeli powyższe warunki zostały spełnione, oddział rozpoczyna procedurę zwrotu kosztów.

3.2.3. Na jaką wartość zwrotu kosztów można liczyć i w jakim terminie?

Jednym z istotnych elementów procedury zwrotu kosztów jest ustalenie kwoty, jaka powinna być zwrócona wnioskującemu. Decyduje o niej zawsze instytucja miejsca pobytu, tj. instytucja w państwie, w którym miało miejsce leczenie, jako instytucja posiadająca najszerszą wiedzę na temat zakresu świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia funkcjonującego w tym państwie oraz obowiązujących stawek. W myśl przepisów o koordynacji, osobie posiadającej zgodę na leczenie planowane w innym państwie członkowskim UE/EFTA, przysługują świadczenia zdrowotne ściśle określone w dokumencie S2 lub formularzu E112, rozliczane według stawek, jakie stosowane są w odniesieniu do świadczeń udzielanych osobom ubezpieczonym w tym państwie.

W związku z powyższym, z uwagi na specyfikę systemów opieki zdrowotnej funkcjonujących w poszczególnych państwach członkowskich UE/EFTA, osoba wnioskująca o zwrot kosztów musi być przygotowana na konieczność poniesienia kosztów współpłacenia, za które nie będzie jej przysługiwała refundacja, podobnie jak refundacji takiej nie otrzymuje osoba ubezpieczona w państwie leczenia.

Proces ustalania należnej stawki zwrotu opiera się na **wymianie informacji** pomiędzy instytucją właściwą, odpowiedzialną za dokonanie wypłaty należnej kwoty zwrotu wynikającej z poniesionych przez ubezpieczonego kosztów świadczeń, a instytucją miejsca pobytu w państwie leczenia, odpowiedzialną za określenie wysokości tej kwoty[37]. Korespondencja pomiędzy instytucjami odbywa się, w myśl obowiązujących przepisów o koordynacji, na przewidzianym do tego celu formularzu E126. Należna do zwrotu kwota ustalana jest przez instytucję miejsca pobytu w walucie, w której wystawione zostały rachunki, w razie potrzeby po konsultacji ze świadczeniodawcą, u którego zostało udzielone świadczenie. Kwota ta jest następnie wpisywana przez instytucję miejsca pobytu w części B formularza E126 jako odpowiedź na zapytanie skierowane przez oddział wojewódzki NFZ. Otrzymanie przez oddział wojewódzki NFZ odpowiedzi na formularzu E126, zawierającej jednoznacznie określoną wysokość należnej kwoty zwrotu stanowi podstawę dla dokonania przez Fundusz przeliczenia kwoty zwrotu na walutę polską, a następnie dla dokonania wypłaty należnego zwrotu osobie wnioskującej.

W rozporządzeniach unijnych **nie został określony termin**, w jakim instytucja miejsca pobytu zobowiązana jest do udzielenia odpowiedzi na przesłany na formularzu E126 wniosek o określenie należnej kwoty zwrotu. W związku z powyższym termin rozpatrywania składanych przez polskich świadczeniobiorców *Wniosków o zwrot poniesionych kosztów leczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu* jest uzależniony w głównej mierze od terminu, w jakim instytucja miejsca pobytu przekazuje odpowiedź określającą wysokość należnego zwrotu kosztów.

W przypadku braku wpływu odpowiedzi w przeciągu 4 miesięcy od dnia wysłania przez oddział wojewódzki NFZ formularza E126 PL, oddział wysyła ponaglenie wraz z kompletem dokumentacji w sprawie.

Wartość przyznanego zwrotu kosztów w żadnym przypadku nie może przekroczyć kosztów rzeczywiście poniesionych przez wnioskującego, wynikających z dołączonych rachunków[38]. W sytuacji, gdy wyznaczona przez instytucję miejsca pobytu kwota do zwrotu przewyższa wartość rachunków, osobie wnioskującej zwracana jest kwota niższa, odpowiadająca kosztom faktycznie przez niego poniesionym.

Określenie wysokości kwoty przysługującego zwrotu kosztów nie zależy od decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia, lecz od decyzji instytucji miejsca pobytu w państwie leczenia. Wysokość zwrotu w żadnym razie nie może przewyższać kosztów faktycznie poniesionych przez osobę wnioskującą o zwrot kosztów, wynikających z opłaconych przez nią rachunków.

[37] Zgodnie z art. 25 ust. 5 rozporządzenia nr 987/2009: „(…) poniesione koszty są zwracane zainteresowanemu przez instytucję właściwą według stawek zwrotu kosztów stosowanych przez instytucję miejsca pobytu (…). Instytucja miejsca pobytu udziela instytucji właściwej, na jej wniosek, wszelkich niezbędnych informacji o tych stawkach (…)".

[38] Art. 25 ust. 8 rozporządzenia nr 987/2009 wprost wskazuje, że: „Kwoty zwracane ubezpieczonemu w żadnym przypadku nie są wyższe niż kwota rzeczywiście poniesionych przez niego kosztów".

Wypłata należnej kwoty zwrotu następuje **w terminie 7 dni** od dnia otrzymania z instytucji miejsca pobytu informacji o kwocie należnego zwrotu. Po przeliczeniu kwoty należnego zwrotu na walutę polską według kursu Europejskiego Banku Centralnego z dnia wpływu odpowiedzi do Narodowego Funduszu Zdrowia, wypłata dokonywana jest zgodnie ze sposobem określonym przez świadczeniobiorcę we wniosku o zwrot kosztów. Wypłata dokonana może zostać w formie przelewu na rachunek bankowy albo w drodze przekazu pocztowego na wskazany we wniosku adres. W przypadku wyboru opcji przekazu pocztowego jego koszt potrącony zostanie z kwoty należnego świadczeniobiorcy zwrotu.

3.2.4. Zwrot kosztów za transport

Przepisy o koordynacji nie nakładają na państwa członkowskie obowiązku pokrycia kosztów transportu związanego z odbytym leczeniem. Ich refundacja zależy więc od ustawodawstwa danego państwa. W przypadku polskich świadczeniobiorców, zwrot kosztów za transport w przypadku leczenia planowanego jest możliwy na podstawie art. 42i ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Przepis ten stanowi, że pokrycie przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów transportu może nastąpić za zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, w przypadku, **gdy wnioskodawca uzyskał zgodę na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE/EFTA**. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, pokrycie przez Fundusz kosztów transportu może dotyczyć kosztów transportu:

- do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE/EFTA bądź
- do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju

najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia.

Wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu w przypadku leczenia planowanego może nastąpić wyłącznie w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy i wyłącznie w przypadku, gdy została wyrażona zgoda dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na przeprowadzenie planowanego leczenia za granicą.

Wniosek o pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE/EFTA należy złożyć we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ na wniosku, który obejmuje również prośbę o wyrażenie zgody na przeprowadzenie leczenia planowanego za granicą[39].

[39] Wzór wniosku został określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia dotyczącego zasad uzyskiwania uprzedniej zgody.

Jest on dostępny na stronie internetowej: www.ekuz.nfz.gov.pl/leczenie-planowane/wzory-wnioskow, oraz we wszystkich placówkach Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie całego kraju. O konieczności zastosowania określonego środka transportu w celu przewiezienia osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczenia decyduje zawsze **lekarz specjalista** wypełniający wniosek[40]. Lekarz we wniosku wskazuje też proponowany środek transportu wraz z uzasadnieniem jego wyboru[41].

Wniosek o pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju po zrealizowanym leczeniu za granicą, na które była uzyskana zgoda dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ[42], również należy złożyć we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ. Jest on dostępny na stronie internetowej: www.ekuz.nfz.gov.pl/leczenie-planowane/wzory-wnioskow, oraz we wszystkich placówkach Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie całego kraju. We wniosku konieczne jest wskazanie:

- nazwy i adresu podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE/EFTA, w którym przebywa osoba, której dotyczy wniosek;
- miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia[43];
- miejsca zamieszkania w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca zamieszkania.

Po otrzymaniu wniosku, oddział wojewódzki NFZ niezwłocznie zwraca się do zagranicznej placówki udzielającej świadczeń zdrowotnych osobie, której dotyczy wniosek, w celu uzyskania potwierdzenia, iż stan zdrowia tej osoby wymaga zastosowania określonego środka transportu[44].

Wniosek w obu przypadkach może zostać złożony przez świadczeniobiorcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę, instytucję miejsca zamieszkania, instytucję miejsca pobytu albo instytucję łącznikową w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu[45].

Decyzja w sprawie wydania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE/EFTA lub odmowy jej udzielenia zostaje wydana wraz z decyzją dotyczącą zgody na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w tym państwie członkowskim.

Decyzja w sprawie wydania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju lub odmowy jej udzielenia

[40] Rozporządzenie dotyczące zasad uzyskiwania uprzedniej zgody, §2 pkt 4.
[41] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42i, ust. 7.
[42] Wzór wniosku został określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia dotyczącego zasad uzyskiwania uprzedniej zgody.
[43] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42i ust. 8.
[44] Rozporządzenie dotyczące zasad uzyskiwania uprzedniej zgody, §8 pkt 3.
[45] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42i ust. 2.

zostaje wydana niezwłocznie, nie później niż w dniu następującym po dniu otrzymania potwierdzenia od zagranicznej placówki medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych osobie, której dotyczy wniosek, iż stan zdrowia tej osoby wymaga zastosowania określonego środka transportu[46].

Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ odmawiającej wydania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE/EFTA lub do miejsca leczenia w kraju, lub do miejsca zamieszkania przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia[47] jako II instancji. Odwołanie, zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego, należy złożyć w przeciągu 14 dni od otrzymania decyzji za pośrednictwem organu, który wydał decyzję[48], czyli za pośrednictwem właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Na decyzję organu odwoławczego przysługuje wniesienie skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego.

W przypadku uzyskania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE/EFTA lub do miejsca leczenia, lub zamieszkania w kraju, oddział wojewódzki NFZ pokrywa je na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez podmiot wykonujący transport. 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 faktury lub rachunku[49].

3.2.5. Co w sytuacji błędnie przyznanego zwrotu kosztów?

W przypadku nieuprawnionego wydania zgody na leczenie planowane lub niezasadnego zwrotu kosztów, oddziały wojewódzkie NFZ wszczynają tak zwane **postępowanie regresowe**. Podstawą do jego wszczęcia przez oddział są w szczególności następujące sytuacje:

- skorzystanie z formularza E112 lub otrzymanie zwrotu kosztów za udzielone świadczenia w przypadku braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- skorzystanie ze świadczeń wykraczających poza zakres opieki zdrowotnej przysługującej na podstawie posiadanego dokumentu,
- posłużenie się sfałszowanym dokumentem w celu skorzystania z nienależnych świadczeń.

Postępowanie regresowe ma na celu obciążenie nieuprawnionej osoby kosztami jej leczenia poniesionymi niezasadnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeżeli w trakcie weryfikacji dokumentów rozliczeniowych wystawionych przez instytucje innych państw członkowskich UE/EFTA lub w trakcie weryfikacji dokumentów stanowiących podstawę dokonanego zwrotu kosztów

[46] Rozporządzenie dotyczące zasad uzyskiwania uprzedniej zgody, §8 pkt 4.
[47] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42i ust. 12.
[48] Kodeks postępowania administracyjnego, art. 129.
[49] Rozporządzenie dotyczące zasad uzyskiwania uprzedniej zgody, §10.

zostanie stwierdzone, iż osoba, której udzielone zostały świadczenia za granicą lub wypłacono zwrot z tytułu poniesionych kosztów leczenia w ramach procedury refundacji, nie spełniała warunków do pokrycia kosztów leczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie obowiązujących przepisów o koordynacji, Fundusz nabywa prawo do wystąpienia z roszczeniem regresowym w stosunku do tej osoby.

Właściwy oddział wojewódzki NFZ, po uznaniu postępowania regresowego za zasadne na podstawie zebranej dokumentacji (dowodów w sprawie) i ustaleniu właściwej kwoty roszczenia regresowego, powiadamia dłużnika o konieczności zwrotu należności. Istnieje możliwość rozłożenia wskazanej w wezwaniu kwoty obciążenia na raty pod warunkiem, iż dłużnik przed upływem 14 dni od otrzymania wezwania do zapłaty pisemnie zadeklaruje chęć uiszczenia kwoty roszczenia i zawrze w piśmie prośbę o rozłożenie spłaty zadłużenia.

Rozdział 4. Procedura zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów krajowych implementujących postanowienia dyrektywy transgranicznej

W odniesieniu do świadczeń zdrowotnych uzyskanych w placówkach medycznych i aptekach w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej (UE), w oparciu o przepisy dyrektywy transgranicznej, osoba ubezpieczona zobowiązana jest do opłacenia pełnego ich kosztu w państwie leczenia. Nie ma w tym przypadku znaczenia, czy świadczenia udzielone były w podmiotach działających w ramach danego systemu ubezpieczenia powszechnego, czy też poza nim. Zwrot poniesionych kosztów leczenia osoba posiadająca prawo do świadczeń zdrowotnych może uzyskać w państwie członkowskim ubezpieczenia, jeżeli tylko spełnia wymagania konieczne do uzyskania takiego zwrotu.

Zwrot kosztów możliwy jest w odniesieniu do poniesionych przez świadczeniobiorcę kosztów świadczeń, uznanych za świadczenia gwarantowane w państwie członkowskim ubezpieczenia, a jego wysokość odpowiada kwocie wydatków ponoszonych przez instytucję ubezpieczenia za analogiczne świadczenia wykonywane przez świadczeniodawców na terytorium tego państwa. W celu uzyskania zwrotu kosztów, w instytucji ubezpieczenia należy złożyć właściwy wniosek, załączając do niego oryginały rachunków, dowodów zapłaty i innych dokumentów wymaganych przez ustawodawstwo krajowe. Kwota przysługującego zwrotu poniesionych kosztów świadczeń ustalana jest przez instytucję w państwie ubezpieczenia i nie może być wyższa niż wartość wynikająca z przedłożonych i opłaconych rachunków.

4.1. Nieplanowane i planowane leczenie medyczne

Pod pojęciem nieplanowanego leczenia medycznego w innym państwie członkowskim UE należy rozumieć leczenie, które nie było celem wyjazdu, lecz stało się niezbędne z przyczyn zdrowotnych, które pojawiły się już w trakcie pobytu za granicą, na przykład wskutek nagłego zachorowania czy wypadku.

Planowane leczenie medyczne odnosi się do świadczeń, których udzielenie stanowi główny cel wyjazdu do innego państwa członkowskiego UE.

Osoba korzystająca ze świadczeń w innym państwie członkowskim UE na podstawie przepisów implementujących postanowienia dyrektywy transgranicznej zobowiązana jest do **opłacenia całości kosztów związanych z tymi świadczeniami**, bez względu na to, czy świadczenia te mają charakter świadczeń planowanych, czy też nieplanowanych. O zwrot poniesionych kosztów świadczeniobiorca może ubiegać się po zakończeniu leczenia w instytucji w państwie ubezpieczenia.

Państwem członkowskim ubezpieczenia jest państwo odpowiedzialne za wydanie uprzedniej zgody na leczenie planowane na podstawie przepisów o koordynacji[50]. Państwo to zobowiązane jest do zwrotu kosztów leczenia poniesionych przez osoby ubezpieczone, korzystające z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli tylko dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których są one uprawnione na jego terytorium zgodnie z ustawodawstwem krajowym[51].

W przypadku Polski zwrot kosztów świadczeń przysługuje świadczeniobiorcom w odniesieniu do świadczeń ujętych w jednym z wykazów **świadczeń gwarantowanych**, zawartych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej lub wymienionych w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji leków.

Przepisy uprawniające do zwrotu kosztów **nie mają zastosowania w odniesieniu do** świadczeń z zakresu:

- obowiązkowych szczepień ochronnych,
- opieki długoterminowej, jeżeli jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego,
- przydziału i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów, obejmujących czynności, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r. nr 169 poz. 1411, z późn. zm.)[52].

[50] Dyrektywa transgraniczna, art. 3 lit. c.
[51] Tamże, art. 7 ust. 1.
[52] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42b ust. 2. Przepis ten jest transpozycją zapisu zawartego w dyrektywie transgranicznej, art. 1 ust. 3.

Zwrot kosztów dotyczyć może zarówno kosztów świadczeń o charakterze nieplanowanym, jak i planowanym, udzielonych w placówkach medycznych i aptekach działających w ramach danego systemu ubezpieczenia powszechnego, jak też poza nim, gdyż zapisy dyrektywy nie wprowadzają w tym zakresie rozróżnienia[53]. Wskazują jedynie na konieczność udzielania świadczeń przez placówki medyczne i apteki działające legalnie na terenie państwa członkowskiego Unii Europejskiej[54].

Koszty leczenia planowanego i nieplanowanego udzielonego osobom ubezpieczonym i członkom ich rodzin na podstawie uprawnień wynikających z dyrektywy transgranicznej zwracane są przez odpowiednie instytucje w państwach ubezpieczenia.

Na terenie Polski instytucjami ubezpieczenia, które odpowiadają za dokonanie zwrotu kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE, zgodnie z przepisami implementującymi w ustawodawstwie krajowym postanowienia dyrektywy transgranicznej, są oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zwrotowi podlega kwota odpowiadająca kosztom ponoszonym przez instytucję ubezpieczenia za analogiczne świadczenie udzielane w państwie członkowskim ubezpieczenia. Kwota zwrotu nie może jednak przekroczyć wartości faktycznie poniesionych kosztów, wynikających z opłaconych rachunków[55].

W przypadku osób ubezpieczonych mieszkających na terytorium innego niż właściwe państwa członkowskiego UE i korzystających ze świadczeń w państwie zamieszkania, **brak jest elementu transgranicznego** udzielania świadczenia w rozumieniu dyrektywy transgranicznej. Osoby te są uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji do świadczeń rzeczowych w państwie członkowskim miejsca zamieszkania, tak jakby były ubezpieczone na mocy ustawodawstwa tego państwa członkowskiego[56]. Dlatego też świadczenia zdrowotne udzielone w państwie zamieszkania nie są traktowane jako transgraniczna opieka zdrowotna wchodząca w zakres stosowania postanowień dyrektywy transgranicznej. Zwrot kosztów leczenia przez państwo członkowskie ubezpieczenia w tej sytuacji nie znajduje zastosowania.

[53] Zgodnie z art. 1 ust. 2 dyrektywy transgranicznej: „dyrektywa ma zastosowanie do świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów, niezależnie od tego, jak jest ona zorganizowana, udzielana i finansowana".
[54] Tamże, art. 1 ust. 4, art. 3 lit. g.
[55] Zgodnie z art. 7 ust. 4 dyrektywy transgranicznej: „Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej".
[56] Rozporządzenie nr 883/2004, art. 17.

4.1.1. O czym należy pamiętać przed skorzystaniem ze świadczeń?

Wybór świadczeniodawcy

Zgodnie z przepisami dyrektywy, udając się do innego państwa członkowskiego UE w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych, pacjenci mają prawo do uzyskania w krajowych punktach kontaktowych w państwie leczenia odpowiednich informacji w zakresie norm i wytycznych dotyczących jakości i bezpieczeństwa, w tym rozwiązań w zakresie nadzoru nad świadczeniodawcami i ich oceny, informacji o tym, którzy świadczeniodawcy podlegają tym normom i wytycznym oraz informacji na temat dostępności szpitali dla osób niepełnosprawnych[57]. Wiedza ta, szczególnie w przypadku **leczenia planowanego**, może okazać się przydatna przy podejmowaniu decyzji o wyborze świadczeniodawcy. Dane krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych państwach członkowskich UE znajdują się na stronie internetowej: www.kpk.nfz.gov.pl/pl/16-pl/kpk/59-wykaz-kpk.html.

Wymagane dokumenty

Uzyskanie późniejszego zwrotu kosztów świadczeń udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej wiązać się może z koniecznością wypełnienia wymogów formalnych przez osobę ubezpieczoną, która planuje skorzystać z takiej opieki. Państwo członkowskie ubezpieczenia ma bowiem prawo nałożyć na osobę ubezpieczoną, która dochodzi zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, te same warunki, kryteria przysługiwania uprawnień i wymogi prawno-administracyjne, jakie byłyby nałożone, gdyby ten sam rodzaj opieki zdrowotnej był świadczony na terytorium tego państwa członkowskiego[58].

Zakres wymaganych dokumentów, do których uzyskania jeszcze przed skorzystaniem ze świadczeń zobowiązany jest polski świadczeniobiorca w przypadku zamiaru korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na terenie innego państwa członkowskiego UE wyszczególniony został w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W zależności od rodzaju udzielanych świadczeń do dokumentów tych należą:

- odpowiednie **skierowanie** dla badań diagnostycznych (art. 32 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej), rehabilitacji uzdrowiskowej (art. 33 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej), świadczeń pielęgnacyjnych lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (art. 33a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z wyjątkiem specjalizacji medycznych i grup uprawnień określonych w art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej), leczenia szpitalnego (art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej),

[57] Dyrektywa transgraniczna, art. 4 ust. 2 lit. a.
[58] Tamże, art. 7 ust. 7.

rehabilitacji leczniczej (art. 59 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
- odpowiednie **skierowanie oraz jego potwierdzenie** zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie celowości leczenia uzdrowiskowego;
- odpowiednie **zlecenie** na przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym transportu lotniczego (art. 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);

Skierowanie lub zlecenie na przejazd środkami transportu sanitarnego może być wystawione również przez lekarza wykonującego zawód w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej. Takie skierowanie lub zlecenie traktowane będzie jak skierowanie lub zlecenie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego[59].

- **uprzednia zgoda** wydana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej w przypadku świadczeń zawartych w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie wymogu uzyskania uprzedniej zgody w przypadku wybranych świadczeń udzielanych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej zostało umożliwione państwom członkowskim zapisami art. 8 dyrektywy transgranicznej. Opieka zdrowotna, którą może objąć wymóg uzyskania uprzedniej zgody, związana jest z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej podlegających wymogom planowania niezbędnego dla zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do pełnego zakresu opieki zdrowotnej wysokiej jakości lub wynikającego z konieczności kontrolowania kosztów i uniknięcia niegospodarności w wykorzystaniu zasobów finansowych, technicznych i ludzkich w państwie ubezpieczenia, a jednocześnie których udzielenie wymaga:
- pozostawania pacjenta w szpitalu do dnia następnego lub
- zastosowania wysokospecjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub aparatury i sprzętu medycznego.

Uprzednią zgodą objęte mogą być także świadczenia opieki zdrowotnej stwarzające szczególne ryzyko dla życia lub zdrowia pacjenta[60].

Wymagalność uzyskania uprzedniej zgody w przypadku wybranych świadczeń opieki zdrowotnej przewidziana została również w polskich przepisach implementujących postanowienia dyrektywy transgranicznej. Przepisy te w odniesieniu do wyspecyfikowanych świadczeń opieki zdrowotnej uzależniają możliwość dokonania zwrotu kosztów przez oddział wojewódzki NFZ, jako instytucji ubezpieczenia od spełnienia warunku związanego z uzyskaniem uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ przed

[59] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42b ust. 4.
[60] Tamże, art. 42e ust. 2. Przepis ten jest transpozycją zapisu zawartego w dyrektywie transgranicznej, art. 8 ust. 2.

skorzystaniem z tych świadczeń. Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uzyskania uprzedniej zgody, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, określony został w rozporządzeniu w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej. Znajdują się w nim:

- świadczenia opieki zdrowotnej wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń,
- leczenie w ramach programów lekowych, o których mowa w ustawie o refundacji leków,
- terapia izotopowa,
- teleradioterapia stereotaktyczna,
- teleradioterapia hadronowa wiązką protonów,
- terapia hiperbaryczna,
- wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne,
- badania genetyczne,
- pozytonowa tomografia emisyjna,
- badania medycyny nuklearnej,
- tomografia komputerowa,
- rezonans magnetyczny.

Należy mieć na uwadze, iż **w przypadku leczenia nieplanowanego zwrot kosztów wyżej wymienionych świadczeń nie będzie przysługiwał** z uwagi na brak możliwości uzyskania uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ przed skorzystaniem z tych świadczeń. Zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną, wyjątek stanowią świadczenia udzielone po dniu 24 października 2013 r. (czyli po upływie terminu, do którego państwa członkowskie UE zostały zobligowane do implementacji postanowień dyrektywy transgranicznej w ustawodawstwie krajowym) i przed 15 listopada 2014 r., czyli przed dniem wejścia w życie ustawy implementującej. W odniesieniu do świadczeń udzielonych w tym okresie zwrot kosztów nie jest uzależniony od spełnienia wymagania w zakresie posiadania uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, bez względu na to, czy udzielenie tych świadczeń miało charakter leczenia planowanego, czy też były one związane z korzystaniem z opieki zdrowotnej w sposób nieplanowany.

W przypadku leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych zawartych w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji leków, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, lub mających w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji leków wymagane są:

- **recepta lub zlecenie** wystawione na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego UE. Dotyczy wyłącznie leków, środków

spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych ordynowanych zgodnie z potwierdzonymi w dokumentacji medycznej wskazaniami, odpowiadającymi zakresowi wskazań objętych refundacją dla danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, określonemu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji leków;

- **recepta transgraniczna** wystawiona przez lekarza na terenie Polski, posiadającego uprawnienia do wystawiania recept refundowanych w rozumieniu ustawy o refundacji leków, na prośbę pacjenta, który zamierza ją zrealizować w innym niż Polska państwie członkowskim UE lub zlecenie wystawione przez osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji leków[61].

Zwrotem objęte są również koszty leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wydane na podstawie recept lub zleceń wystawionych na terenie innego państwa członkowskiego UE, a zrealizowanych za pełną odpłatnością w polskiej aptece, o ile są one finansowane na terenie Polski przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W przypadku **programów lekowych** określonych w przepisach ustawy o refundacji leków warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest:

- zakwalifikowanie przed skorzystaniem ze świadczeń opieki zdrowotnej do danego programu lekowego,
- niezaistnienie kryteriów wyłączenia z programu określonych w opisie programu lekowego.

W przypadku gdy kryteria wyłączenia zaistniały w trakcie trwania leczenia w ramach programu lekowego, zwrot kosztów obejmuje koszt świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych do momentu zaistnienia tych kryteriów[62].

W przypadku **programów zdrowotnych** warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest spełnienie wymogów warunkujących udział pacjenta w danym programie[63].

Należy podkreślić, iż zakup przez pacjenta za granicą leku, który jest w Polsce refundowany jedynie **w ramach programu lekowego**, nie może zostać objęty zwrotem kosztów, ponieważ sam zakup leku nie jest świadczeniem gwarantowanym. Świadczenie gwarantowane udzielane pacjentowi w ramach programu lekowego obejmuje łącznie:

- przeprowadzenie badań kwalifikujących do programu,
- podanie leku,
- opiekę nad pacjentem bezpośrednio związaną z podaniem leku,
- stałe monitorowanie postępów leczenia.

Informacja o przybliżonej kwocie zwrotu

Dyrektywa transgraniczna zobligowała państwa członkowskie UE do zapewnienia osobom ubezpieczonym w tym państwie, w ramach implementowa-

[61] Tamże, art. 42b ust. 10–12.
[62] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42b ust. 6–7.
[63] Tamże, art. 42b ust. 8.

nych przepisów, rozwiązań gwarantujących dostępność informacji o przybliżonej kwocie możliwego do uzyskania zwrotu kosztu w odniesieniu do konkretnego świadczenia, które ma zostać udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej. Przy szacowaniu tej kwoty przez instytucję ubezpieczenia pod uwagę powinien być wzięty indywidualny kliniczny przypadek pacjenta, z uwzględnieniem procedur medycznych, które mogą zostać zastosowane w danej sytuacji zdrowotnej pacjenta[64].

Możliwość uzyskania przed skorzystaniem ze świadczeń informacji o przybliżonej wysokości kwoty zwrotu kosztów dla konkretnego świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym na terenie Polski, została zapewniona również w polskim ustawodawstwie. Informacje w tym zakresie udzielane są przez oddziały wojewódzkie NFZ bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej[65]. Mogą one okazać się szczególnie przydatne dla osób planujących udać się na **leczenie planowane** do innego państwa członkowskiego UE.

Niezbędne dla określenia przez oddział wojewódzki NFZ przybliżonej wysokości zwrotu kosztów jest przekazanie przez osobę zainteresowaną szczegółowych informacji związanych z planowaną opieką zdrowotną. Przydatne w tym celu może okazać się wypełnienie F*ormularza zapytania o przybliżoną wysokość zwrotu kosztów*, znajdującego się na stronie internetowej: www.kpk.nfz.gov.pl/images/downloads/formularz_okreslenie_przyblizonej_wysokosci_zwrotu_kosztow.pdf. Jego uzupełnienie ma charakter fakultatywny, nie jest obligatoryjne dla uzyskania informacji, może jednak stanowić ułatwienie dla oddziału w doborze właściwej w danym przypadku procedury medycznej.

Informacja na temat przybliżonej wysokości zwrotu kosztów udzielana przed skorzystaniem ze świadczenia ma jedynie orientacyjny charakter. Faktyczna wysokość należnego zwrotu kosztów może zostać ustalona jednoznacznie dopiero po udzieleniu świadczenia, w oparciu o dokumentację przedłożoną przy wniosku o zwrot kosztów.

Informacje na temat przybliżonej wysokości zwrotu kosztów przysługującego w odniesieniu do przykładowych świadczeń opieki zdrowotnej, jakie stosowane są w przypadku uzyskania tych świadczeń w innym państwie członkowskim UE zamieszczone są także na stronach internetowych Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej (KPK): www.kpk.nfz.gov.pl/images/downloads/Cennik.pdf, oddziałów wojewódzkich NFZ oraz w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

[64] Dyrektywa transgraniczna, art. 9 ust. 5.
[65] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 97a ust. 12.

4.1.2. O czym należy pamiętać w trakcie leczenia?

Świadczenia zdrowotne uzyskane w placówkach medycznych i aptekach w innych państwach członkowskich UE, w oparciu o przepisy dyrektywy transgranicznej, są zawsze **pełnopłatne w państwie leczenia**. Pacjent zobowiązany jest do pokrycia pełnego kosztu uzyskanych świadczeń poprzez opłacenie rachunków otrzymanych od placówki medycznej, w której ma miejsce leczenie. Zwrot poniesionych kosztów osoba ubezpieczona może uzyskać w państwie członkowskim ubezpieczenia.

Świadczeniodawcy w państwie leczenia zobowiązani są do wystawiania jasnych faktur i przekazywania jasnych informacji o cenach[66]. Należy pamiętać, iż wyszczególnienie zrealizowanych procedur diagnostycznych i terapeutycznych przez zagranicznego świadczeniodawcę, czy to w treści rachunku, czy też w ramach załączonej do niego dodatkowej dokumentacji odbywa się **na wniosek pacjenta**.

Ponadto w odniesieniu do pacjentów z innych państw członkowskich obowiązuje zasada niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową, w związku z czym świadczeniodawcy zagraniczni mają obowiązek stosować wobec pacjentów z innych państw członkowskich tę samą skalę opłat za opiekę zdrowotną, która jest stosowana w odniesieniu do pacjentów krajowych[67].

W celu późniejszego uzyskania zwrotu kosztów za udzielone świadczenia zdrowotne, osoba poddająca się leczeniu w innym państwie członkowskim UE powinna pamiętać o konieczności zachowania oryginału rachunku, dowodów zapłaty oraz oryginału lub kopii odpowiedniego skierowania, zlecenia, recepty oraz innej dokumentacji medycznej, która może okazać się pomocna dla prawidłowego i jednoznacznego określenia wysokości należnego zwrotu kosztów.

Odpowiedzialność za uzyskanie właściwych dokumentów finansowych i medycznych, koniecznych do przedłożenia przy wniosku o zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w innym państwie członkowskim UE, **spoczywa wyłącznie na pacjencie**.

Szczegółowe wymagania wobec dokumentacji, wymaganej od polskich świadczeniobiorców do załączenia do wniosku o zwrot kosztów świadczeń udzielonych za granicą na podstawie uprawnień, wynikają z art. 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 42d ust. 6–7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, **rachunek** dołączony do wniosku o zwrot kosztów w Polsce powinien zawierać:

- dane wystawcy rachunku oraz datę jego wystawienia,
- dane osoby, której dotyczy wniosek o zwrot kosztów,

[66] Dyrektywa transgraniczna, art. 4 ust. 2 lit. b.
[67] Tamże, art. 4 ust. 3–4.

- dane niezbędne do zidentyfikowania świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w szczególności informacje umożliwiające określenie kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 oraz Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 albo dane dotyczące wydanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych – w sytuacji braku tych danych na rachunku powinny być one zawarte w dokumentacji dołączonej do wniosku o zwrot kosztów.

W przypadku uzyskania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego zakupionego na podstawie recepty wystawionej w innym państwie członkowskim UE należy też pamiętać o konieczności uzyskania od zagranicznego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń i dołączeniu do wniosku o zwrot kosztów kopii dokumentacji medycznej, z której wynikać będzie medyczna zasadność wystawienia recepty na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny. Kopię tę należy dołączyć do wniosku o zwrot kosztów[68].

Gdy **rachunek** otrzymany za leczenie za granicą **jest niekompletny**, tj. nie zawiera wszystkich danych wymaganych przez ustawodawstwo polskie dla ubiegania się o zwrot kosztów, prośbę o jego uzupełnienie należy skierować do świadczeniodawcy, który udzielał świadczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej – bezpośrednio lub za pośrednictwem krajowego punktu kontaktowego w państwie leczenia. Dane krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych państwach członkowskich UE znajdują się na stronie internetowej: www.kpk.nfz.gov.pl/pl/16-pl/kpk/59-wykaz-kpk.html.

4.1.3. Jak ubiegać się o zwrot kosztów?

Zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie przepisów krajowych implementujących postanowienia dyrektywy transgranicznej, przysługuje tylko wówczas, gdy łącznie spełnione są następujące warunki:

- osoba wnioskująca o zwrot kosztów opłaciła w pełnej wysokości koszty udzielonych jej świadczeń i posiada dowody potwierdzające fakt opłacenia rachunków, o których zwrot ubiega się w instytucji ubezpieczenia,
- w czasie leczenia osoba wnioskująca była osobą ubezpieczoną w jednym z państw członkowskich UE,
- świadczenia zostały udzielone osobie wnioskującej w państwie członkowskim UE innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia i państwo członkowskie miejsca zamieszkania,
- udzielone świadczenia zdrowotne należały do świadczeń gwarantowanych w państwie członkowskim ubezpieczenia,
- osoba wnioskująca posiada dokumenty wyszczególnione w ustawodawstwie krajowym jako wymagane dla ubiegania się o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w ramach opieki transgranicznej.

[68] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42d ust. 9.

W przypadku osób posiadających prawo do korzystania w Polsce ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, instytucją odpowiedzialną za zwrot kosztów udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej jest **właściwy oddział wojewódzki NFZ**[69]. Wyjątek stanowią:

- osoby ubezpieczone w innym państwie UE/EFTA, zamieszkałe w Polsce i uprawnione na podstawie dokumentu przenośnego S1 do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych, w odniesieniu do których za zwrot kosztów leczenia w państwach trzecich odpowiada państwo członkowskie ich ubezpieczenia;
- członkowie rodziny osoby ubezpieczonej oraz emeryci, renciści i ich członkowie rodziny mieszkający w jednym z następujących państw: Cypr, Irlandia, Hiszpania, Holandia, Portugalia, Finlandia, Szwecja, Wielka Brytania, którzy korzystają ze świadczeń zdrowotnych z zakresu transgranicznej opieki zdrowotnej na zasadach obowiązujących w ich państwach zamieszkania – wyłączenie przewidziane przepisem art. 42g ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń udzielonych na podstawie uprawnień wynikających z art.42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ należy *złożyć Wniosek o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej – na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*[70].

Formularz wniosku dostępny jest na stronie internetowej Krajowego Punktu Kontaktowego www.kpk.nfz.gov.pl/images/downloads/wniosek_o_zwrot_kosztow_swiadczen_wzor.pdf oraz we wszystkich placówkach Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie całego kraju.

Wniosek może zostać złożony przez osobę, której udzielone zostały świadczenia lub przez jej przedstawiciela ustawowego[71].

Zgodnie z art. 42d ust. 5–10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, do wniosku należy dołączyć:

- **oryginał rachunku** wystawionego w innym państwie członkowskim UE przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub oryginał rachunku wystawionego w państwie członkowskim UE przez aptekę albo dostawcę wyrobów medycznych;
- **dokument potwierdzający pokrycie całości kosztów świadczenia**, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w przypadku gdy nie wynika to z załączonego rachunku;

[69] Tamże, art. 42d, ust. 1.
[70] Wzór wniosku został określony w załączniku do rozporządzenia określającego wzór wniosku o zwrot kosztów.
[71] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42d, ust. 1.

- **oryginał lub kopię** odpowiednio:
  - ✓ skierowania lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3–5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (nie dotyczy świadczeń, na które została uzyskana uprzednia zgoda);
  - ✓ recepty, o której mowa w art. 42b ust. 10 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, albo recepty transgranicznej;
  - ✓ zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej;
- zaświadczenie potwierdzające zakwalifikowanie do odpowiedniego programu lekowego oraz kopię dokumentacji medycznej – w przypadku świadczeń z zakresu programów lekowych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (nie dotyczy świadczeń, na które została uzyskana uprzednia zgoda);
- kopię dokumentacji medycznej, z której wynika medyczna zasadność wystawienia recepty na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny, którego dotyczy ten wniosek – w przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego, zakupionego na podstawie recepty wystawionej w innym państwie UE, o którym mowa w art. 42b ust. 10 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej;
- **tłumaczenie** wyżej wymienionych dokumentów **na język polski** – w przypadku gdy dokumenty są sporządzone w języku obcym. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

Dołączony do wniosku o zwrot kosztów **rachunek**, zgodnie z art. 42d ust. 6–7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, powinien zawierać:

- dane wystawcy rachunku oraz datę jego wystawienia;
- dane osoby, której dotyczy wniosek o zwrot kosztów;
- dane niezbędne do zidentyfikowania świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w szczególności informacje umożliwiające określenie kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 oraz Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 albo dane dotyczące wydanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych – w sytuacji braku tych danych na rachunku powinny być one zawarte w dokumentacji dołączonej do wniosku o zwrot kosztów.

Wniosek o zwrot kosztów należy złożyć **w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku** za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek[72]. W przypadku świadczeń udzielonych lub leków zakupionych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej po dniu 24 października 2013 r., a przed dniem wejścia w życie ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną, wniosek o zwrot kosztów należy złożyć w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia 15 listopada 2014 r., czyli od dnia wejścia w życie zmiany w ustawie. Kolejność rozpatrywania wniosków

[72] Tamże, art. 42d ust. 12.

we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ jest zgodna z kolejnością ich wpływu do oddziału[73].

Rozpatrywanie wniosków odbywa się w drodze **decyzji administracyjnej** wydanej zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego, z uwzględnieniem przepisów szczególnych wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Decyzję w sprawie zwrotu kosztów wydaje dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. W przypadku wpływu niekompletnego wniosku, oddział wojewódzki wzywa wnioskującego do usunięcia braków w terminie 7 dni z pouczeniem, iż nieusunięcie tych braków spowoduje **pozostawienie sprawy bez rozpoznania**[74].

Zgodnie z art. 42d ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ wydaje decyzję administracyjną o **odmowie zwrotu kosztów**, jeżeli:

- wniosek o zwrot kosztów dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej, które nie są świadczeniami gwarantowanymi udzielonymi na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego UE;
- wniosek o zwrot kosztów dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu:
  - ✓ obowiązkowych szczepień ochronnych;
  - ✓ opieki długoterminowej, jeżeli jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego;
  - ✓ przydziału i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów, obejmujących czynności, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2005 r. nr 169 poz. 1411, z późn. zm.);
- nie zostaną spełnione warunki dotyczące posiadania przez świadczeniobiorcę skierowania, zlecenia, recepty lub recepty transgranicznej – odpowiednio do wymagań dla konkretnego świadczenia zdrowotnego, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów;
- świadczeniobiorca, przed udzieleniem mu świadczeń opieki zdrowotnej, nie uzyska zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na świadczenia objęte wymogiem uzyskania uprzedniej zgody;
- świadczeniobiorca nie przedstawi dokumentów zawierających wystarczające dane dotyczące procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, pozwalające na zidentyfikowanie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów;
- świadczeniobiorca nie udokumentuje faktu pokrycia całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów,
- świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, zostaną zakwalifikowane przez NFZ do rozliczenia na podstawie przepisów o koordynacji;

[73] Tamże, art. 42 d.ust. 15.
[74] Kodeks postępowania administracyjnego, art. 64 §2.

- wniosek o zwrot kosztów zostanie złożony po upływie terminu 6 miesięcy od daty wystawienia rachunku za świadczenia opieki zdrowotnej[75].

4.1.4. Na jaką wartość zwrotu kosztów można liczyć?

Jednym z zasadniczych elementów procedury zwrotu kosztów jest ustalenie kwoty, jaka powinna być zwrócona wnioskującemu. O poziomie pokrycia kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej decyduje odpowiednia instytucja w państwie członkowskim ubezpieczenia jako posiadająca najszerszą wiedzę na temat obowiązujących na swoim terenie stawek za leczenie. W myśl przepisów dyrektywy transgranicznej, osobie korzystającej ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE zwrot kosztów przysługuje w wysokości nie niższej od poziomu finansowania przez państwo członkowskie ubezpieczenia takiej samej opieki zdrowotnej udzielanej na jego terytorium, o ile poziom ten nie przekracza rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej[76]. Jeżeli poziom finansowania przez państwo członkowskie ubezpieczenia takiej samej opieki zdrowotnej udzielanej na jego terytorium jest wyższy od poziomu rzeczywistych kosztów otrzymanej opieki zdrowotnej, wynikającego z przedłożonych do zwrotu rachunków, wówczas zwrot kosztów dokonywany jest do wysokości tych rachunków.

Zgodnie z przepisami polskiego ustawodawstwa, po złożeniu przez świadczeniobiorcę kompletnego wniosku, oddział wojewódzki NFZ dokonuje przyporządkowania poszczególnych świadczeń udzielonych w ramach opieki transgranicznej do świadczeń gwarantowanych w Polsce oraz do konkretnych produktów rozliczeniowych powiązanych z tymi świadczeniami gwarantowanymi, a następnie do odpowiadających im stawek krajowych, to znaczy cen świadczeń opieki zdrowotnej obowiązujących w rozliczeniach z polskimi świadczeniodawcami. Sposób dokonania wyceny został szczegółowo opisany w art. 42c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Zwrot kosztów za świadczenia gwarantowane, w odniesieniu do których **nie istnieje zróżnicowana wysokość kwot finansowania** na terenie kraju, dokonywany jest, zgodnie z powołanymi przepisami, w wysokości odpowiadającej kwocie:

- finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między NFZ a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- finansowania danego świadczenia gwarantowanego – w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej[77], medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego

[75] W przypadku świadczeń udzielonych w okresie od 25 października 2013 r. do 14 listopada 2014 r. termin na złożenie wniosku o zwrot wynosił 6 miesięcy od daty wejścia w życie ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną do polskiego porządku prawnego, tj. od dnia 15 listopada 2014 r. Termin ten upłynął zatem w dniu 15 maja 2015 r.

[76] Dyrektywa transgraniczna, art. 7 ust. 3–4.

[77] Z zastrzeżeniem wynikającym z art. 42b ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie przydziału i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów, obejmujących czynności, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2005 r. nr 169 poz. 1411, z późn. zm.).

oraz świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa,

- limitu finansowania danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartych w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji leków, z uwzględnieniem odpłatności, o której mowa w art. 14 ustawy o refundacji leków, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, lub mających w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji,
- odpowiadającej wartości wyrobu medycznego, nie wyższej niż limit finansowania ze środków publicznych dla danego wyrobu medycznego wynikający z przepisów wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji leków, z uwzględnieniem przepisów art. 47 ust. 1–2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W przypadku gdy procedura medyczna wykonana na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego UE mieści się w zakresie świadczeń gwarantowanych, nie ma jednak dokładnego odpowiednika wśród procedur medycznych wykonywanych w kraju, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się kwotę finansowania procedury medycznej, będącej świadczeniem gwarantowanym, najbardziej zbliżonej pod względem medycznym.

W przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy co najmniej dwóch świadczeń, które są rozliczane przez NFZ w ramach jednego świadczenia gwarantowanego, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się to świadczenie. W przypadku złożenia oddzielnych wniosków o zwrot kosztów, dotyczących co najmniej dwóch świadczeń, rozliczanych przez NFZ w ramach jednego świadczenia gwarantowanego, łączna kwota zwrotu kosztów uzyskana na podstawie tych wniosków nie może przekraczać kwoty finansowania tego świadczenia na terenie kraju.

Dla świadczeń gwarantowanych, w przypadku których istnieje ta sama wysokość kwot finansowania na terenie kraju, podstawą zwrotu kosztów jest wysokość kwoty finansowania tego świadczenia gwarantowanego według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów[78]. W przypadku braku możliwości ustalenia kwoty finansowania na dzień 1 stycznia danego roku, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się wysokość kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem.

Dla świadczeń gwarantowanych, w odniesieniu do których **istnieje zróżnicowana wysokość kwot finansowania** na terenie kraju, podstawą zwrotu kosztów jest średnia ważona kwoty finansowania obliczona dla

[78] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42c ust. 5.

tego świadczenia gwarantowanego według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów. W przypadku braku możliwości ustalenia kwoty finansowania na dzień 1 stycznia danego roku, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się średnią ważoną kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem.

Dla świadczeń gwarantowanych rozliczanych w **formie ryczałtowej** za gotowość do udzielania świadczeń podstawą zwrotu kosztów jest obliczona na terenie kraju **średnia kwota finansowania** świadczeń z danego zakresu, udzielonych jednemu pacjentowi, w ostatnim pełnym kwartale poprzedzającym kwartał, w którym zakończono udzielanie tych świadczeń, w szczególności średnia kwota finansowania:

- świadczeń gwarantowanych udzielonych jednemu świadczeniobiorcy w szpitalnym oddziale ratunkowym albo w izbie przyjęć,
- jednorazowej interwencji zespołu ratownictwa medycznego.

W przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego podstawą zwrotu kosztów jest kwota finansowania ze środków publicznych, ustalona zgodnie z art. 42c ust. 1 pkt 3 lub 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, obowiązująca na dzień zakupu.

W odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu programów lekowych, w przypadku gdy w trakcie trwania leczenia osoby, której dotyczy wniosek o zwrot kosztów, zaistniały kryteria wyłączenia z programu, określone w opisie poszczególnych programów lekowych, zwrot kosztów obejmuje koszt świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych do momentu zaistnienia tych kryteriów[79].

Zwrotu kosztów dokonuje się w walucie polskiej. Wysokość przyznanego zwrotu w żadnym przypadku nie może przekroczyć kosztów rzeczywiście poniesionych przez wnioskującego, ustalonych w wyniku przeliczenia kwoty wynikającej z przedłożonego przy wniosku rachunku na walutę polską przy zastosowaniu kursu średniego dla danej waluty, ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu wystawienia rachunku[80].

Przy wyliczaniu właściwego zwrotu kosztów za świadczenia udzielone w innym państwie członkowskim UE w sytuacji, gdy świadczenia udzielane były dłużej niż jeden dzień, a osoba korzystająca z tych świadczeń nie posiadała prawa do świadczeń przez część okresu, w którym udzielane jej były świadczenia, kwotę należnego zwrotu kosztów ustala się proporcjonalnie do okresu, w której osoba ta posiadała prawo do świadczeń[81].

[79] Tamże, art. 42b ust. 7.
[80] Tamże, art. 42c ust. 13.
[81] Tamże, art. 42c ust. 14

4.1.5. W jakim terminie wniosek powinien zostać rozpatrzony?

Termin rozpatrzenia wniosku o zwrot kosztów został szczegółowo określony w art. 42d ust. 12–15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zgodnie z powołanymi przepisami, zależy on od ewentualnej konieczności przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w trakcie procedowania wniosku o zwrot. Co do zasady, termin rozpatrzenia wniosku bez konieczności prowadzenia postępowania wyjaśniającego wynosi 30 dni od dnia wszczęcia postępowania[82]. Dniem wszczęcia postępowania, zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego, jest dzień doręczenia wniosku organowi administracji publicznej[83].

W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, termin rozpatrzenia wniosku wynosi **60 dni** od dnia wszczęcia postępowania. Jeżeli postępowanie wyjaśniające wymaga uzupełnienia przez wnioskodawcę wniosku o zwrot kosztów lub prowadzenia korespondencji z instytucją krajową, do tego terminu nie wlicza się okresu:

- od dnia wezwania do uzupełnienia wniosku do dnia otrzymania uzupełnienia przez oddział wojewódzki NFZ albo do dnia bezskutecznego upływu terminu wyznaczonego na uzupełnienie wniosku o zwrot kosztów,
- od dnia wysłania zapytania do instytucji krajowej do dnia otrzymania przez oddział wojewódzki NFZ odpowiedzi tej instytucji.

W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przy udziale krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającego w innym niż Polska państwie członkowskim UE, termin rozpatrzenia wniosku wynosi **6 miesięcy** od dnia wszczęcia postępowania. Jeżeli w powyższym terminie nie dokonano ustaleń pozwalających na jednoznaczne określenie należnej kwoty zwrotu kosztów, zwrot kosztów następuje niezwłocznie po upływie tego terminu, w wysokości odpowiadającej kwocie, którą należy uznać w danym przypadku za najbardziej prawdopodobną podstawę zwrotu kosztów. W postępowaniu wątpliwości rozstrzyga się na korzyść osoby, której dotyczy wniosek o zwrot kosztów.

Wypłata należnej kwoty zwrotu powinna nastąpić w terminie **7 dni** od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki NFZ wiadomości, że decyzja w sprawie zwrotu kosztów stała się ostateczna[84]. Wypłata dokonywana jest zgodnie ze sposobem wskazanym we wniosku o zwrot kosztów i może nastąpić w drodze

[82] Tamże, art. 42d ust. 13.
[83] Kodeks postępowania administracyjnego, art. 61 §3.
[84] Zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego, art. 16 §1 decyzjami ostatecznymi są „decyzje, od których nie służy odwołanie w administracyjnym toku instancji", na przykład w sytuacji, gdy upłynął termin na złożenie odwołania.

przelewu na rachunek bankowy albo w drodze przekazu pocztowego na wskazany we wniosku adres. Wypłata dokonywana jest zawsze w walucie polskiej.

Wyjątkiem jest sytuacja wynikająca z osiągnięcia kwoty limitu przeznaczonego na realizację zadań związanych z dokonywaniem zwrotów kosztów, przywołana w art. 42h ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Narodowy Fundusz Zdrowia może finansować zadania związane z dokonywaniem zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej jedynie do wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. d oraz ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W przypadku gdy koszty realizacji zadań związanych z dokonywaniem zwrotów kosztów w danym roku kalendarzowym osiągną kwotę ustalonego limitu, Fundusz **zawiesza wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca tego roku kalendarzowego**.

W przypadku gdy przed końcem pierwszego półrocza danego roku kalendarzowego zostanie przekroczony poziom 50% kwoty limitu, informacja o przewidywanym terminie zawieszenia wypłaty kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów zostanie niezwłocznie opublikowana na stronach internetowych Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ oraz w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

Informację o zawieszeniu wypłat Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza niezwłocznie na stronach internetowych NFZ oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

Zawieszone wypłaty dokonywane są **do dnia 31 stycznia roku następnego**. Świadczeniobiorcy z tytułu zawieszenia wypłaty kwoty należnej z tytułu zwrotu kosztów nie przysługują odsetki.

4.1.6. Zwrot kosztów za transport

Przepisy dyrektywy nie nakładają na państwa członkowskie UE obowiązku pokrycia kosztów transportu związanych z odbytym leczeniem. Ich zwrot zależy więc od ustawodawstwa danego państwa. W przypadku polskich świadczeniobiorców, zwrot kosztów za transport udzielony na terenie innego państwa członkowskiego UE jest możliwy po spełnieniu warunków zawartych w art. 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zgodnie z przytoczonym przepisem, świadczeniobiorcy – **na podstawie zlecenia** wystawionego przez lekarza – przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego do najbliższego podmiotu leczniczego, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym,
- wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza, przysługuje też przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego,

w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.

Należy jednak zaznaczyć, że transport, zgodnie z definicją zawartą w art. 5 pkt 38 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, jest świadczeniem towarzyszącym i, co do zasady, nie stanowi odrębnego przedmiotu umów ze świadczeniodawcami. Wyjątkiem są umowy zawierane w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, które przewidują odrębny zakres świadczeń do finansowania transportu sanitarnego, oraz niektóre szczególne rodzaje transportu finansowane przez Fundusz w ramach rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny.

Przykładowo, oznacza to, że w przypadku świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego koszty transportu zostają rozliczone jako składowa udzielanego świadczenia. Dodatkowy zwrot kosztów za transport udzielony w innym państwie UE w tych przypadkach nie będzie więc przysługiwał.

W żadnym przypadku nie zostanie dokonany też zwrot kosztów za transport na terenie Polski, ponieważ zwrot kosztów na podstawie przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną przysługuje jedynie za świadczenia udzielone na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej[85].

4.1.7. Co w sytuacji błędnie przyznanego zwrotu kosztów?

W przypadku gdy ubezpieczony nie zgadza się z wydaną decyzją dotyczącą zwrotu kosztów, może ubiegać się o jej weryfikację. Zapisy dyrektywy wprost wskazują, że państwa członkowskie mają zapewnić, aby poszczególne decyzje dotyczące korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej i zwrotu kosztów opieki zdrowotnej poniesionych w innym państwie członkowskim były poddawane w każdym przypadku przeglądowi administracyjnemu oraz by istniała możliwość zaskarżenia ich na drodze sądowej[86].

W przypadku rozwiązań wprowadzonych do polskiego porządku prawnego, od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w sprawie zwrotu kosztów lub decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ o odmowie zwrotu kosztów przysługuje świadczeniobiorcy odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia[87] jako organu II instancji. Odwołanie, zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego, należy złożyć w przeciągu 14 dni od otrzymania decyzji za pośrednictwem organu, który wydał decyzję[88], w tym przypadku – za pośrednictwem właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Na decyzję organu odwoławczego przysługuje natomiast świadczeniobiorcy możliwość wzniesienia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego.

[85] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42b ust. 1.
[86] Dyrektywa transgraniczna, art. 9 ust. 4.
[87] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 42d ust. 19.
[88] Kodeks postępowania administracyjnego, art. 129.

W przypadku dokonania przez Fundusz niezasadnego zwrotu kosztów, świadczeniobiorca jest obowiązany do zwrotu nienależnie otrzymanej kwoty. Kwota ta podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek zwrotu tej kwoty, jej wysokość oraz termin płatności. Zgodnie z art. 42d ust. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, sytuacja taka może mieć miejsce gdy nastąpiło:

- uchylenie decyzji w sprawie zwrotu kosztów i rozpatrzenie sprawy co do istoty,
- uchylenie decyzji w sprawie zwrotu kosztów w przypadku wznowienia postępowania,
- stwierdzenie nieważności decyzji w sprawie zwrotu kosztów.

4.2. Zwrot kosztów na podstawie koordynacji a zwrot kosztów na podstawie dyrektywy

Zakres świadczeń zdrowotnych, które można uzyskać w innym państwie członkowskim oraz poziom przysługującego zwrotu kosztów różni się w zależności od tego, czy transgraniczna opieka zdrowotna świadczona jest na podstawie przepisów o koordynacji, czy na podstawie przepisów krajowych implementujących postanowienia dyrektywy transgranicznej. Najważniejsze różnice dotyczą: obszaru obowiązywania transgranicznej opieki zdrowotnej, zakresu przysługujących świadczeń, sposobu ustalania należnej kwoty zwrotu oraz terminu obowiązującego na złożenie wniosku o zwrot kosztów, jak również trybu i terminów jego rozpatrywania.

Obszar obowiązywania

Na podstawie przepisów o koordynacji zwrot kosztów przysługuje za świadczenia zdrowotne uzyskane w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (Islandii, Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii), podczas gdy w ramach przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną zwrot koszów obejmuje jedynie opiekę zdrowotną świadczoną lub przepisaną w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej. Koszty świadczeń udzielonych w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu na podstawie przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną nie mogą podlegać zwrotowi.

	KOORDYNACJA	DYREKTYWA
OBSZAR OBOWIĄZYWANIA	państwa UE/EFTA	państwa UE

4.2.1. Podmioty świadczące opiekę zdrowotną

Na podstawie przepisów o koordynacji zwrot kosztów przysługuje tylko za świadczenia udzielone w podmiotach medycznych działających w ramach systemu ubezpieczenia powszechnego obowiązującego w danym państwie członkowskim. Koszty opieki zdrowotnej świadczonej w placówkach medycznych i aptekach spoza tego systemu (np. w większości prywatnych placówek) nie zostaną zwrócone.

W ramach przepisów implementujących postanowienia dyrektywy transgranicznej zwrot kosztów przysługuje za świadczenia udzielone we wszystkich legalnie działających podmiotach medycznych na terenie innego państwa członkowskiego UE, niezależnie czy działają one w ramach danego systemu ubezpieczenia powszechnego, czy też poza nim.

	KOORDYNACJA	DYREKTYWA
OPIEKA ZDROWOTNA ŚWIADCZONA PRZEZ:	placówki medyczne i apteki działające w ramach danego systemu ubezpieczenia powszechnego	placówki medyczne działające w ramach systemu ubezpieczenia powszechnego oraz placówki medyczne prywatne, jak również apteki działające poza tym systemem

4.2.2. Zakres przysługujących świadczeń

Na podstawie przepisów o koordynacji refundacja przysługuje w odniesieniu do kosztów świadczeń, których zakres jest zgodny z ustawodawstwem państwa, na terenie którego miało miejsce leczenie.

Na podstawie przepisów krajowych implementujących postanowienia dyrektywy transgranicznej, zwrot kosztów możliwy jest w odniesieniu do zakresu świadczeń, do których uprawnione są osoby ubezpieczone na terytorium państwa członkowskiego ubezpieczenia. W przypadku Polski zwrot kosztów może być zatem dokonany w odniesieniu do kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uznanych za świadczenia gwarantowane w myśl przepisów krajowych, które są finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych.

	KOORDYNACJA	DYREKTYWA
ŚWIADCZENIA, KTÓRYCH KOSZTY PODLEGAJĄ ZWROTOWI	zakres świadczeń zgodnie z ustawodawstwem państwa, na terenie którego miało miejsce leczenie	wyłącznie świadczenia, które należą do świadczeń gwarantowanych w państwie członkowskim ubezpieczenia

Na podstawie przepisów o koordynacji, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w ramach leczenia niestanowiącego leczenie planowane, refundacji podlegają koszty świadczeń, które z powodów medycznych stały się niezbędne w czasie pobytu osoby ubezpieczonej za granicą, biorąc pod uwagę charakter tych świadczeń oraz przewidywany czasu pobytu. O charakterze udzielonych świadczeń decyduje lekarz w państwie leczenia. W celu skorzystania ze świadczeń w ramach leczenia planowanego wymagane jest uzyskanie przed udzieleniem tych świadczeń zgody instytucji właściwej. W przypadku polskich świadczeniobiorców zgoda taka powinna zostać wydana przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Przysługujące na podstawie zgody świadczenia zdrowotne ustalane są indywidualnie.

W ramach przepisów krajowych implementujących dyrektywę transgraniczną zwrot kosztów za świadczenia z zakresu planowanej i nieplanowanej opieki zdrowotnej możliwy jest, o ile spełnione zostaną warunki określone w przepisach krajowych. W odniesieniu do Polski zwrot kosztów możliwy jest po spełnieniu warunków wyszczególnionych w art. 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ponadto w odniesieniu do wybranych świadczeń opieki zdrowotnej wymagane jest również uzyskanie uprzedniej zgody. W przypadku Polski wyszczególnione zostały one w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, który zawarty został w załączniku do rozporządzenia w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej.

	KOORDYNACJA	DYREKTYWA
CHARAKTER ŚWIADCZEŃ, KTÓRYCH KOSZTY PODLEGAJĄ ZWROTOWI	świadczenia nieplanowane – świadczenia udzielane w trybie niezbędnym z medycznego punktu widzenia; świadczenia planowane – wyłącznie na podstawie zgody Narodowego Funduszu Zdrowia	świadczenia planowane i nieplanowane – po spełnieniu warunków określonych w art. 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej; na świadczenia objęte wykazem, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – wymagana uprzednia zgoda

4.2.3. Ustalanie należnej kwoty zwrotu

Na podstawie przepisów o koordynacji należna do zwrotu kwota ustalana jest według stawek obowiązujących w państwie leczenia, ponieważ osoba korzystająca ze świadczeń traktowana jest jak osoba ubezpieczona w tym państwie. Oznacza to, że nie tylko udzielane są jej te same świadczenia zdrowotne, jakie w podobnej sytuacji udzielone by były osobie ubezpieczonej, lecz również koszty tych świadczeń powinny być rozliczane według takich samych stawek.

W przypadku świadczeń udzielanych na podstawie przepisów implementujących postanowienia dyrektywy transgranicznej, należna do zwrotu kwota ustalana jest według stawek obowiązujących w państwie ubezpieczenia w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych w tym państwie.

W obu przypadkach kwota zwrotu nie może przewyższyć kosztów rzeczywiście poniesionych przez osobę ubezpieczoną, w związku z korzystaniem przez nią ze świadczeń na terenie państwa innego niż państwo ubezpieczenia.

	KOORDYNACJA	DYREKTYWA
SPOSÓB USTALENIA KWOTY ZWROTU	wg stawek obowiązujących w państwie, w którym udzielono świadczeń	wg stawek obowiązujących w państwie ubezpieczenia (tj. w Polsce)

Na podstawie przepisów o koordynacji wysokość należnej do zwrotu kwoty ustalana jest przez instytucję miejsca pobytu w państwie, w którym miało miejsce udzielenie świadczenia. Informacja o wysokości kwoty należnej do zwrotu przekazywana jest instytucji właściwej (w przypadku polskich świadczeniobiorców – właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ), która dokonuje wypłaty należnego zwrotu osobie ubezpieczonej. Podczas pobytu na terenie Belgii lub Francji istnieje dodatkowo możliwość uzyskania refundacji kosztów bezpośrednio w instytucji miejsca pobytu.

Na podstawie przepisów krajowych implementujących dyrektywę transgraniczną, instytucja ustalająca należną do zwrotu kwotę jest jednocześnie instytucją dokonującą wypłaty środków i znajduje się zawsze w państwie członkowskim ubezpieczenia. W przypadku polskich świadczeniobiorców jest nią właściwy oddział wojewódzki NFZ.

	KOORDYNACJA	DYREKTYWA
INSTYTUCJA ODPOWIEDZIALNA ZA USTALENIE KWOTY DO ZWROTU	instytucja miejsca pobytu w państwie leczenia	właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
INSTYTUCJA WYPŁACAJĄCA WSKAZANĄ KWOTĘ	a) właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia lub b) bezpośrednio w państwie członkowskim leczenia, o ile ustawodawstwo tego państwa przewiduje taką możliwość	właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

4.2.4. Tryb rozpatrywania wniosku o zwrot kosztów oraz obowiązujące terminy

W przepisach o koordynacji nie został wskazany termin obowiązujący na złożenie wniosku o zwrot kosztów, co oznacza, iż można go złożyć w dowolnym momencie po zakończeniu leczenia.

W ramach rozwiązań wynikających z dyrektywy transgranicznej wniosek o zwrot kosztów powinien zostać złożony w terminie przewidzianym w przepisach krajowych danego państwa członkowskiego, implementujących postanowienia dyrektywy transgranicznej.

W przypadku rozwiązania wprowadzonego do polskiego porządku prawnego, wniosek o zwrot kosztów należy złożyć w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek. W przypadku świadczeń i leków udzielonych lub zakupionych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej po dniu 24 października 2013 r. i przed dniem wejścia w życie ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną, wniosek o zwrot kosztów należy złożyć w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia 15 listopada 2014 r., czyli od dnia wejścia w życie ustawy implementującej, co oznacza, iż termin na złożenie wniosku w odniesieniu do świadczeń udzielonych w ww. okresie upłynął w dniu 15 maja 2015 r.

	KOORDYNACJA	DYREKTYWA
MAKSYMALNY TERMIN NA ZŁOŻENIE WNIOSKU	brak daty końcowej	6 miesięcy od daty wystawienia rachunku 6 miesięcy od dnia 15 listopada 2014 r., tj. od daty wejścia w życie ustawy implementującej (w przypadku świadczeń i leków udzielonych lub zakupionych po dniu 24 października 2013 r., a przed dniem 15 listopada 2014 r., tj. przed dniem wejścia w życie ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną)

Na podstawie przepisów o koordynacji wniosek o zwrot kosztów rozpatrywany jest na zasadach określonych w art. 25 lit. b rozporządzenia nr 987/2009. Zgodnie z powołanymi przepisami, poniesione koszty zwracane są zainteresowanemu przez instytucję właściwą według stawek zwrotu stosowanych przez instytucję miejsca pobytu lub bezpośrednio przez instytucję miejsca pobytu, jeżeli umożliwia to stosowane przez nią ustawodawstwo (Belgia, Francja). Instytucja miejsca pobytu udziela instytucji właściwej, na jej wniosek, wszelkich niezbędnych informacji o tych stawkach.

Zgodnie z przepisami ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną do polskiego porządku prawnego, wniosek o zwrot kosztów rozpatrywany jest w trybie postępowania administracyjnego, z uwzględnieniem przepisów szczególnych określonych w art. 42d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów lub decyzję o odmowie zwrotu kosztów wydaje dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

	KOORDYNACJA	DYREKTYWA
TRYB ROZPATRYWANIA WNIOSKU	na zasadach określonych w art. 25 lit. b rozporządzenia nr 987/2009	postępowanie administracyjne z uwzględnieniem przepisów szczególnych określonych w art. 42d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej

W przepisach o koordynacji nie został określony termin, w jakim instytucja miejsca pobytu zobowiązana jest do udzielenia odpowiedzi na przesłany na formularzu E126 wniosek o określenie należnej kwoty zwrotu. W związku z powyższym termin rozpatrywania wniosku o refundację kosztów świadczeń jest uzależniony w głównej mierze od terminu, w jakim instytucja miejsca pobytu przekazuje odpowiedź określającą wysokość należnego zwrotu kosztów.

Zgodnie z przepisami ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną do polskiego porządku prawnego, termin rozpatrzenia wniosku wynosi 30 dni od dnia wszczęcia postępowania, 60 dni – gdy konieczne jest przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego lub 6 miesięcy – gdy rozpatrzenie wniosku wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przy udziale krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającego w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej.

	KOORDYNACJA	DYREKTYWA
TERMIN ROZPATRZENIA WNIOSKU	brak daty końcowej	30 dni – gdy nie ma konieczności przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, 60 dni – gdy występuje konieczność przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, 6 miesięcy – gdy występuje konieczność przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przy udziale krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającego w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej

Wypłata należnej kwoty zwrotu na podstawie przepisów o koordynacji następuje w terminie 7 dni od dnia otrzymania z instytucji miejsca pobytu informacji o należnej kwocie do zwrotu. Wypłata należnej kwoty zwrotu dokonywanego na podstawie polskich przepisów implementującej dyrektywę transgraniczną następuje *w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki* NFZ *wiadomości, że decyzja dotycząca przyznania zwrotu kosztów stała się ostateczna*.

	KOORDYNACJA	DYREKTYWA
TERMIN WYPŁATY NALEŻNEJ KWOTY ZWROTU	7 dni od otrzymania z instytucji miejsca pobytu informacji o należnej kwocie do zwrotu	7 dni od powzięcia wiadomości, że decyzja dotycząca przyznania zwrotu kosztów stała się ostateczna

Publikacja bezpłatna

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia
ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
Tel.: +48 22 572 60 42
0 800 392 976
www.nfz.gov.pl
ISBN: 978-83-929175-8-8

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego