

DECYZJA NR S5

z dnia 2 października 2009 r.

w sprawie wykładni pojęcia „świadczenia rzeczowe”, o którym mowa w art. 1 lit. va) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004, w przypadku choroby lub macierzyństwa zgodnie z art. 17, 19, 20, 22, art. 24 ust. 1, art. 25, 26, art. 27 ust. 1, 3, 4 i 5, art. 28, 34 oraz art. 36 ust. 1 i 2 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz dla celów kalkulacji kwot podlegających zwrotowi na mocy art. 62, 63 i 64 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009

(Tekst mający znaczenie dla EOG oraz dla Umowy między WE a Szwajcarią)

(2010/C 106/18)

KOMISJA ADMINISTRACYJNA DS. KOORDYNACJI SYSTEMÓW ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO,

uwzględniając art. 72 lit. a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego⁽¹⁾, zgodnie z którym Komisja Administracyjna odpowiada za rozpatrywanie wszelkich spraw administracyjnych lub spraw dotyczących wykładni, wynikających z przepisów rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego⁽²⁾,

uwzględniając art. 35 i 41 rozporządzenia (WE) nr 883/2004,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Do celów stosowania art. 17, 19, 20, 22, art. 24 ust. 1, art. 25, 26, art. 27 ust. 1, 3, 4 i 5, art. 28, 34 oraz art. 36 ust. 1 i 2 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 należy sprecyzować, wiążące dla wszystkich państw członkowskich, pojęcie świadczeń rzeczowych z tytułu choroby i macierzyństwa, o którym mowa w art. 1 lit. va) rozporządzenia (WE) nr 883/2004.
- (2) Pojęcie świadczeń rzeczowych z tytułu choroby lub macierzyństwa zgodnie z orzecznictwem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości musi obejmować świadczenia rzeczowe udzielane osobom wymagającym opieki.

Działając zgodnie z warunkami określonymi w art. 71 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 883/2004,

STANOWI, CO NASTĘPUJE:

I. Przepisy ogólne

1. Świadczeniami rzeczowymi z tytułu choroby i macierzyństwa uwzględnianymi przy obliczaniu kwot podlegających zwrotowi, o których mowa w art. 62, 63 i 64 rozporządzenia Komisji (WE) nr 987/2009, (zwanego dalej rozporządzeniem wykonawczym) są świadczenia

rzeczowe przewidziane w ustawodawstwie krajowym i zarządzane przez instytucję udzielającą świadczeń, o ile można je uzyskać zgodnie z art. 17, 19, 20, 22, art. 24 ust. 1, art. 25, 26, art. 27 ust. 1, 3, 4 i 5, art. 28, 34 oraz art. 36 ust. 1 i 2 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 (zwanego dalej rozporządzeniem podstawowym).

2. Świadczenia rzeczowe, w rozumieniu wyżej wymienionych artykułów rozporządzenia podstawowego, obejmują również:
 - a) świadczenia rzeczowe z ubezpieczenia pielęgnacyjno-opiekuńczego uprawniające do otrzymania całkowitej lub częściowej zapłaty za pewne bezpośrednie wydatki związane ze sprawowaniem opieki niezbędnej dla osoby ubezpieczonej i poniesione bezpośrednio na jej rzecz, takie jak opieka pielęgnarska i pomoc świadczona w miejscu zamieszkania lub w wyspecjalizowanych instytucjach, zakup sprzętu wykorzystywanego w opiece lub wykonanie prac w celu poprawy warunków w otoczeniu domowym; tego rodzaju świadczenia mają głównie na celu uzupełnienie świadczeń rzeczowych z ubezpieczenia zdrowotnego, aby poprawić stan zdrowia i jakość życia osób wymagających opieki;
 - b) świadczenia rzeczowe nie wynikające z ubezpieczenia pielęgnacyjno-opiekuńczego lecz charakteryzujące się takimi samymi cechami i celem, jak świadczenia określone w powyższej lit. a), o ile można je uznać za świadczenia rzeczowe z tytułu zabezpieczenia społecznego w rozumieniu przepisów rozporządzenia podstawowego i o ile mogą zostać uzyskane w taki sam sposób, jak opisano w lit. a) zgodnie z przepisami wyżej wymienionych artykułów rozporządzenia podstawowego.

Świadczenia rzeczowe opisane w lit. a) i b) objęte są wydatkami, o których mowa w wyżej wymienionym pkt 1).

3. Koszty świadczeń rzeczowych, w rozumieniu wyżej wymienionych artykułów rozporządzenia podstawowego, nie obejmują:
 - a) wydatków związanych z zarządzaniem systemem ubezpieczeń zdrowotnych, na przykład kosztów poniesionych w wyniku rozpatrywania i udzielania zwrotów osobom fizycznym oraz w rozliczeniach między instytucjami;

⁽¹⁾ Dz.U. L 166 z 30.4.2004, s. 1.

⁽²⁾ Dz.U. L 284 z 30.10.2009, s. 1.

- b) wydatków związanych z przyznaniem świadczeń, takich jak honoraria lekarza za wystawianie zaświadczeń lekarskich koniecznych do oceny stopnia inwalidztwa wnioskodawcy lub zdolności do wykonywania pracy;
- c) wydatków na badania medyczne oraz dotacji dla instytucji medycyny prewencyjnej przyznanych w ramach ogólnych środków ochrony zdrowia oraz wydatków na środki o charakterze ogólnym (niezwiązanych z ryzykiem);
- d) udziału własnego osób fizycznych.

II. Przepisy dotyczące obliczania kwot zryczałtowanych, o których mowa w art. 63 rozporządzenia wykonawczego

- 4. Obliczanie miesięcznych i całkowitych kwot zryczałtowanych zgodnie z art. 64 rozporządzenia wykonawczego obejmuje:
 - a) kwotę świadczeń rzeczowych udzielanych w ramach krajowych systemów w państwie członkowskim zamieszkania na podstawie art. 17, art. 24 ust. 1, art. 25 i 26 rozporządzenia podstawowego;
 - b) kwotę świadczeń rzeczowych udzielanych na podstawie planowanego leczenia poza państwem członkowskim zamieszkania zgodnie z art. 20 oraz art. 27 ust. 3 i 5 rozporządzenia podstawowego;
 - c) koszt udzielonych świadczeń rzeczowych, które ubezpieczona osoba otrzymała podczas czasowego pobytu poza państwem zamieszkania, o ile koszty tych świadczeń są

ponoszone zgodnie z prawem krajowym; z wyjątkiem kosztów przewidzianych w pkt II ust. 2 lit. a) niniejszej decyzji.

- 5. Obliczanie miesięcznych i całkowitych kwot zryczałtowanych zgodnie z art. 64 rozporządzenia wykonawczego nie obejmuje:
 - a) kwoty świadczeń udzielonych podczas pobytu czasowego poza państwem zamieszkania na podstawie art. 19 ust. 1 oraz art. 27 ust. 1 rozporządzenia podstawowego;
 - b) kwoty świadczeń objętych zwrotem zgodnie z rozporządzeniem podstawowym lub na podstawie dwustronnego albo wielostronnego porozumienia z wyjątkiem zwrotów za planowane leczenie.

III. Pozostałe przepisy

- 6. Obliczanie kwot podlegających zwrotowi powinno w jak najszerszym zakresie opierać się na statystykach urzędowych lub rozliczeniach w miejscu pobytu lub zamieszkania oraz na opublikowanych oficjalnych danych. Należy wskazać źródła zastosowanych danych statystycznych.
- 7. Niniejsza decyzja zostaje opublikowana w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*. Niniejszą decyzję stosuje się od dnia wejścia w życie rozporządzenia (WE) nr 987/2009.

Przewodniczący Komisji Administracyjnej
Lena MALMBERG