

Nowe zasady koordynacji świadczeń rzeczowych

Opracowanie na podstawie materiałów z Centrali NFZ:
Przemysław Pankowski
Naczelnik Wydziału Współpracy Międzynarodowej,
Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
w Bydgoszczy

Świadczeniodawcy posiadający umowy z NFZ, od 1 maja 2004 roku są zobowiązani do udzielania świadczeń medycznych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń medycznych zgodnie z Rozporządzenie Rady EWG 1408/71 oraz 574/72.

Osoby te powinny legitymować się właściwym dokumentem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, między innymi:

- formularzem E112 lub E123,
- Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego lub Certyfikatem Zastępującym EKUZ,
- Poświadczeniem wydanym w ślad za formularzem (E106, E109, E120, E121 i E123) zarejestrowanym w oddziale wojewódzkim NFZ.

NR POŚWIADCZENIA**02 / 106 / 10 / 01234**

02 – numer Oddziału NFZ

106 – numer formularza (zamiennie w zależności od
zarejestrowanego dokumentu)

10 – rok wydania

01234 – numer kolejny

Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Umów (Dz. U. 2008.81.484), koszty świadczeń zdrowotnych udzielone pacjentom unijnym, tj. na podstawie Rozporządzenia 1408/71 i 574/72 rozliczane były w następujący sposób:

1. Według kosztów rzeczywistych, wykazywanych na osobnej fakturze, wystawianej imiennie na pacjenta

- Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego;
- Certyfikat Tymczasowo Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego;
- Formularz E112;
- Formularz E123 (w przypadku gdy osoba, przybyła na teren Polski jedynie w celu skorzystania ze świadczeń związanych z wypadkiem przy pracy);
- Poświadczenie wydane w ślad za formularzem E106, E120, E123

2. Świadczenia rozliczane w rachunku zbiorczym

- Poświadczeń wydanych w ślad za formularzem E109 i E121

Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Umów (Dz. U. 2008.81.484), koszty świadczeń zdrowotnych udzielone pacjentom unijnym, na podstawie Rozporządzenia 883/2004 i 97/2009, które zaczęły obowiązywać od 1 maja 2010 roku będą rozliczane tylko wg kosztów rzeczywistych:

1. Według kosztów rzeczywistych, wykazywanych na osobnej fakturze, wystawianej imiennie na pacjenta

- Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego;
- Certyfikat Tymczasowo Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego;
- Formularz E112;
- Formularz E123 (w przypadku gdy osoba, przybyła na teren Polski jedynie w celu skorzystania ze świadczeń związanych z wypadkiem przy pracy);
- Poświadczenia wydane w ślad za formularzem E106, E120, E123
- Poświadczenia wydane w ślad za formularzem E109 i E121

~~**2. Świadczenia rozliczane w rachunku zbiorczym**~~

- ~~- Poświadczenia wydane w ślad za formularzem E109 i E121~~

DUALNY SYSTEM ROZLICZENIOWY OBOWIĄZUJĄCY
OD 01.05.2010 r

- **Kraje UE**

Rozporządzenia:

883/2004/WE

987/2009/WE

- **Kraje EFTA**

(Islandia, Lichtenstein, Norwegia i Szwajcaria)

Rozporządzenia:

1408/71

574/72

OD 1 MAJA 2010 r. ➔ DUALNY SYSTEM ROZLICZEŃ***Pacjenci z UE***

Według kosztów rzeczywistych, wykazywanych na osobnej fakturze, wystawianej imiennie na pacjenta na podstawie każdego dokumentu z serii E100, tj.:

- Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego;
- Certyfikat Tymczasowo Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego;
- Formularz E112;
- Formularz E123 (w przypadku gdy osoba, przybyła na teren Polski jedynie w celu skorzystania ze świadczeń związanych z wypadkiem przy pracy);
- Poświadczenie wydane w ślad za formularzem E106, E109, E120, E121, E123

Pacjenci z EFTA (Islandia, Lichtenstein, Norwegia i Szwajcaria)

Według kosztów rzeczywistych, wykazywanych na osobnej fakturze, wystawianej imiennie na pacjenta na podstawie dokumentu z serii E100, tj.:

- Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego;
- Certyfikat Tymczasowo Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego;
- Formularz E112;
- Formularz E123 (w przypadku gdy osoba, przybyła na teren Polski jedynie w celu skorzystania ze świadczeń związanych z wypadkiem przy pracy);
- Poświadczenie wydane w ślad za formularzem E106, E120, E123

Świadczenia rozliczane w rachunku zbiorczym na podstawie:

- Poświadczeń wydanych w ślad za formularzem E109 i E121

Nowe decyzje Komisji Administracyjnej Wspólnot Europejskich w sprawach dotyczących kwestii rozliczeniowych

- **DECYZJA nr S1** z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
- **DECYZJA nr S2** z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca specyfikacji technicznej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
- **DECYZJA nr S3** z dnia 12 czerwca 2009 r. określająca świadczenia objęte zakresem art. 19 ust. 1 i art. 27 ust. 1 Rozporządzenia nr 883/2004/WE oraz art. 25 lit. A) pkt 3 Rozporządzenia nr 987/2009/WE
- **DECYZJA nr S4** z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca procedur zwrotów kosztów w celu wykonywania art. 35 i 41 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004

Przykładowe EKUZ

Wzór dokumentu został uregulowany Decyzją nr S2 z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca specyfikacji technicznej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego

EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD



3 Name
Name

4 Given names
First name, other names

5 Date of birth
16/04/1943

6 Personal identification number
0291922D

7 Identification number of the institution
0010 - Institution

8 Identification number of the card
80372000010001065400

9 Expiry date
30/5/2005



Kod kraju, np. DE, UK, IT

EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD

3 Name
Name

4 Given names
First name, other names

5 Date of birth
11/01/1959

6 Personal identification number
RSSMRO62B25E205Y

7 Identification number of the institution
0030 - Institution

8 Identification number of the card
80380800301234567890

9 Expiry date
01/01/2006



Korzystanie z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego c.d.

EKUZ stanowi poświadczenie uprawnienia ubezpieczonego i emeryta lub rencisty, jak również członków ich rodzin, przebywających w państwie członkowskim innym niż właściwe państwo członkowskie, do świadczeń rzeczowych, które stają się niezbędne z powodów medycznych, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu.

Korzystanie z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego



Zgodnie z Decyzją S1

- Z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego można korzystać we wszystkich przypadkach pobytu czasowego, podczas którego ubezpieczony potrzebuje świadczeń rzeczowych, niezależnie od celu pobytu, który może mieć związek z turystyką, działalnością zawodową czy nauką.
- Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego stanowi dowód na to, że jej posiadacz jest uprawniony w państwie członkowskim pobytu do świadczeń rzeczowych z tytułu choroby, które stają się niezbędne ze względów medycznych i które są udzielane podczas pobytu czasowego w innym państwie członkowskim z myślą o zapobieżeniu przymusowemu powrotowi posiadacza karty do państwa właściwego lub państwa zamieszkania przed końcem planowanego pobytu w celu poddania się wymaganemu leczeniu.
- Celem świadczeń tego typu jest umożliwienie ubezpieczonemu kontynuowania pobytu w warunkach bezpiecznych dla zdrowia.



Korzystanie z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego c.d.

Zgodnie z Decyzją S1

- Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego nie obejmuje świadczeń rzeczowych z tytułu choroby w przypadku, gdym celem pobytu jest poddanie się leczeniu.
- Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego stanowi gwarancję tego, że jej posiadacz skorzysta w państwie członkowskim pobytu z takiego samego leczenia (procedur i stawek) jak osoba ubezpieczona w systemie ubezpieczeń zdrowotnych tego państwa.
- Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego jest osobistą kartą wystawioną na nazwisko jej posiadacza.

Korzystanie z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego c.d.

Zgodnie z Decyzją S3



Świadczenia rzeczowe, które mają być udzielane na podstawie EKUZ lub Certyfikatu Zastępującego EKUZ **obejmują świadczenia udzielane w związku z chorobą przewlekłą lub już istniejącą oraz w związku z ciążą i narodzinami dziecka.**

Świadczenia rzeczowe, w tym związane z chorobą przewlekłą lub już istniejącą albo z narodzinami dziecka, **nie są objęte tymi przepisami, jeżeli otrzymanie tych świadczeń jest celem pobytu w innym państwie członkowskim.**

Zgodnie z Decyzją S3

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 w celu zapewnienia dostępności leczenia podczas pobytu ubezpieczonego w państwie członkowskim innym niż właściwe państwo członkowskie lub państwo miejsca zamieszkania.

Niewyczerpująca lista rodzajów leczenia spełniających te kryteria znajduje się w załączniku do Decyzji S3, i jest to:

Dializa nerek;
Tlenoterapia;
Specjalne leczenie astmy;
Echokardiografia w przypadku przewlekłych chorób autoimmunologicznych;
Chemioterapia

CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE MALADIE



E-111B

3 Nom	
DUBOIS	
4 Prénoms	
MARIE	
5 Date de naissance	6 Numéro d'identification personnel
25/03/1935	12345678901
7 Numéro d'identification de l'institution	
1234 - MUTUALITE	
8 Numéro d'identification de la carte	9 Date d'expiration
12345678901234567890	31/12/2006

TYLKO LECZENIE SZPITALNE

Zwrot kosztów za świadczenia udzielone noworodkowi na podstawie EKUZ matki

Zgodnie z opinią Ministerstwa Zdrowia w przypadku świadczeń udzielonych bezpośrednio po porodzie można je rozliczyć na podstawie EKUZ wydanej matce. Ma to zastosowanie w sytuacji gdy poród nastąpił w warunkach pobytu matki na terytorium innego państwa członkowskiego, a udzielone świadczenia można zakwalifikować jako niezbędne ze wskazań medycznych.

Jeżeli państwo właściwe zgadza się na traktowanie EKUZ matki jako dokumentu uprawniającego do leczenia noworodka, również instytucja miejsca pobytu, wystawiająca formularz E 125 nie ma podstaw do kwestionowania tej praktyki.

Sprawy problemowe osób przebywających na terenie Polski czasowo i na stałe:

- Składanie deklaracji w POZ;
- Dzieci do 18 roku życia, a uprawnienia rodziców pracujących w jednym z krajów UE lub EFTA;
- Skierowania do specjalisty, szpitala, itp.;
- Szczepienia ochronne;
- Wypełnianie recept;
- Wypisywanie zwolnień lekarskich;
- Ratownictwo medyczne;
- Netc@rds.

Wystawianie rachunków zgodnie z ogólnymi Warunkami Umów :

Paragraf 17

ust.1. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej, należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

ust. 4. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, posiadających poświadczenie właściwego formularza serii E 100 i rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

Wystawianie rachunków zgodnie z ogólnymi Warunkami Umów :

Paragraf 18

- ust. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń, uwzględniającą współczynniki korygujące.
- ust. 6. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

Wystawianie rachunków zgodnie z ogólnymi Warunkami Umów :

Paragraf 19

ust. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania za dany zakres świadczeń;

ust.2 . Należność, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, a także udzielonych osobom, o których mowa w art. 14b ustawy.

ust. 3. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowiąca równowartość rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

Wystawianie rachunków zgodnie z ogólnymi Warunkami Umów :

Paragraf 23

- ust. 1. **Podstawą rozliczeń** i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym **jest rachunek** wraz z raportem statystycznym, zwane dalej "dokumentami rozliczeniowymi". Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego.
- ust. 5. W przypadku świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, świadczeniodawca jest zobowiązany przekazać **kopię właściwego formularza E 112 lub E 123**, kopię poświadczenia lub kopię Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego albo kopię certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, **a także określić tryb przyjęcia pacjenta czasowo przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**. W przypadku gdy niemożliwe jest sporządzenie kopii dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, świadczeniodawca przedstawia odpis dokumentu. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za umieszczenie błędnych lub niekompletnych danych zawartych w odpisie.

Sporządzanie ręcznych odpisów Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub Certyfikatu Zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego

Zgodnie z § 23 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 13 maja 2008 r.) – w przypadku, gdy skopiowanie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń nie jest możliwe - świadczeniodawca sporządza i przedstawia odpis tego dokumentu.

Odpis, będący pisemną kopią oryginału EKUZ lub Certyfikatu, powinien być sporządzony według załączonego wzoru i zawierać wszystkie informacje znajdujące się na oryginale oraz być opatrzony pieczęcią świadczeniodawcy. Dokument musi być sporządzony w sposób czytelny, pismem drukowanym, umożliwiającym odczytanie danych zawartych w odpisie. Ponadto odpis musi być opatrzony klauzulą: "Potwierdzam zgodność danych w odpisie z danymi zawartymi z danymi zawartymi w dokumencie oryginalnym" wraz z podaniem przyczyny, datą i miejscem sporządzenia odpisu oraz z podpisem osoby sporządzającej odpis dokumentu. Za poprawność danych zawartych w odpisie ponosi odpowiedzialność świadczeniodawca, wobec tego nie będzie podstaw do uznawania nieczytelnych odpisów.

WERYFIKACJA FAKTUR, OPARTYCH O KOSZTY RZECZYWISTE

I. Zwrot kosztów udzielonych na podstawie karty EKUZ

W oparciu o decyzję Komisji Administracyjnej S4 z dnia 2 października 2009 r.,

- można odrzucić wniosek o zwrot kosztów świadczeń gdy:

- jest niekompletny lub nieprawidłowo wypełniony
- dotyczy świadczeń, które nie zostały udzielone w okresie ważności EKUZ lub dokumentu uprawniającego do świadczeń, którym posługiwała się osoba ubiegająca się o świadczenia

- nie można odrzucić wniosku o zwrot kosztów świadczeń gdy:

dana osoba nie jest już ubezpieczona w instytucji, która wystawiła EKUZ lub dokument uprawniający do świadczeń zdrowotnych, o ile beneficjentowi udzielono świadczeń w okresie ważności przedstawionego dokumentu.

Zgodnie z zawartym w Decyzji S4 z dnia 2 października 2009 r. orzecznictwem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, wniosek nie może być rozpatrywany przez instytucję będącą dłużnikiem, co do jego zgodności z art. 19 ust.1 i art. 27 ust. 1 rozporządzenia 883/2004/WE, chyba że istnieje uzasadnione podejrzenie nadużycia. Instytucja będąca dłużnikiem jest w rezultacie zobowiązana do przyjęcia informacji, na podstawie których zostało oparte roszczenie, i do zwrotu należności. W przypadku, gdy istnieje podejrzenie nadużycia, instytucja będąca dłużnikiem może z uzasadnionych względów odrzucić wniosek, zgodnie z art. 67 ust. 5 nowego rozporządzenia wykonawczego.

Wyjaśnienie:

W przypadku wystąpienia powyższej sytuacji dokument dowodowy może stanowić:

- dokument potwierdzający celowy zamiar wykazanego na roszczeniu świadczenia,
- formularz E 112,
- złożony wniosek o wydanie E112 w okresie poprzedzającym leczenie,
- oświadczenie zainteresowanego, iż pobyt wiązał się z zamiarem uzyskania świadczenia,
- dowody wskazujące na to, iż świadczeniodawca udzielając świadczenia nie stosował się do art. 19.1 i 27.1 Rozporządzenia 883/2004/WE.

Terminy zgłaszania i zwracania przez NFZ należności innym państwom członkowskim Unii Europejskiej

- Należności oparte na rzeczywistych wydatkach należy zgłaszać instytucji łącznikowej państwa członkowskiego będącego dłużnikiem najpóźniej w terminie **12-tu miesięcy od zakończenia półrocza kalendarzowego**, w którym należności te zostały zaksięgowane w **księgach rachunkowych instytucji będącej wierzycielem** (należy przez to rozumieć OW NFZ).
- Należności zgłoszone po upływie określonego terminu nie będą rozpatrywane (art. 67 ust. 4 Rozporządzenia 987/2009/WE).

Dziękuję za uwagę!

Przemysław Pankowski

Wydział Współpracy Międzynarodowej

Tel. 52/325-28-17

przemyslaw.pankowski@nfz-bydgoszcz.pl