



Komisja
Europejska

GLOSARIUSZ

*do celów skutecznego
informowania
pacjentów w
transgranicznej opiece
zdrowotnej*

Glosariusz

do celów skutecznego informowania pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej

A	
B	
C	
D	
<i>Dalsza opieka</i>	Opieka zdrowotna, która może być wymagana w rezultacie leczenia lub zabiegu medycznego, aby zapewnić dalszą pielęgnację lub monitorowanie pacjenta, które zagwarantują mu powrót do zdrowia.
<i>Dane osobowe</i>	Dane osobowe oznaczają wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej, której tożsamość można ustalić bezpośrednio lub pośrednio, szczególnie przez powołanie się na numer identyfikacyjny lub jeden bądź kilka szczególnych czynników określających jej fizyczną, fizjologiczną, umysłową, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość (art. 2 lit. a) dyrektywy 95/46/WE).
<i>Dodatek określony w wyroku w sprawie Vanbraekel</i>	<i>Dodatek określony w wyroku w sprawie Vanbraekel</i> to uzupełnienie zwrotu, w przypadku gdy pacjent rzeczywiście w całości lub w części poniósł koszty planowanego leczenia transgranicznego* (współpłacenie*), na które uzyskał uprzednią zgodę* (formularz S2*), a obowiązująca za granicą stawka zwrotu kosztów* jest niższa niż koszty, które powinny zostać zwrócone, zakładając, że takie samo leczenie odbyłoby się w kraju zamieszkania pacjenta*. W takim przypadku właściwa krajowa służba zdrowia* / właściwy podmiot oferujący ustawowe ubezpieczenie zdrowotne* musi zwrócić – na wniosek – koszty leczenia poniesione przez pacjenta do wysokości różnicy między obiema stawkami zwrotu* (bez przekraczania kosztów rzeczywiście poniesionych przez pacjenta) (art. 26 ust. 7 rozporządzenia (WE) nr 987/2009).
<i>Dokumentacja medyczna</i>	Wszystkie dokumenty zawierające wszelkiego rodzaju dane, oceny i informacje na temat stanu zdrowia pacjenta i przebiegu choroby (art. 3 lit. m) dyrektywy 2011/24/UE*).
<i>Dyrektywa wykonawcza 2012/52/UE</i>	Dyrektywa wykonawcza Komisji 2012/52/UE z dnia 20 grudnia 2012 r. ustanawiająca środki ułatwiające uznawanie recept lekarskich wystawionych w innym państwie członkowskim.
<i>Dyrektywa 95/46/WE</i>	Dyrektywa 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych

w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych.

Dyrektywa 2011/24/UE

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Dyrektywa 2012/52/UE

Zob. *dyrektywa wykonawcza 2012/52/UE*.

E

E-recepta

Recepta, która jest generowana, przesyłana i wypełniana elektronicznie.

Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ)

Bezpłatna karta wydawana przez krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego*, dzięki której pacjent ma dostęp do finansowanej przez państwo opieki zdrowotnej koniecznej ze względów medycznych podczas tymczasowego pobytu w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*, na takich samych warunkach i po takich samych kosztach (bezpłatnie w niektórych krajach), jak osoby objęte krajową służbą zdrowia lub systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego tego kraju.

Europejski Obszar Gospodarczy (EOG)

Europejski Obszar Gospodarczy (EOG) obejmuje, oprócz 28 państw członkowskich UE, Islandię, Liechtenstein i Norwegię.

Europejskie sieci referencyjne

Europejskie sieci referencyjne to wirtualne sieci skupiające świadczeniodawców z całej Europy, mające na celu ułatwienie dyskusji na temat chorób i schorzeń złożonych lub rzadkich, które wymagają wysoce specjalistycznego leczenia oraz skoncentrowania wiedzy i zasobów.
(www.europa.eu/youreurope)

F

Formularz S1

Europejski dokument potwierdzający, że osoba jest objęta ubezpieczeniem społecznym, potrzebny wówczas, gdy osoba nie zamieszkuje w kraju, w którym jest objęta systemem zabezpieczenia społecznego. (www.europa.eu/youreurope)

Formularz S2

Europejski dokument potwierdzający, że pacjent otrzymał uprzednią zgodę* krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* na planowane leczenie* za granicą zgodnie z rozporządzeniami (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*.
(www.europa.eu/youreurope)

Formularz S3

Europejski dokument potwierdzający uprawnienie do opieki zdrowotnej w kraju poprzedniej aktywności zawodowej.
(www.europa.eu/youreurope)

G	
H	
I	
J	
K	
<i>Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych</i>	Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 6 grudnia 2006 r.
<i>Kraj zamieszkania</i>	Kraj, w którym pacjent zamieszkuje i jest uprawniony do świadczeń zdrowotnych, bez względu na to, czy jest ubezpieczony w ramach systemu zabezpieczenia społecznego tego kraju.
<i>Krajowa służba zdrowia</i>	Systemy opieki zdrowotnej w rodzaju krajowej służby zdrowia to kontrolowane przez rząd systemy odpowiedzialne za świadczenie usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wszystkim obywatelom danego kraju.
<i>Krajowy punkt kontaktowy (KPK)</i>	Zgodnie z dyrektywą 2011/24/UE* wszystkie państwa członkowskie UE*/EOG* są zobowiązane do powołania co najmniej jednego krajowego punktu kontaktowego, któremu powierzono zadanie udzielania pacjentom informacji na temat wszystkich aspektów transgranicznej opieki zdrowotnej.
L	
<i>Leczenie</i>	Leczenie, w tym diagnostyka medyczna, terapia i leki na receptę, a także wyroby medyczne.
<i>Leczenie ambulatoryjne</i>	Leczenie niewymagające pobytu pacjenta w szpitalu ani innym zakładzie opieki zdrowotnej.
<i>Leczenie konieczne ze względów medycznych</i>	Leczenie, którego nie można odłożyć i które jest konieczne, aby uniknąć wymuszonego powrotu pacjenta do kraju zamieszkania przed końcem planowanego okresu pobytu za granicą.
<i>Leczenie stacjonarne</i>	Leczenie wymagające pobytu pacjenta w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej.
M	
<i>Mechanizm zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych między państwami członkowskimi na podstawie kwot ryczałtowych / kwot zryczałtowanych</i>	Rozporządzenia w sprawie zabezpieczenia społecznego* dotyczą również skutków finansowych dla państw członkowskich, które udzielają świadczeń zdrowotnych osobie uprawnionej do świadczeń z tytułu choroby w imieniu innego państwa członkowskiego (np. państwa członkowskiego poprzedniej aktywności zawodowej). Koszty poniesione przez państwo członkowskie pobytu lub zamieszkania muszą zostać zwrócone przez instytucję państwa, w którym dana osoba jest ubezpieczona. W tym przypadku mogą mieć zastosowanie dwa różne mechanizmy, mianowicie zwrot rzeczywistych wydatków

na leczenie lub zwrot kosztów na podstawie kwot zryczałtowanych (tj. kwot ryczałtowych).

N

Nieplanowane leczenie / nieplanowana opieka

Leczenie, które staje się konieczne ze względów medycznych z powodu nagłej choroby lub urazu odniesionego podczas tymczasowego pobytu w innym państwie członkowskim do celów pracy, nauki lub wypoczynku (przy czym pierwotnym celem przyjazdu pacjenta nie jest odbycie leczenia w danym kraju).

O

Opieka długoterminowa

Usługi w zakresie opieki długoterminowej, których celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy (niemedycznej) w wykonywaniu rutynowych, codziennych czynności, np. świadczone przez placówki opiekuńczo-pielęgnacyjne.

P

Pacjent przyjeżdżający

Pacjent przyjeżdżający z innego kraju UE*/EOG* lub Szwajcarii* do danego kraju.

Pacjent wyjeżdżający

Pacjent, który wyjeżdża z jednego państwa do innego kraju UE*/EOG* lub Szwajcarii*.

Państwo członkowskie leczenia

Państwo członkowskie, w którym prowadzone jest leczenie transgraniczne* (lub w przypadku telemedycyny*: państwo członkowskie, w którym ma siedzibę świadczeniodawca).

Państwo członkowskie ubezpieczenia

Państwo członkowskie, które zgodnie z rozporządzeniami w sprawie zabezpieczenia społecznego* jest właściwe do udzielania uprzedniej zgody* i wydawania formularza S2* (dawny formularz E112). Zazwyczaj będzie to państwo, w którym pacjent jest objęty systemem zabezpieczenia społecznego (tj. właściwe państwo członkowskie*).

Planowane leczenie / planowana opieka

Leczenie odbyte podczas tymczasowego pobytu za granicą, którego wyraźnym celem było poddanie się leczeniu w danym kraju.

Płatność przez osobę trzecią

Płatność przez osobę trzecią dotyczy bezpośrednich płatności na rzecz świadczeniodawcy przez właściwą krajową służbę zdrowia* / właściwego ubezpieczyciela zdrowotnego*. W rezultacie pacjent korzysta z leczenia nieodpłatnie i musi pokryć jedynie część kosztów uiszczaną przez pacjenta (współpłacenie*).

Płatność z góry

Uiszczenie wszystkich kosztów leczenia bezpośrednio na rzecz świadczeniodawcy lub szpitala, w którym odbywa się leczenie. O ewentualny zwrot kosztów* trzeba będzie wystąpić po zakończeniu leczenia.

Pracownik przygraniczny

Osoba wykonująca pracę najemną lub na własny rachunek w państwie członkowskim, która zamieszkuje na terytorium

innego państwa członkowskiego, gdzie powraca każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu.

Programy powszechnych szczepień Programy powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym, które mają na celu wyłącznie ochronę zdrowia populacji na terytorium danego państwa członkowskiego i które podlegają szczególnym środkom w zakresie planowania i wdrażania.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne Ubezpieczenie prywatne obejmujące ryzyko zachorowania i uszkodzenia ciała.

Przeszczepianie narządów Przydział narządów i dostęp do nich do celów przeszczepiania (z wyłączeniem samego chirurgicznego aktu przeszczepienia).

Q

R

Recepta Recepta na lek lub wyrób medyczny wydawana przez osobę wykonującą zawód regulowany w zakresie opieki zdrowotnej, która jest prawnie uprawniona do wykonywania tego zawodu w kraju wystawienia recepty (art. 3 lit. k) dyrektywy 2011/24/UE*).

Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.
- 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.

S

Szwajcaria Transgraniczna opieka zdrowotna w Szwajcarii jest wyłączona z zakresu stosowania dyrektywy 2011/24/UE. W związku z tym jedynie rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego mają zastosowanie w przypadku leczenia transgranicznego w Szwajcarii (*nie uwzględniono ewentualnego istnienia przepisów o wyłączenie krajowym charakterze, które mogą rozszerzać stosowanie zasad określonych w dyrektywie 2011/24/UE* na transgraniczną opiekę zdrowotną* w Szwajcarii*).

Ś

Świadczeniodawca prywatny Świadczeniodawca pracujący w prywatnym lub niezależnym sektorze opieki zdrowotnej, który często nie zawarł umowy ani nie jest powiązany z krajową służbą zdrowia* / systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego*, w związku z czym nie jest uprawniony do świadczenia usług objętych systemem zabezpieczenia społecznego.

Świadczeniodawca publiczny Świadczeniodawca pracujący w sektorze zdrowia publicznego. Mówiąc dokładniej, świadczeniodawca, który zawarł umowę lub jest powiązany z krajową służbą zdrowia* / systemem

ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego*, w związku z czym jest uprawniony do świadczenia usług objętych systemem zabezpieczenia społecznego.

T

<i>Telemedycyna</i>	Świadczenie usług opieki zdrowotnej „na odległość” przy wykorzystaniu rozwiązań ICT, np. telekonsultacji, telemonitoringu, telechirurgii itp.
<i>Transgraniczna opieka zdrowotna</i>	Transgraniczna opieka zdrowotna odnosi się do leczenia poza krajem zamieszkania pacjenta, w którym jest on uprawniony do publicznej opieki zdrowotnej (niezależnie od tego, czy podlega przepisom w zakresie zabezpieczenia społecznego innego państwa członkowskiego). Leczenie uznaje się za transgraniczne, w przypadku gdy odbyło się w dowolnym państwie członkowskim UE*/EOG* lub Szwajcarii*, przy czym nie ma wymogu, aby takie państwo dzieliło granicę geograficzną z krajem zamieszkania.

U

<i>Ubezpieczony</i>	Osoba podlegająca lub członek rodziny osoby podlegającej przepisom w zakresie zabezpieczenia społecznego co najmniej jednego państwa członkowskiego UE*/EOG*.
<i>Ubezpieczyciel zdrowotny</i>	Podmiot świadczący usługi ubezpieczenia zdrowotnego w ramach systemu ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* (tj. fundusz ubezpieczeń zdrowotnych; zakład ubezpieczeń zdrowotnych).
<i>Unia Europejska (UE)</i>	UE składa się z następujących 28 państw członkowskich: Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niderlandy, Niemcy, Polska, Portugalia, Republika Czeska, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy, Zjednoczone Królestwo. ! Prawo Unii nie ma zastosowania do Cypru Północnego (Tureckiej Republiki Cypru Północnego).
<i>Uprzednia zgoda</i>	Zgoda, którą pacjenci muszą uzyskać od krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania przed wyjazdem za granicę, aby otrzymać zwrot kosztów* leczenia transgranicznego*.
<i>Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne</i>	System finansowania finansowany z podatków lub oparty na składkach na ubezpieczenie społeczne, w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, w którym obywatele danego kraju są ubezpieczeni na wypadek kosztów opieki zdrowotnej wynikających z ryzyka finansowego związanego z chorobą i urazem.

V

W

<i>Właściwe państwo członkowskie</i>	Państwo, którego przepisy w zakresie zabezpieczenia
--------------------------------------	---

społecznego mają zastosowanie do osoby, w tym do ustalenia jej uprawnień do opieki zdrowotnej. Ponadto, zgodnie z dyrektywą, jest ono ostatecznie odpowiedzialne za zwrot kosztów opieki zdrowotnej osoby.

Współpłacenie

Kwota należności, która nie zostanie pokryta przez krajową służbę zdrowia* / w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego*, lecz którą ubezpieczony będzie musiał uiścić samodzielnie (tj. udział pacjenta w kosztach leczenia).

X

Y

Z

Zagrożenie dla bezpieczeństwa ogółu społeczeństwa

Szczególne zagrożenie dla społeczeństwa związane z leczeniem transgranicznym*, np. ryzyko zarażenia w wyniku podróży pacjenta cierpiącego na chorobę zaraźliwą.

Zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta

Szczególne zagrożenie dla pacjenta związane z leczeniem transgranicznym*, np. medyczne przeciwwskazania do podróży.

Załącznik III do rozporządzenia (WE) nr 883/2004

Do państw członkowskich ograniczających prawa członków rodziny pracownika przygranicznego* należą:

Dania, Irlandia, Chorwacja, Finlandia, Szwecja i Zjednoczone Królestwo.

– Załączniki do rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego* są regularnie poddawane rewizji, dlatego należy zawsze zapoznać się z najnowszą wersją skonsolidowaną.

Załącznik IV do rozporządzenia (WE) nr 883/2004

Do państw członkowskich przyznających więcej korzystnych praw w zakresie opieki zdrowotnej emerytom lub rencistom powracającym do właściwego państwa członkowskiego* należą:

Belgia, Bułgaria, Republika Czeska, Niemcy, Grecja, Hiszpania, Francja, Cypr, Luksemburg, Węgry, Niderlandy, Austria, Polska, Słowenia i Szwecja.

– Załączniki do rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego* są regularnie poddawane rewizji, dlatego należy zawsze zapoznać się z najnowszą wersją skonsolidowaną.

Załącznik V do rozporządzenia (WE) nr 883/2004

Do państw członkowskich przyznających więcej korzystnych praw w zakresie opieki zdrowotnej pracownikom przygranicznym* powracającym do państwa członkowskiego poprzedniej aktywności zawodowej należą:

Belgia, Niemcy, Hiszpania, Francja, Luksemburg, Austria, Portugalia.

– Ma zastosowanie wyłącznie w przypadku, gdy właściwe państwo członkowskie* odpowiedzialne za koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych emerytowanemu pracownikowi przygranicznemu* w państwie członkowskim zamieszkania, które jest właściwym państwem członkowskim*, również znajduje się w tym wykazie.

– Załączniki do rozporządzeń są regularnie poddawane rewizji, dlatego należy zawsze zapoznać się z najnowszą wersją skonsolidowaną.*

*Załącznik 3 do rozporządzenia (WE)
nr 987/2009*

Do państw członkowskich występujących o zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych między państwami członkowskimi na podstawie kwot zryczałtowanych* należą:

Irlandia, Hiszpania, Cypr, Niderlandy*, Portugalia, Finlandia*, Szwecja i Zjednoczone Królestwo.

*– Od dnia 1 stycznia 2018 r. skreśla się sekcje „Niderlandy” i „Finlandia”:
rozporządzenie Komisji (UE) 2017/492 z dnia 21 marca 2017 r.*

– Załączniki do rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego są regularnie poddawane rewizji, dlatego należy zawsze zapoznać się z najnowszą wersją skonsolidowaną.

Zwrot kosztów

Zwrot wydatków pacjenta na świadczenia zdrowotne objęte systemem zabezpieczenia społecznego przez krajową służbę zdrowia* / podmiot oferujący ustawowe ubezpieczenie zdrowotne*.

