

Odpowiedzi Narodowego Funduszu Zdrowia na pytania zadane w trakcie webinarium pt. „Pacjent unijny w Polsce – niezbędny świadczeniodawca”

Spis treści

I. Leczenie planowane vs. leczenie nieplanowane (niezbędne ze względów medycznych)	1
II. Wzór karty EKUZ	5
III. Pacjent z EKUZ a kolejka oczekujących	7
IV. Udzielanie świadczeń na podstawie Poświadczenia	9
V. Obsługa pacjenta komercyjnego	10
VI. Obsługa pacjenta na podstawie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ	11
VII. Świadczenia w zakresie rehabilitacji medycznej	11
VIII. Świadczenia na rzecz pacjentów unijnych do 18 roku życia, którzy mają polskie obywatelstwo	12
IX. Cięża i opieka okołoporodowa	13
X. Udział w terapiach	15
XI. Okres pobytu w Polsce a prawo do szczepień	15
XII. Zlecenia na wyroby medyczne	16
XIII. Inne	17

I. Leczenie planowane vs. leczenie nieplanowane (niezbędne ze względów medycznych)

- **Pytanie 1:** Jeżeli EKUZ uprawnia do świadczeń w trybie nagłym, to czy do leczenia planowego zawsze jest potrzebna zgoda państwa ubezpieczenia?

Odpowiedź: Jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta oraz zaplanowanym wcześniej okresem pobytu w Polsce, na podstawie EKUZ mogą być również udzielane świadczenia specjalistyczne, a nie tylko w trybie nagłym. Lekarz, kwalifikując świadczenie jako niezbędne, powinien ocenić stan zdrowia pacjenta oraz uwzględnić planowany przez niego czas pobytu w Polsce. Pacjent unijny powinien mieć udzielone świadczenia w taki sposób i w takim czasie, jaki przysługuje w takiej samej sytuacji zdrowotnej osobie ubezpieczonej w Polsce. EKUZ w żadnym razie nie uprawnia natomiast do leczenia

planowanego. To oznacza, że nie stanowi podstawy do uzyskania świadczeń, gdy pacjent przyjechał do Polski w celu leczenia lub zaplanował sobie skorzystanie ze świadczeń przy okazji pobytu w Polsce, np. w związku z urlopem lub świętami. W takim przypadku pacjent powinien przedstawić w placówce medycznej dokument potwierdzający zgodę swojej instytucji ubezpieczeniowej na dany zakres świadczeń.

- **Pytanie 2:** Czy świadczenia o charakterze niezbędnym zawsze muszą być świadczeniem nagłym, czy mogą być planowe?

Odpowiedź: Mogą to być zarówno świadczenia udzielane w trybie nagłym, jak i planowym. O tym, jakie świadczenia są w danej sytuacji niezbędne, decyduje lekarz przyjmujący pacjenta. Powinien przy tym wziąć pod uwagę jego stan zdrowia oraz planowany czas pobytu w Polsce. Świadczenia mają mu zagwarantować dalszy pobyt w warunkach bezpiecznych dla zdrowia i bez konieczności wcześniejszego przymusowego powrotu do kraju ubezpieczenia. Pacjent unijny powinien mieć udzielone świadczenia w taki sposób i w takim czasie, jaki przysługuje w takiej samej sytuacji zdrowotnej osobie ubezpieczonej w Polsce.

- **Pytanie 3:** Czy planowe świadczenia onkologiczne – takie jak konsultacje w poradni, zabiegi, leki – mogą zostać uznane przez lekarza za świadczenia niezbędne?

Odpowiedź: Tak, mogą zostać uznane za świadczenia niezbędne, jeśli weźmie się pod uwagę przewidywany okres pobytu pacjenta w Polsce. Pojęcie „leczenia niezbędnego” odnosi się również do świadczeń, których pacjent przebywający czasowo w Polsce potrzebuje z powodu choroby przewlekłej. Komisja Administracyjna ds. Zabezpieczenia Społecznego w Decyzji S3 ustaliła listę świadczeń medycznych, które mogą zostać udzielone w innym państwie członkowskim UE/EFTA, ale z przyczyn praktycznych wymagają wcześniejszego porozumienia między pacjentem a świadczeniodawcą zapewniającym wysokospecjalistyczną opiekę medyczną. Do tej kategorii świadczeń należy m.in. chemioterapia.

- **Pytanie 4:** Czy lekarz ma prawo do wystawienia karty DiLO pacjentowi z EKUZ/Poświadczeniem?

Odpowiedź: Pacjent unijny ma prawo do otrzymania karty DiLO. Pacjent, który trafi do szpitala w trybie nagłym (z EKUZ), może być objęty opieką gwarantowaną przez pakiet

onkologiczny, jeżeli wcześniej zaplanował dłuższy pobyt w Polsce. Pacjent z Poświadczeniem ma prawo do pełnego zakresu świadczeń (w tym do karty DiLO), jak każda osoba ubezpieczona w Polsce.

- **Pytanie 5 :** Czy lekarz POZ może na kartę EKUZ wystawić kartę DiLO (diagnostyki i leczenia onkologicznego)? Jeśli tak, to czy pacjent musi w dalszym toku leczenia onkologicznego pozyskać ze swojego kraju ubezpieczenia dokument S1?

Odpowiedź: Jeśli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie wykonanych badań uzna, że istnieje podejrzenie choroby nowotworowej i konieczne jest skierowanie pacjenta do określonego specjalisty, ma prawo wystawić kartę DiLO pacjentowi z EKUZ. Zakres przysługujących pacjentowi świadczeń zależy jednak od jego stanu zdrowia i długości pobytu w Polsce.

- ➔ Jeśli planowany pobyt wynosi 2 tygodnie, a niezbędna porada specjalistyczna jest dostępna za 4 tygodnie i pacjent musi na nią wrócić, wówczas nie jest to świadczenie niezbędne.
- ➔ Jeśli planowany pobyt wynosi 1 rok, np. w związku ze studiami, i niezbędna porada specjalistyczna mieści się w okresie pobytu, wówczas może zostać uznana za świadczenie niezbędne.

Przepisy o koordynacji regulują dostęp do leczenia na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA na podstawie odpowiedniego dokumentu uprawniającego. To, jaki dokument jest właściwy w danej sytuacji, uzależnione jest od charakteru pobytu i trybu leczenia. Dokument S1 wydawany jest wyłącznie w związku ze zmianą miejsca zamieszkania. Jeżeli pacjent przebywa w Polsce czasowo i ma kartę EKUZ, to wystarcza, by potwierdzić prawo do świadczeń w Polsce. W takim przypadku w okresie zaplanowanego pobytu czasowego nie można żądać okazania dokumentu S1.

- **Pytanie 6:** Jak traktować pacjenta, który po udzieleniu pierwszego świadczenia wraca za granicę, ale ma wyznaczoną kontrolę i powraca na tę kontrolę?

Odpowiedź: Jeśli pacjent powraca do kraju ubezpieczenia – powinien kontynuować leczenie w tym kraju. Za świadczenia niezbędne uznaje się te, których potrzeby pacjent unijny nie mógł przewidzieć przez przyjazdem do Polski i zaczął ich potrzebować dopiero

podczas pobytu w Polsce. Żeby kontynuować leczenie w Polsce, pacjent musi przedstawić zgodę kraju ubezpieczenia wydaną na dokumencie S2.

- **Pytanie 7:** Pacjent przebywający w Polsce trafił na oddział kardiologii i jego leczenie wymaga ponownej hospitalizacji, np. po trzech tygodniach (kolejny etap leczenia). Czy do drugiego etapu leczenia musi on mieć specjalny certyfikat, czy wystarczy ta sama karta EKUZ, którą okazał przy pierwszym przyjęciu?

Odpowiedź: EKUZ uprawnia do świadczeń o charakterze niezaplanowanym. Jeżeli pacjent wymaga ponownej hospitalizacji, a w związku z zaplanowanym wcześniej okresem pobytu w Polsce nie wyjechał do kraju ubezpieczenia, kolejny etap leczenia może zostać udzielony na podstawie EKUZ. Natomiast jeżeli przed ponowną hospitalizacją wrócił do kraju ubezpieczenia, to kolejny etap leczenia powinien być traktowany jako leczenie planowane. Wymaga ono zgody instytucji właściwej (tzn. przedstawienia dokumentu S2).

- **Pytanie 8:** Pacjent diabetologiczny, który ma kartę EKUZ, był wcześniej pacjentem poradni i miał polskie ubezpieczenie. Obecnie przyjeżdża do Polski co 4 miesiące i wcześniej rejestruje się do poradni na dany termin pobytu w Polsce. Ile leków, np. zawierających insulinę, należy wypisać takiemu pacjentowi?

Odpowiedź: Za świadczenia niezbędne uznaje się te, których potrzeby pacjent unijny nie mógł przewidzieć przez przyjazdem do Polski i zaczął ich potrzebować dopiero podczas pobytu w Polsce. Wcześniejsza rejestracja w poradni oznacza przewidywany zakres świadczeń. Tego typu porada ma charakter leczenia planowanego i nie może zostać rozliczona na podstawie EKUZ. Pacjent, który chciałby kontynuować leczenie w poradni w Polsce, musi uzyskać zgodę kraju ubezpieczenia i okazać dokument S2.

W przypadku pacjentów z EKUZ ilość przepisanych leków powinna odpowiadać czasowi pobytu w Polsce.

- **Pytanie 9:** Obywatel z Litwy przyjeżdża do Polski w odwiedziny do rodziny. Z badań przeprowadzonych podczas wizyty wynika, że konieczna jest operacja kręgosłupa (z uwagi na zwyrodnienia). Jaki dokument upoważnia go do operacji w Polsce?

Odpowiedź: Jeżeli pacjent w warunkach bezpiecznych dla swojego zdrowia może powrócić do kraju ubezpieczenia, to powinien kontynuować leczenie w kraju ubezpieczenia. Dokumentem, który potwierdzi prawo do wykonania operacji w Polsce, jest dokument S2, wydany przez instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, której podlega.

- **Pytanie 10:** Polscy pacjenci pracujący zagranicą często przyjeżdżają do kraju na planowane leczenie z kartą EKUZ, nie mając tu już ubezpieczenia,. Wymagają np. nagłego leczenia stomatologicznego. Czy mają dostęp do koszyka świadczeń na takich samych zasadach, jak ubezpieczony pacjent krajowy?

Odpowiedź: Na podstawie EKUZ nie można udzielać świadczeń o charakterze planowanym. EKUZ nie obejmuje przypadków, gdy celem pobytu w Polsce jest poddanie się leczeniu. Lekarz stomatolog może uznać, że świadczenia są niezbędne ze względów medycznych. Wtedy udziela ich w ramach jednego pobytu na podstawie EKUZ i na zasadach obowiązujących w Polsce, w tym jeśli chodzi o koszyk świadczeń gwarantowanych. Preferencje pacjenta nie są wystarczającą przesłanką do udzielenia świadczeń na podstawie EKUZ.

- **Pytanie 11:** Pacjent jest Polakiem, mieszka za granicą i ma kartę EKUZ. Przyjechał na leczenie do Polski (w systemie e-WUŚ świeci się na czerwono). Jak potraktować takiego pacjenta?

Odpowiedź: Jeżeli z wywiadu wynika, że pacjent przyjechał na leczenie do Polski, to powinien mieć odpowiedni dokument uprawniający. Do potwierdzenia prawa do leczenia planowanego służy dokument S2. Na podstawie EKUZ pacjent ma prawo do leczenia o charakterze niezaplanowanym, niezbędnego z medycznego punktu widzenia. Świadczenia inne niż niezbędne powinny zostać rozliczone na zasadach komercyjnych.

II. Wzór karty EKUZ

- **Pytanie 1:** Pacjent posiada kartę EKUZ, ale jest ona "zagwiazdkowana", z danych jest widoczny tylko numer karty, a dane osobowe pacjenta są zamieszczone na odwrocie. Czy taka karta może stanowić podstawę do rozliczenia kosztów świadczeń?

Odpowiedź: Karta, która nie zawiera informacji dotyczących jej posiadacza, nie uprawnia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w ramach przepisów o koordynacji.

Karta EKUZ stanowi podstawę do rozliczenia kosztów udzielonych świadczeń z instytucją zagraniczną, tak więc powinna zawierać wszystkie informacje określone wzorem, w tym m.in. dane osobowe posiadacza, numer karty i identyfikator instytucji wydającej oraz datę ważności.

- **Pytanie 2:** W Holandii pacjenci nie otrzymują karty w postaci plastikowego dokumentu, tylko w wersji elektronicznej. Dokument jest okazywany w aplikacji, która jest dostępna w językach UE. Oferuje ona możliwość przekazania wersji elektronicznej karty do świadczeniodawcy (jej obraz jest generowany i przesyłany e-mailem). Karta dostępna jest również w wersji polskiej. Czy taka forma dokumentu powinna być honorowana i czy może być podstawą rozliczenia świadczeń za pośrednictwem NFZ?

Odpowiedź: Zgodnie z wytycznymi zawartymi w Decyzji nr S2, format karty jest ściśle określony, tak aby umożliwić jednoznaczną jej identyfikację. Decyzja nr S2 nie dopuszcza wydawania karty w formie elektronicznej. Wydawanie przez Holandię EKUZ niezgodnych z wytycznymi Decyzji nr S2 skutkuje brakiem możliwości uznania takiej karty przez świadczeniodawcę w Polsce.

- **Pytanie 3:** Czy mamy prawo oczekiwać od OW NFZ rozliczenia świadczenia, jeśli pacjent unijny przedstawi nam kartę EKUZ w oryginale, przed upływem terminu ważności wskazanym na karcie, my udzielimy mu świadczenia, a w procesie rozliczenia otrzymamy z OW NFZ informację, że ta karta była nieaktualna w momencie udzielania świadczeń? Jak mamy dodatkowo weryfikować ważność karty EKUZ?

Odpowiedź: Każda karta zawiera datę ważności. Jeżeli EKUZ okazana w placówce w okresie udzielonych świadczeń była ważna, placówka nie ma obowiązku dodatkowej weryfikacji dokumentu. OW NFZ powinien rozliczyć koszty świadczeń z placówką a następnie wystąpić o ich zwrot. Finalnie koszty świadczeń powinien ponieść wystawca karty. Jeżeli jednak karta EKUZ została dostarczona przez pacjenta po zakończeniu leczenia, nie ma pewności, że była ona ważna w okresie udzielania świadczeń. Dlatego w przypadku braku EKUZ w momencie udzielania świadczenia, należy pozyskać Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ. Karta EKUZ nie posiada daty początkowej. Może zostać wygenerowana dopiero po dniu udzielonych świadczeń i zagraniczna

instytucja ubezpieczeniowa będzie mogła zakwestionować udzielone świadczenie z powodu braku ważności EKUZ w danym dniu.

- **Pytanie 4:** Co w przypadku, jeśli nazwisko na karcie EKUZ jest inne niż w dokumencie potwierdzającym tożsamość?

Odpowiedź: W takim przypadku można zwrócić się do pacjenta z prośbą o okazanie dokumentu potwierdzającego zmianę nazwiska (np. akt małżeństwa). Jeżeli pacjent nie posiada takiego dokumentu, należy sprawdzić zgodność innych danych pacjenta na dokumentach. Jeżeli numer identyfikacyjny pacjenta jest tożsamy na obu dokumentach, należy uznać EKUZ za wiarygodny.

- **Pytanie 5:** Jak należy postąpić w sytuacji, gdy dane osobowe pacjenta różnią się na karcie EKUZ od danych zawartych w paszporcie, np. brak jest polskich znaków lub imię jest zmienione z Rafał na Rafael?

Odpowiedź: Każde państwo członkowskiej UE/EFTA wydaje dokumenty w swoim systemie, który może nie mieć możliwości użycia polskich znaków. W tym przypadku, jak również w przypadku nieznacznego zniekształcenia imienia pacjenta, należy również sprawdzić zgodność innych danych. Jeżeli numer identyfikacyjny jest tożsamy, należy uznać EKUZ za wiarygodny.

III. Pacjent z EKUZ a kolejka oczekujących

- **Pytanie 1:** Skoro pacjenta posługującego się kartą EKUZ można leczyć planowo, to czy można go wpisać do kolejki oczekujących?

Odpowiedź: Pacjent z kartą EKUZ ma udzielane świadczenia na tych samych zasadach, na jakich korzystają z nich obywatele danego kraju. Odnosi się to także do przepisów dotyczących kolejek. Określa je art. 19a ust.4 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561). Świadczeniodawca wpisuje pacjentów do harmonogramu przyjęć w jednej z poniższych kategorii pacjenta:

- a. przyjęty na bieżąco – w przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia w dniu zgłoszenia, z wyłączeniem świadczeniobiorcy, o którym mowa w lit. d i f,

- b. oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących,
- c. oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12 tej ustawy,
- d. posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – ze wskazaniem podstawy tego prawa,
- e. kontynuujący leczenie,
- f. przyjęty w stanie nagłym.

Jeśli pacjent z kartą EKUZ zamierza uzyskać świadczenie pierwszorazowe w trybie planowym i ma odpowiednie skierowanie, to świadczeniodawca powinien wpisać go na listę oczekujących w kategorii „oczekujący”. Kryteria medyczne określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005, nr 200, poz. 1661).

Zapisując pacjenta, świadczeniodawca powinien wybrać odpowiedni identyfikator pacjenta. Określa go tabela nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 434) z ograniczeniem do identyfikatorów „P”, „R”, „D”, „T”, „I”.

- **Pytanie 2:** Brakuje nam trybu przyjęcia określonego jako "niezbędny", mamy tylko planowy albo nieplanowy, a np. badanie diagnostyczne jest już zaplanowanym świadczeniem. Czy pacjent na świadczenie planowe z kartą EKUZ ma być wpisany jako tryb planowy i kolejkowy?

Odpowiedź: Tak, takiego pacjenta zapisuje się na listę oczekujących zgodnie z odpowiedzią w pytaniu nr 1.

- **Pytanie 3** dotyczy konsultacji planowej pacjenta skierowanego z SOR lub POZ na podstawie karty EKUZ. Pytam jako konsultujący/realizator świadczenia w poradni

specjalistycznej. W jaki sposób sprawozdawać do NFZ takie świadczenie? Czy jako nagłe czy jako ze skierowaniem? Czy NFZ nie będzie kwestionował świadczeń ze skierowaniem rozliczanych na podstawie karty EKUZ? Czy takiego pacjenta rejestrujemy w kolejkach oczekujących?

Odpowiedź: Tak, takiego pacjenta zapisuje się na listę oczekujących zgodnie z odpowiedzią w pytaniu nr 1.

IV. Udzielanie świadczeń na podstawie Poświadczenia

- **Pytanie 1:** Czy tylko Poświadczenie wydane przez NFZ jest wystarczającym dokumentem, potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Polski?

Odpowiedź: Poświadczenie stanowi podstawę do udzielania świadczeń w pełnym zakresie. Pacjenta z Poświadczeniem można również zweryfikować w ramach systemu eWUŚ, o ile ma numer PESEL. EKUZ i Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ potwierdzają prawo do korzystania w Polsce ze świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia. Natomiast dokument S2 daje prawo do leczenia planowanego.

Pacjenci ubezpieczeni w innych państwach członkowskich nie mogą składać oświadczeń, o których mowa w art. 50 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561).

- **Pytanie 2:** Jak postąpić w następującej sytuacji: pacjent ma obywatelstwo polskie, mieszka w Polsce i pracuje zdalnie, a jego jedynym płatnikiem składek jest firma niemiecka. Pacjent ma kartę EKUZ (e-WUŚ wskazuje brak uprawnienia do świadczeń). Pacjent zgłasza się do poradni z prośbą o wypisanie recepty na leki zażywane stale oraz po skierowanie do okulisty (pacjent stabilny).

Odpowiedź: Jeżeli z wywiadu wynika, że pacjent zamieszkuje w Polsce, właściwym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń będzie Poświadczenie rejestracji dokumentu S1 wydanego przez niemiecką instytucję, której podlega. Należy poinformować pacjenta o konieczności uzyskania dokumentu S1 z instytucji właściwej.

Warto dodać, że na podstawie EKUZ przysługują wszelkie świadczenia, które zostaną uznane przez lekarza za niezbędne z medycznego punktu widzenia. Dotyczy to zarówno wydania skierowania do lekarza specjalisty, jak i przepisania recepty na leki.

V. Obsługa pacjenta komercyjnego

- **Pytanie 1:** Czy pacjentowi unijnemu, który chciałby rozliczyć się ze swoim ubezpieczycielem po powrocie do kraju ubezpieczenia, wystarczy paragon, czy powinien otrzymać fakturę VAT?

Odpowiedź: Żeby pacjent mógł rozliczyć się ze swoją instytucją ubezpieczeniową, należy wystawić fakturę VAT. Tylko na fakturze będą widoczne dane osoby, która korzystała ze świadczeń. Ponadto faktura umożliwi doprecyzowanie zakresu usługi, co również jest niezbędne dla późniejszej refundacji kosztów w kraju ubezpieczenia.

- **Pytanie 2:** Jak należy postąpić, gdy podczas wizyty w gabinecie prywatnym zdiagnozujemy u pacjenta unijnego np. astmę? Pacjent przebywa w Polsce czasowo, ma tylko kartę EKUZ.

Odpowiedź: Przepisy o koordynacji przewidują dostęp do leczenia wyłącznie w ramach publicznej służby zdrowia. Należy poinformować pacjenta o braku możliwości rozliczenia wizyty na podstawie przepisów o koordynacji i konieczności poniesienia kosztów leczenia we własnym zakresie. Pacjent unijny z EKUZ powinien być potraktowany na takich samych zasadach jak osoby ubezpieczone w Polsce, co oznacza że przysługuje mu analogiczna zniżka na leki.

- **Pytanie 3:** Czy pacjent, który otrzymał skierowanie na badania laboratoryjne od lekarza POZ, może je wykonać na kartę EKUZ? Czy powinien zostać potraktowany jak pacjent komercyjny, który pokrywa koszty badań we własnym zakresie?

Odpowiedź: Jeżeli pacjent otrzymał skierowanie na wykonanie badań analitycznych, to oznacza, że zostały one uznane przez lekarza za niezbędne. Badania muszą jednak zostać wykonane podczas tego pobytu pacjenta w Polsce, w trakcie którego zostały zlecone. Jeśli pacjent powrócił do kraju ubezpieczenia po uzyskaniu skierowania, a następnie wrócił do Polski na badania, nie są to już świadczenia niezbędne. Dokumenty uprawniające przewidziane w przepisach o koordynacji, tzn. EKUZ lub Certyfikat,

stanowią podstawę do rozliczania kosztów udzielonych świadczeń niezbędnych. Jeżeli pacjent okazał ważny dokument uprawniający, to nie powinien już zostać obciążony kosztami. Natomiast jeżeli nie ma dokumentu uprawniającego, świadczeniodawca jest uprawniony do wystawienia takiemu pacjentowi rachunku za udzielone świadczenia.

VI. Obsługa pacjenta na podstawie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ

- **Pytanie 1:** Pacjent zgłosił się do lekarza POZ w związku z pogorszeniem stanu zdrowia i nie ma dokumentu uprawniającego. Czy może telefonicznie załatwić Certyfikat i poprosić o przesłanie go na adres e-mail placówki?

Odpowiedź: Jeśli w pozyskaniu Certyfikatu ma pośredniczyć OW NFZ na wniosek placówki, to wniosku o Certyfikat nie można przekazać do OW NFZ telefonicznie. Najlepiej przekazać go zabezpieczonym kanałem elektronicznym. Musi on zawierać dane pacjenta oraz informację o kraju i instytucji ubezpieczenia. Certyfikat może zostać przesłany do placówki medycznej przez instytucję właściwą lub pacjenta w formie elektronicznej, w tym pocztą elektroniczną.

- **Pytanie 2:** Jaki jest maksymalny czas na dostarczenie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ po zakończeniu udzielenia świadczenia w SOR?

Odpowiedź: Zgodnie z art.50 ust.11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561) pacjent unijny jest zobowiązany do przedstawienia Certyfikatu w terminie 7 dni od zakończenia leczenia na oddziale szpitalnym.

VII. Świadczenia w zakresie rehabilitacji medycznej

- **Pytanie 1:** Czy na podstawie karty EKUZ można udzielić świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej (szpitalnej i ambulatoryjnej), w szczególności neurologicznej?

Odpowiedź: Jeśli lekarz kierujący pacjenta na rehabilitację uzna, że w danej sytuacji jest to świadczenie niezbędne ze względów medycznych, to może ona być zrealizowana na podstawie EKUZ. Dotyczy to zarówno rehabilitacji szpitalnej jak i ambulatoryjnej, w tym neurologicznej.

Podczas podejmowania decyzji lekarz powinien wziąć pod uwagę:

- ➔ bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta
- ➔ czas planowanego pobytu pacjenta w Polsce
- ➔ stan zdrowia pacjenta – czy pozwala na powrót zwykłym środkiem transportu do kraju ubezpieczenia.
- **Pytanie 2:** Co z fizjoterapią ambulatoryjną? Czy przysługuje ona na kartę EKUZ np. pacjentowi zgłaszającemu się ze skierowaniem od lekarza specjalisty lub rodzinnego w przebiegu ostrego stanu rwy kulszowej lub dolegliwości bólowych pojawiających się okresowo, ale nawracających?

Odpowiedź: Kwalifikację fizjoterapii jako świadczenia niezbędnego ze względów medycznych powinien przeprowadzić lekarz wystawiający zlecenie na taki zabieg. Liczba zabiegów powinna być dostosowana do:

- stanu zdrowia pacjenta
- czasu danego pobytu pacjenta w Polsce.

Nie należy wystawiać skierowania na kolejną serię „na zapas”, na wypadek nawrotu dolegliwości podczas kolejnego pobytu.

VIII. Świadczenia na rzecz pacjentów unijnych do 18 roku życia, którzy mają polskie obywatelstwo

- **Pytanie 1:** Na jakich zasadach należy udzielać świadczeń dzieciom i młodzieży do 18 roku życia bez dokumentów uprawniających z UE?

Czy można udzielić świadczeń dziecku na podstawie art. 2 ust 1. pkt 3a, jeśli:

- przebywa ono na terenie Polski
- „świeci się na czerwono”
- rodzic dziecka pracuje w innym kraju UE/EFTA/Zjednoczonym Królestwie?

Odpowiedź: Istotne jest ustalenie podczas wywiadu z rodzicem, czy dziecko jest zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego w innym kraju z wymienionego obszaru. Jeśli tak, to koszt leczenia powinna ponieść instytucja ubezpieczeniowa tego kraju. Rodzic powinien jak najszybciej skontaktować się ze swoim ubezpieczycielem, aby otrzymać Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ i dostarczyć go do placówki udzielającej świadczeń. Może też opłacić rachunek i wystąpić do swojej instytucji ubezpieczeniowej o zwrot kosztów.

Może się zdarzyć, że rodzic utrzymuje (także ustnie), że dziecko nie ma ubezpieczenia w innym kraju UE/EFTA/Zjednoczonego Królestwa. Wtedy placówka udziela dziecku świadczeń w oparciu o art. 2 ust.1 pkt 3a ustawy o świadczeniach.

- **Pytanie 2:** Dlaczego system EWUŚ nie weryfikuje ubezpieczenia w innym kraju UE u dzieci poniżej 18 roku życia, które mają PESEL? Traktuje je jak osoby uprawnione w Polsce do korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Czy nie jest to nadmierowe, skoro publiczna służba zdrowia w Polsce cierpi na brak środków?

Odpowiedź: Systemy informatyczne poszczególnych państw UE/EFTA, które informują na temat osób ubezpieczonych, nie są zintegrowane. Z tego powodu potwierdzanie uprawnień pomiędzy krajami nie jest możliwe w czasie rzeczywistym. Zawsze dzieje się to z pewnym opóźnieniem, zależnym od czasu reakcji zagranicznej instytucji partnerskiej. Dlatego tak istotny jest wywiad pracownika placówki medycznej z pacjentem. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy są przesłanki wskazujące na możliwość posiadania ubezpieczenia w innym kraju. Dzieje się tak np. gdy rodzic posługuje się paszportem dziecka i własnym, a nie dowodem osobistym. Albo gdy wprost informuje o czasowym pobycie w Polsce.

IX. Ciąża i opieka okołoporodowa

- **Pytanie 1:** Czy osoby pracujące w UE i przenoszące się do Polski na czas ciąży i porodu mają prawo do pełnego prowadzenia ciąży w ramach AOS? Co z badaniami prenatalnymi? Jaki dokument powinna przedstawić pacjentka do badań prenatalnych w ramach PRO – Profilaktycznych Programów Zdrowotnych?

Odpowiedź: Jeżeli wyłącznym celem przyjazdu pacjentki do Polski jest uzyskanie świadczeń związanych z ciążą, porodem i porodem, to powinna ona posiadać zgodę kraju ubezpieczenia na uzyskanie takiego leczenia. Zgoda taka wydawana jest w postaci dokumentu S2.

W przypadku gdy na czas ciąży, porodu i porodu pacjentka przenosi miejsce zamieszkania do Polski, powinna uzyskać w swojej instytucji ubezpieczeniowej dokument S1/S072. Dokument ten, po rejestracji w OW NFZ, będzie uprawniał ją do świadczeń w pełnym

zakresie (w tym do badań prenatalnych). Na takich samych zasadach, jakby była ubezpieczona w NFZ.

Zgodnie z przepisami unijnymi (decyzja S3) świadczenia rzeczowe w związku z ciążą i narodzinami dziecka mogą być również udzielone na kartę EKUZ. Dotyczy to sytuacji, gdy pobyt ma charakter czasowy, a świadczenia nie są celem przyjazdu pacjentki do Polski. W wywiadzie trzeba ustalić, czy celem pobytu (także kilkumiesięcznego) nie jest uzyskanie konkretnych świadczeń medycznych. Może nim być np. wizyta w Polsce w związku z urlopem albo łączenie rodzin (np. w przypadku partnera pracującego w Polsce i ubezpieczonego w innym kraju). Wtedy dokumentem wystarczającym do kontynuacji prowadzenia ciąży, porodu i opieki okołoporodowej może być również karta EKUZ. Jeśli badanie prenatalne (przewidziane w PRO) przypada na okres pobytu w Polsce i zostanie uznane przez lekarza prowadzącego za niezbędne, to również może być zrealizowane na podstawie EKUZ.

• **Pytanie 2:** Jak rozliczyć poród w przypadku planowanego pobytu, jeśli ciężarna:

- ➔ zamierza rodzić w Polsce
- ➔ ma numer PESEL
- ➔ nie ma poświadczenia ani zgody instytucji zagranicznej na poród?

Czy można go rozliczyć w oparciu o artykuł ustawy uprawniający kobiety w ciąży, porodu i położu do opieki medycznej finansowanej ze środków publicznych?

Odpowiedź: Jeśli z wywiadu przeprowadzonego z pacjentką wynika, że jest ona ubezpieczona lub zatrudniona w innym kraju UE/EFTA, nie można rozliczyć świadczeń na podstawie tego uprawnienia.

Na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach pacjentka ma prawo do opieki podczas ciąży, porodu i położu, jeśli:

- ➔ nie jest ubezpieczona ani w Polsce, ani w innym kraju UE/EFTA
- ➔ nie jest uprawniona w Polsce z innego tytułu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych
- ➔ ma polskie obywatelstwo
- ➔ mieszka na terenie Polski.

X. Udział w terapiach

- **Pytanie 1:** Na jakich zasadach pacjent z UE może korzystać z leczenia na oddziale dziennym terapii uzależnień od alkoholu, jeżeli pozostaje dłużej na terenie Polski? Czy pacjent z kartą EKUZ może przyjechać do Polski na planowe leczenie odwykowe w ramach terapii? Powód: nieznajomość języka obcego w kraju ubezpieczenia.

Odpowiedź: Jeśli wyłącznym lub jednym z celów przyjazdu pacjenta do Polski jest taka terapia (np. przy okazji dłuższego pobytu u rodziny lub ze względu na niewystarczającą znajomość języka w kraju ubezpieczenia), to udział w niej powinien być możliwy wyłącznie na podstawie dokumentu S2. Musi on zawierać zgodę instytucji ubezpieczeniowej pacjenta na takie leczenie.

Pacjent może skorzystać z terapii na podstawie EKUZ, jeśli:

- ➔ wskazanie do terapii pojawi się już po rozpoczęciu pobytu pacjenta w Polsce,
 - ➔ zostanie ona uznana przez lekarza prowadzącego leczenie za niezbędną ze względów medycznych z uwzględnieniem planowanego czasu pobytu w Polsce,
 - ➔ będzie dostępna w okresie danego pobytu w Polsce na tych samych warunkach, co dla pacjenta ubezpieczonego w NFZ.
- **Pytanie 2:** Na jakich zasadach powinny być dostępne dla pacjenta z UE porady lekarza psychiatry/psychologa?

Odpowiedź: W zależności od typu dokumentu.

Pacjent zamieszkujący na terytorium Polski z poświadczeniem wydanym przez NFZ ma prawo do pełnego zakresu świadczeń na zasadach analogicznych jak ubezpieczeni w Polsce.

Pacjent przebywający czasowo i posługujący się EKUZ ma wyłącznie prawo do świadczeń „niezbędnych ze względów medycznych” z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjenta oraz planowanego czasu pobytu pacjenta w Polsce.

XI. Okres pobytu w Polsce a prawo do szczepień

- **Pytanie 1:** W jaki sposób ustalić, że pacjent przebywa w Polsce powyżej 3 miesięcy? W niektórych przypadkach pacjent sam nie wie, jak długo będzie przebywał. Czy powinniśmy mu zaufać na słowo, czy jest jakiś inny sposób?

Odpowiedź: Podstawą jest wywiad z pacjentem i odpowiednia adnotacja w dokumentacji medycznej. Jeśli pacjent w trakcie wywiadu potwierdzi, że przebywa już w Polsce powyżej 3 miesięcy, to ma obowiązek poddać się szczepieniom uwzględnionym w Programie Szczepień Obowiązkowych na dany rok. W takiej sytuacji nie powinien ponosić kosztu szczepienia ani szczepionki. Zarówno konsultacja lekarska jak i szczepionka oraz jej podanie powinny być rozliczone na podstawie EKUZ.

- **Pytanie 2:** Czy za szczepienie np. na tężec (w razie potrzeby) pacjent musi sam zapłacić?

Odpowiedź: Szczepienie przeciwko tężcowi należy w Polsce do obowiązkowych szczepień poekspozycyjnych. Jeśli w danej sytuacji lekarz uzna, że są spełnione przesłanki do podania takiej szczepionki, to pacjent unijny nie będzie musiał za nią zapłacić, niezależnie od czasu pobytu w Polsce. Ta sama zasada dotyczy pozostałych obowiązkowych szczepień poekspozycyjnych.

XII. Zlecenia na wyroby medyczne

- **Pytanie 1:** Czy pacjentowi unijnemu przysługuje świadczenie udzielone na podstawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne? Jakie są zasady wystawiania i realizacji tych zleceń?

Odpowiedź: Leczenie planowane w zakresie opisanym w dokumencie S2

Pacjent unijny przybywający do Polski na leczenie planowane (na podstawie dokumentu S2) ma prawo do tych rzeczowych świadczeń zdrowotnych (w tym wyrobów medycznych), które są niezbędne dla realizacji zakresu leczenia wskazanego w dokumencie S2 oraz powrotu do kraju ubezpieczenia w warunkach bezpiecznych dla zdrowia. Obowiązują tu te same zasady wystawiania zleceń i refundacji, co w odniesieniu do pacjenta ubezpieczonego w NFZ, także jeśli chodzi o kategorie pracowników medycznych uprawnionych do wystawiania zleceń.

Jeśli chodzi o limity – ilość wyrobów medycznych powinna:

- ➔ mieścić się w limitach obowiązujących w odniesieniu do polskich ubezpieczonych
- ➔ uwzględniać czas pobytu w Polsce oraz bezpieczeństwo zdrowotne podczas powrotu do kraju ubezpieczenia.

Zlecenia te nie powinny być wystawiane na większą ilość wyrobów „na życzenie pacjenta”, jak również na wyroby niezwiązane z danym zakresem leczenia.

Leczenie nieplanowane – pacjent z EKUZ/Certyfikatem

W tym przypadku zlecenie powinno dotyczyć wyłącznie tych wyrobów medycznych, które w danej sytuacji można uznać za niezbędne ze względów medycznych, z uwzględnieniem czasu pobytu pacjenta w Polsce. Przepisy unijne nie wskazują szczegółowo, które kategorie pracowników z wykształceniem medycznym są uprawnione do kwalifikacji świadczeń jako „niezbędne ze względów medycznych”.

Z uwagi na nieostrą definicję „świadczeń niezbędnych” rekomendujemy, aby w razie wątpliwości osoby uprawnionej (innej niż lekarz) przyjąć zasadę, że powinny to być zlecenia wystawiane przez lekarza lub na podstawie zleceń lekarskich.

Jeśli chodzi o limity i kwoty refundacji – obowiązują te same zasady, co w odniesieniu do pacjentów ubezpieczonych w NFZ, dodatkowo z uwzględnieniem czasu pobytu w Polsce. Zlecenie powinno być wystawione przez uprawnioną osobę w placówce posiadającej kontrakt z NFZ na dany zakres świadczeń.

Osoba realizująca zlecenie powinna poprosić pacjenta o okazanie karty EKUZ/dokumentu S2, potwierdzających prawo do realizacji zlecenia z uwzględnieniem refundacji.

Jednocześnie powinna zachować kopię tych dokumentów w celu późniejszego rozliczenia (o ile nie zostały one już wprowadzone do ogólnodostępnego repozytorium w związku z wcześniejszymi świadczeniami dla danego pacjenta).

XIII. Inne

- **Pytanie 1:** Pracujemy w szpitalu zakaźnym (oddział gruźliczy). Mamy obowiązek leczyć pacjentów bez względu na to, czy pacjent jest ubezpieczony w Polsce czy w innym państwie. Czy możemy prosić o ujęcie takich specyficznych oddziałów w prezentacji?

Odpowiedź: W Internecie zamieściliśmy prezentację w formie zaprezentowanej podczas webinarium i nie podlega ona uzupełnieniom. Jednocześnie podkreślamy, że niezależnie od obowiązku leczenia, należy również poprawnie identyfikować źródło finansowania kosztów i rozliczać świadczenia, biorąc pod uwagę fakt ubezpieczenia. Jeżeli zgłasza się

do Państwa osoba z dokumentem unijnym, koszty leczenia tej osoby muszą zostać rozliczone na podstawie przepisów o koordynacji, a nie na podstawie przepisów krajowych.

- **Pytanie 2:** Kto płaci za badania analityczne w POZ?

Odpowiedź: Cały koszt leczenia udzielonego na podstawie dokumentów unijnych pokrywa instytucja, która wydała dokument. Jeżeli lekarz POZ z uwagi na stan zdrowia pacjenta zleci dla niego badania analityczne i zostaną one wykazane w sprawozdawczości do NFZ jako udzielone w oparciu o odpowiedni typ dokumentu unijnego, to koszt świadczeń zostanie zwrócony placówce przez oddział NFZ, a następnie odzyskany od instytucji zagranicznej na podstawie przepisów o koordynacji.

- **Pytanie 3:** Jeżeli pacjent unijny uzna, że chciałby skorzystać z badań profilaktycznych, to również mogą być udzielone na podstawie EKUZ?

Do tej pory NFZ odmawiał udzielania świadczeń PRO na kartę EKUZ. Czy te zasady ulegają zmianie?

Odpowiedź: Na EKUZ nie przysługują świadczenia, w tym badania, „na życzenie pacjenta”. Przysługują jedynie te, które lekarz uzna za niezbędne w danym stanie zdrowia pacjenta i w okresie pobytu tej osoby na terenie Polski.

W przypadku programów profilaktycznych, dostępnych bez skierowania, taka kwalifikacja wstępna nie jest możliwa. Ponadto tam, gdzie świadczenia przysługują w określonych odstępach czasowych, nie byłaby możliwa weryfikacja spełnienia tego warunku przez pacjentów z EKUZ. Z tych powodów pacjenci z EKUZ nie mogą skorzystać z udziału w programach profilaktycznych na tych samych zasadach, co osoby ubezpieczone w NFZ. Wyjątkiem od tej reguły są badania prenatalne, które muszą być zrealizowane w ściśle określonym terminie, który może przypadać akurat na czas pobytu pacjentki w Polsce. Dlatego w przypadku wskazań medycznych i z uwzględnieniem planowanego czasu pobytu w Polsce badania te mogą być zrealizowane na podstawie karty EKUZ.

Jeśli pacjent przebywa w naszym kraju przez dłuższy czas (np. tu studiuje), wcześniej wykonywał określone badanie w celach profilaktycznych w kraju ubezpieczenia a lekarz w Polsce uzna kontynuację tego cyklu za niezbędną ze względów medycznych

w uwzględnieniu czasu pobytu, to może go skierować na takie badanie na podstawie EKUZ.

- **Pytanie 4:** Czy w przypadku skierowania pacjenta na badanie, np. rezonans, o jego niezbędności powinien zdecydować lekarz kierujący na badanie czy lekarz udzielający świadczenia?

Odpowiedź: Lekarz kierujący. To on ma informacje o stanie zdrowia pacjenta i okresie planowanego pobytu na terenie Polski. Dzięki temu może określić, czy badanie jest niezbędne.

- **Pytanie 5:** Do jakich świadczeń ma prawo pacjent, który rozpoczął leczenie psychiatryczne w swoim kraju, przyjechał na wczasy do Polski i stwierdził, że nie ma wystarczającej ilości leków?

Odpowiedź: Taki pacjent na podstawie EKUZ ma prawo do wszystkich świadczeń uznanych przez lekarza za niezbędne w okresie pobytu na terenie Polski, w tym do konsultacji oraz do recepty na leki. Jeśli pacjent przyjechał do Polski na 2-tygodniowy urlop, to ilość przepisanych leków powinna być dostosowana do tego okresu, a nie wynikać np. z życzenia pacjenta.

- **Pytanie 6:** Pacjent w chwili udzielania świadczenia w SOR nie miał przy sobie karty EKUZ. Dostarczył ten dokument w ciągu 7 dni od zakończenia świadczenia w SOR. Można uznać tę kartę czy należy żądać okazania Certyfikatu? Czy obowiązuje jakiś termin na dostarczenie karty EKUZ?

Odpowiedź: W przypadku braku EKUZ, bardziej bezpiecznym wyjściem jest pozyskanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ. EKUZ nie posiada daty początkowej, może zostać wyrobiona dopiero po dniu udzielonych świadczeń. Wtedy zagraniczna instytucja właściwa może zakwestionować koszt udzielonego świadczenia z powodu braku ważności EKUZ w tym dniu. W przypadku świadczeń w trybie nagłym, jeżeli pacjent nie posiada aktualnego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, może taki dokument przedstawić w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia. Niedostarczenie dokumentu w wyżej wymienionym terminie może skutkować obciążeniem pacjenta kosztami udzielonego świadczenia. Zasada ta dotyczy zarówno polskich ubezpieczonych jak i pacjentów unijnych.

[art.50 ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561)]

- **Pytanie 7:** Jeżeli pacjent okazuje nam skierowanie na badania laboratoryjne od lekarza POZ, to powinniśmy je wykonać na podstawie karty EKUZ, czy potraktować go jak pacjenta komercyjnego?

Odpowiedź: Jeżeli lekarz kierujący uznał, że wykonanie świadczeń jest niezbędne ze względu na stan zdrowia pacjenta w okresie pobytu pacjenta na terenie Polski, to należy rozliczyć koszty świadczenia na podstawie przepisów o koordynacji.

- **Pytanie 8:** Jeśli pacjent zapomni lub zgubi kartę EKUZ, to jak możemy go zweryfikować?

Odpowiedź: Zgodnie z przepisami o koordynacji pacjent ma obowiązek okazać EKUZ w celu uzyskania dostępu do świadczeń niezbędnych w trakcie pobytu czasowego.

Jeśli świadczenia są niezbędne i muszą zostać udzielone z uwagi na stan zdrowia pacjenta, pacjent powinien dostarczyć dokument w ciągu:

- ➔ 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia
- ➔ w oddziale szpitalnym: 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia

W przypadku niedostarczenia dokumentu należy wystawić rachunek. Alternatywnie istnieje również możliwość zwrócenia się o pomoc do oddziału NFZ z prośbą o uzyskanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ dla danej osoby, wydanego na okres udzielonych świadczeń. W tym celu należy spisać dane pacjenta z dokumentu tożsamości. Czas oczekiwania na odpowiedź instytucji zagranicznej może być jednak długi.

- **Pytanie 9:** Czy odpłatność za receptę dla pacjenta z EKUZ wynosi zawsze 100 %?

Odpowiedź: Nie. Odpłatność za receptę ustalana jest zgodnie z przepisami polskimi. Jeżeli w Polsce danej grupie ubezpieczonych przysługują zniżki na zakup leków, to osoby z EKUZ powinny być traktowane na takich samych zasadach jak osoby ubezpieczone w Polsce. To oznacza, że przysługują im analogiczne zniżki na leki.

- **Pytanie 10:** Czy pacjent unijny, czasowo przebywający w Polsce, może mieć zrealizowane badanie MR/TK w trybie stabilnym? Czy konieczna jest na skierowaniu adnotacja „pilne”, „cito”?

Odpowiedź: Pacjent unijny może mieć zrealizowane świadczenie w trybie stabilnym, jeżeli lekarz stwierdzi, że to świadczenie nie jest pilne od razu, jest jednak niezbędne w okresie planowanego pobytu pacjenta na terenie Polski (np. student, który nie planuje powrotu do kraju ubezpieczenia przez 6 miesięcy).

- **Pytanie 11:** Czy szpital może zapewnić transport pacjentowi za granicę?

Odpowiedź: Przepisy unijne nie przewidują możliwości transportu sanitarnego pacjenta na terenie UE/EFTA. Oznacza to, że koszt transportu pokrywa pacjent. Wyjątkiem jest sytuacja, w której pacjent unijny uległ na terenie Polski wypadkowi przy pracy. Wówczas koszty transportu do państwa ubezpieczenia pokrywa zagraniczna instytucja właściwa, o ile wcześniej wyrazi na to zgodę.

- **Pytanie 12:** Czy podczas wizyty u lekarza POZ pacjent z kartą EKUZ musi potwierdzić otrzymanie porady?

Odpowiedź: Dla potrzeb rozliczeń unijnych nie ma takiego wymogu.

- **Pytanie 13:** Czy w przypadku posługiwania się przez pacjenta kartą EKUZ, należy umieszczać w dokumentacji medycznej wpis dot. określenia charakteru jego pobytu na terenie RP?

Odpowiedź: Taki wpis ułatwia kwestie rozwiązania sporów dotyczących zasadności udzielenia świadczeń w oparciu o EKUZ w przypadku zakwestionowania roszczenia Polski. Z uwagi na ograniczenie możliwości korzystania ze świadczeń wyłącznie do świadczeń niezbędnych, każda informacja uzasadniająca podstawę udzielenia świadczenia, stanowi dodatkowe wyjaśnienie na etapie ewentualnej kontroli poprawności udzielanych świadczeń.

- **Pytanie 14:** Czy można (z uwagi na RODO) pozostawiać w dokumentach POZ kserokopię karty EKUZ?

Odpowiedź: Tak, można. Zgodnie z art. 188 ust. 5 ustawy o świadczeniach: „Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych”. Jednoznacznie pozwala to na przechowywanie kopii EKUZ.

Pytanie 15: Czy placówki medyczne mają obowiązek sporządzać kosztorys na wniosek pacjenta, który powołuje się na wymóg instytucji ubezpieczeniowej, aby otrzymać dokument S2 na planowane leczenie?

Odpowiedź: Placówki medyczne nie mają takiego obowiązku.

- **Pytanie 16: Czy opieka koordynowana może być realizowana na podstawie karty EKUZ?**

Odpowiedź: Opieka koordynowana nie może być realizowana na podstawie EKUZ. Pacjent z EKUZ nie jest ujęty na liście danego lekarza POZ. Prawo do korzystania z opieki koordynowanej mają jedynie pacjenci unijni, którzy przenieśli swoje miejsce zamieszkania do Polski i mają prawo do pełnego zakresu świadczeń w Polsce.