



Komisja
Europejska

PODRĘCZNIK DLA PACJENTÓW

*Prawo pacjenta do
skorzystania z opieki
zdrowotnej w dowolnym
kraju UE*/EOG**

Podręcznik dla pacjentów

Prawo pacjenta do skorzystania z opieki zdrowotnej w dowolnym kraju UE*/EOG*¹

Transgraniczna opieka zdrowotna*

Czy wiesz, że zgodnie z prawem Unii masz prawo do konsultacji ze świadczeniodawcą, szpitalem lub farmaceutą w dowolnym kraju UE/EOG*, a także do uzyskania pokrycia kosztów leczenia przez krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* w Twoim kraju zamieszkania*?*

Zgodnie z **dyrektywą 2011/24/UE w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*** każdy obywatel UE*/EOG* może korzystać z *nowych możliwości dostępu do opieki zdrowotnej za granicą* i uzyskania pokrycia całości lub części kosztów leczenia, co stanowi uzupełnienie wcześniej istniejących możliwości przewidzianych w rozporządzeniach (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*.

Ponadto dyrektywa 2011/24/UE* *ułatwia dostęp do informacji* na temat wszystkich istotnych aspektów transgranicznej opieki zdrowotnej*. Aby zapewnić udzielanie jasnych i przystępnych informacji, w każdym kraju UE*/EOG* powołano krajowe punkty kontaktowe do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej (KPK).

Aby zagwarantować bezpieczną i wysokiej jakości opiekę zdrowotną za granicą, w dyrektywie 2011/24/UE ustanowiono *minimalny zbiór praw pacjentów*, mający na celu poprawę sytuacji prawnej pacjentów mobilnych oraz zapewnienie przejrzystych procedur składania skarg i dochodzenia roszczeń w przypadku wystąpienia nieprawidłowości w leczeniu.

Ponadto dzięki zachęcaniu do *współpracy międzynarodowej* (np. przez ustanowienie europejskich sieci referencyjnych*) pacjenci potrzebujący specjalistycznego leczenia lub pacjenci cierpiący na choroby rzadkie mają możliwość wyboru spośród większej liczby świadczeniodawców oraz łatwiejszy dostęp do alternatywnego lub specjalistycznego leczenia za granicą.

Przeczytaj ten podręcznik, aby dowiedzieć się więcej...

Zastrzeżenie prawne

Niniejszy dokument opracowano w ramach Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) na podstawie umowy szczegółowej zawartej z Agencją Wykonawczą ds. Konsumentów, Zdrowia, Rolnictwa i Żywności (CHAFEA) z upoważnienia Komisji Europejskiej. Treść niniejszego dokumentu przedstawia poglądy wykonawcy i to wykonawca ponosi za niego wyłączną odpowiedzialność; w żadnym wypadku nie odzwierciedla on poglądów Komisji Europejskiej, CHAFEA ani żadnego innego organu Unii Europejskiej. Komisja Europejska ani CHAFEA nie gwarantują poprawności danych zamieszczonych w niniejszym dokumencie ani nie ponoszą odpowiedzialności za jakiegokolwiek wykorzystanie tych

¹ Każde słowo lub pojęcie oznaczone w niniejszym podręczniku gwiazdką (*) zdefiniowano i objaśniono w dołączonym alfabetycznym glosariuszu.

Prawo pacjentów do opieki zdrowotnej w dowolnym kraju UE*/EOG*



Opieka zdrowotna za granicą



Nieplanowane leczenie za granicą



Planowane leczenie za granicą



Prawa pacjentów



Uprzednia zgoda



Koszty i ich zwrot



Jakość i bezpieczeństwo



Dokumentacja medyczna



Skargi i roszczenia



Recepta wystawiona za granicą



Krajowe punkty kontaktowe



Mieszkanie za granicą

① Opieka zdrowotna za granicą

Czy wiesz, że jako obywatel UE*/EOG* masz **prawo do uzyskania diagnozy medycznej, leczenia lub recepty w dowolnym innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*** (tzw. transgraniczna opieka zdrowotna)?

Korzystając z usług zdrowotnych za granicą, możesz bez przeszkód zorganizować i opłacić leczenie indywidualnie lub w ramach prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego*. Zgodnie z prawem Unii możesz jednak mieć też prawo do **uzyskania pokrycia kosztów poniesionych za granicą w imieniu systemu zabezpieczenia społecznego Twojego kraju zamieszkania**.

Dwie możliwości

W prawie Unii przewidziano dwa rozwiązania umożliwiające dostęp do opieki zdrowotnej za granicą i uzyskanie pokrycia kosztów przez krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania pacjenta:

- 1) **na podstawie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego***
- 2) **na podstawie dyrektywy 2011/24/UE w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej***

Należy pamiętać, że zakres refundowanych świadczeń opieki zdrowotnej, warunki dostępu do leczenia* oraz skutki finansowe będą się jednak różnić w zależności od wybranego rozwiązania.

Na podstawie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego* pacjent ma prawo do uzyskania pokrycia kosztów leczenia poniesionych za granicą, ***tak jakby był objęty ubezpieczeniem w ramach systemu zabezpieczenia społecznego kraju leczenia***.

Na podstawie dyrektywy 2011/24/UE pacjent ma prawo do uzyskania pokrycia kosztów leczenia za granicą, ***tak jakby leczenie zostało przeprowadzone w kraju zamieszkania****.

Dwie różne sytuacje

Przewidziano dwie różne sytuacje dotyczące korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej:

Nieplanowane leczenie* za granicą

Jeśli jesteś objęty(-a) krajową służbą zdrowia* lub systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* kraju UE*/EOG*, zakres tego ubezpieczenia obejmuje również **opiekę konieczną ze względów medycznych*** z powodu **nagłej choroby lub urazu** odniesionego podczas tymczasowego pobytu za granicą, np. **podczas urlopu, podróży służbowej, wizyty u rodziny czy wymiany studenckiej**.

Planowane leczenie* za granicą

Jeśli jesteś objęty(-a) krajową służbą zdrowia* lub systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* kraju UE*/EOG*, masz prawo dostępu do opieki zdrowotnej w dowolnym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*, w tym do **konsultacji z uznanym specjalistą, leczenia szpitalnego lub specjalistycznego leczenia w przypadku konkretnego schorzenia**. W tym przypadku opieka zdrowotna jest celem Twojego pobytu za granicą.

② Nieplanowane leczenie za granicą

Jeśli jesteś ubezpieczony(-a) w ramach systemu zabezpieczenia społecznego kraju UE*/EOG*, zakres tego ubezpieczenia obejmuje również **leczenie konieczne ze względów medycznych*** podczas **tymczasowego pobytu** w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*.

- Masz prawo do korzystania z podlegającego zwrotowi leczenia* (diagnoza, konsultacja, opieka medyczna lub chirurgiczna, wystawienie recepty itp.)
- z powodu **nagłej choroby lub urazu**
- podczas tymczasowego pobytu za granicą, np. **podczas urlopu, podróży służbowej, wizyty u rodziny czy wymiany studenckiej.**

Nieplanowane leczenie* oznacza leczenie konieczne ze względów medycznych*, którego **nie można odłożyć** i które jest konieczne, aby uniknąć wymuszonego powrotu pacjenta do kraju zamieszkania przed końcem planowanego okresu pobytu.

Leczenie musi być **nieprzewidziane** i w żadnym wypadku nie może być pierwotną przyczyną pobytu za granicą (planowane leczenie za granicą omówiono w pkt 3).

Należy pamiętać, że system publicznej opieki zdrowotnej nie pokrywa dodatkowych kosztów podróży i pobytu ani dodatkowych kosztów związanych z powrotem do kraju czy z interwencją służb ratownictwa. Koszty te mogą jednak zostać pokryte w ramach dodatkowego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczenia podróżnego.

2.1. Nieplanowane leczenie w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego

Zgodnie z przepisami **rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*** po okazaniu **Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego*** (EKUZ*) masz prawo do:

- otrzymania **opieki zdrowotnej koniecznej ze względów medycznych*** w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*
- **na takich samych warunkach** (opłaty, zasady zwrotu kosztów itp.), jak osoby objęte krajową służbą zdrowia* lub systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* tego kraju, a zatem tak,
- jakbyś był(-a) **pacjentem objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym***, uprawnionym do korzystania z refundowanej lub publicznej opieki zdrowotnej w tym kraju.

[Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego \(EKUZ\)](#)

Na podstawie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i nr 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*, aby uzyskać dostęp do leczenia koniecznego ze względów medycznych podczas podróży za granicę, należy zawsze mieć przy sobie **europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego*** (EKUZ*).

Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego* jest dokumentem potwierdzającym, że jesteś objęty(-a) krajową służbą zdrowia* / systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* kraju UE*/EOG*, w związku z czym w przypadku nagłej choroby lub urazu odniesionego podczas pobytu (urlop, podróż służbowa, wizyta u rodziny itp.) w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii* masz prawo do skorzystania z refundowanej lub państwowej opieki zdrowotnej.

Jakie leczenie obejmuje europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego?

Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego* obejmuje jedynie nieplanowane leczenie* świadczone przez **świadczeniodawcę publicznego**. Zasadniczo karta nie obejmuje leczenia świadczonego przez świadczeniodawców prywatnych / szpitale prywatne, chyba że podmioty te zawarły umowę lub są powiązane z krajową służbą zdrowia* / systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* danego kraju.

UWAGA – Zagraniczni świadczeniodawcy

Aby uzyskać informacje na temat świadczeniodawców publicznych* i prywatnych* uprawnionych do świadczenia refundowanego leczenia (tzn. podmiotów, które zawarły umowę lub są powiązane z krajową służbą zdrowia* / systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego*), skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym* w kraju leczenia*.

Nieplanowane leczenie musi być **nieprzewidziane** i w żadnym wypadku nie może być pierwotną przyczyną pobytu za granicą. Nieplanowane leczenie można określić jako:

- leczenie **konieczne ze względów medycznych***
- leczenie spowodowane **nagłą chorobą lub urazem**
- leczenie, którego **nie można odłożyć**, oraz
- leczenie, które jest konieczne, **aby uniknąć wymuszonego powrotu pacjenta do kraju zamieszkania** przed końcem planowanego okresu pobytu.

Poza tym będziesz mieć prawo wyłącznie do leczenia wchodzącego w **zakres świadczeń zdrowotnych podlegających zwrotowi przez krajową służbę zdrowia* / w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* odwiedzanego kraju**.

W rezultacie możesz uzyskać pokrycie kosztów leczenia nier refundowanego w Twoim kraju zamieszkania*. Możliwa jest także sytuacja odwrotna, mianowicie może się okazać, że pewien rodzaj leczenia przysługujący Ci w Twoim kraju zamieszkania* nie wchodzi w zakres świadczeń przysługujących pacjentom w odwiedzanym kraju. W takim przypadku nie będziesz mieć prawa do uzyskania pokrycia kosztów leczenia otrzymanego w odwiedzanym kraju.

UWAGA – Ostateczną decyzję w sprawie tego, jakie leczenie zostanie przeprowadzone, podejmuje zagraniczny świadczeniodawca (z poszanowaniem przysługującego pacjentowi prawa do świadomej zgody).

Ustalenie, czy leczenie jest konieczne ze względów medycznych*, leży w zakresie kompetencji zagranicznego świadczeniodawcy. Przy ocenie, czy leczenie można odłożyć, uwzględnia się zarówno rodzaj potrzebnego leczenia, jak i planowany okres pobytu pacjenta w odwiedzanym kraju.

Rodzaj przysługującego leczenia zależy od mającego zastosowanie ustawodawstwa w odwiedzanym kraju. Nie można wymagać, aby zagraniczny system publicznej opieki zdrowotnej zapewnił pacjentowi określony rodzaj leczenia, jeśli ten rodzaj leczenia nie jest refundowany w danym kraju, nawet jeśli pacjent ma prawo do takiego leczenia w kraju zamieszkania*.

Choroba przewlekła lub ciąża

Leczenie uważa się za nieplanowane* również wtedy, gdy pacjent cierpi na **chorobę przewlekłą** (np. cukrzycę, astmę, raka lub przewlekłą chorobę nerek) lub gdy jest w **ciąży** i z góry wiadomo, że podczas pobytu za granicą może potrzebować leczenia*. Jeśli bezpośrednim celem podróży nie było skorzystanie z leczenia za granicą, np. poród lub poddanie się leczeniu w związku z ciążą lub chorobą przewlekłą, tego rodzaju leczenie zostanie uznane za nieplanowane leczenie*.

W przypadku choroby przewlekłej wymagającej specjalistycznego sprzętu lub personelu należy wcześniej skontaktować się ze szpitalem lub zakładem opieki zdrowotnej za granicą, aby upewnić się co do dostępności i ciągłości leczenia.

! Ograniczenia w korzystaniu z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego:

- **Obywatele krajów spoza UE*/EOG*** legalnie zamieszkujący w kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii* nie mogą korzystać z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* w przypadku nieplanowanego leczenia podczas tymczasowego pobytu w **Danii, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii**.
- Z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* nie można korzystać w przypadku nieplanowanej opieki medycznej świadczonej przez **świadczeniodawcę prywatnego*** (! z wyjątkiem przypadków, gdy prywatny świadczeniodawca zawarł umowę lub jest powiązany z krajową służbą zdrowia* / systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego*).
- Z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* nie można korzystać w przypadku **planowanej opieki medycznej** (zob. pkt 3).
- Z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* nie można korzystać w celu pokrycia kosztów **interwencji służb ratowniczych czy repatriacji**. Karta nie zastępuje dodatkowego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego* ani ubezpieczenia podróżnego.

Kto może korzystać z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego?

- **Obywatele UE*/EOG*** objęci krajową służbą zdrowia* lub systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* kraju UE*/EOG*
- **Obywatele krajów spoza UE*/EOG*** legalnie zamieszkujący w kraju UE*/EOG* i ubezpieczeni w ramach krajowej służby zdrowia* lub systemu ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* tego kraju. *Obywatele krajów spoza UE*/EOG* legalnie zamieszkujący w kraju UE*/EOG nie mogą jednak korzystać z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* w przypadku nieplanowanego leczenia podczas tymczasowego pobytu w **Danii, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii.***

Ubieganie się o wydanie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego

- O wydanie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* możesz wystąpić **do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego***, która(-y) odpowiada za pokrycie kosztów opieki zdrowotnej w Twoim kraju zamieszkania. W niektórych przypadkach złożenie wniosku o wydanie karty jest możliwe online.
- Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego* jest kartą imienną. **Każdy członek rodziny** powinien posiadać własną kartę.
- Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego* jest wydawana **nieodpłatnie**.
- Zawsze pamiętaj o **zamówieniu karty z dużym wyprzedzeniem**, jeśli planujesz wyjazd za granicę. W razie potrzeby dopilnuj, aby odnowić swoją kartę w odpowiednim terminie.

Koszty i ich zwrot

Pokaż swoją europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego* (EKUZ*) świadczeniodawcy, personelowi szpitalnemu lub farmaceutyce za granicą.

Skorzystasz z leczenia **na takich samych warunkach i po takiej samej cenie, jak pacjenci objęci krajową służbą zdrowia* / ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym* w kraju pobytu** (zob. pkt 6).

Podobnie jak lokalni pacjenci nie będziesz musiał(-a) płacić za leczenie albo pokryjesz jedynie koszty współpłacenia*. W przypadku konieczności pokrycia wszystkich kosztów z góry możesz otrzymać zwrot po powrocie do kraju.

Co zrobić, jeśli nie mam europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego lub nie mogę z niej skorzystać?

Jeśli poddajesz się leczeniu bez ważnej europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* lub nie możesz z niej skorzystać, na przykład ponieważ leczenie odbywa się w szpitalu prywatnym, będziesz leczony(-a) jak **pacjent prywatny**. W takim przypadku możesz

zapłacić za leczenie prywatnie albo złożyć wniosek o zwrot kosztów na podstawie **dyrektywy 2011/24/UE*** (zob. pkt 2.2).

Jeśli potrzebujesz pilnego leczenia, ale zapomniałeś(-aś) zabrać ze sobą europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego*, jak najszybciej skontaktuj się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* kraju zamieszkania. Podmioty te mogą być w stanie dostarczyć lokalnym instytucjom dowód, że jesteś objęty(-a) ubezpieczeniem zdrowotnym, dzięki czemu unikniesz konieczności płacenia z góry.

[Więcej informacji na temat europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego](#)

Aby uzyskać więcej informacji na temat europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* i sposobu korzystania z niej w różnych krajach UE*/EOG* lub w Szwajcarii*, skontaktuj się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* lub z krajowym punktem kontaktowym* w kraju zamieszkania bądź pobierz bezpłatną aplikację EKUZ* stworzoną przez Komisję Europejską.

Potrzebujesz więcej informacji?

- [Komisja Europejska](#)
- [Twoja Europa](#)

2.2. Nieplanowane leczenie w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie dyrektywy 2011/24/UE

Jeśli nie posiadasz ważnej europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* lub nie możesz z niej skorzystać, na przykład ponieważ leczysz się w szpitalu prywatnym lub potrzebujesz leczenia, które nie podlega zwrotowi w kraju leczenia*, lecz podlega zwrotowi w Twoim kraju zamieszkania*, możesz skorzystać z leczenia koniecznego ze względów medycznych* na podstawie **dyrektywy 2011/24/UE***.

Najważniejsze zasady określone w dyrektywie 2011/24/UE*:

- Masz prawo wyłącznie do leczenia, które przysługuje w Twoim kraju zamieszkania.
- Najpierw samodzielnie pokrywasz z góry wszystkie koszty leczenia.
- Po powrocie do kraju możesz wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów* do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania.
- Zastosowane zostaną stawki zwrotu obowiązujące w Twoim kraju zamieszkania.

Na podstawie dyrektywy masz prawo do uzyskania pokrycia kosztów leczenia na takich samych warunkach i po takich samych stawkach, **jak gdyby leczenie zostało przeprowadzone w Twoim kraju zamieszkania.**

Dyrektywa 2011/24/UE obowiązuje również w przypadku opieki zdrowotnej świadczonej w **szpitalu prywatnym** lub przez **świadczeniodawcę prywatnego**, który nie zawarł umowy / nie jest powiązany z systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego*. Jeśli koszty

leczenia **byłyby pokrywane, gdyby leczenie zostało przeprowadzone w Twoim kraju zamieszkania***, masz również prawo do pokrycia kosztów w przypadku otrzymania leczenia w innym kraju UE*/EOG*, niezależnie od tego, czy leczenie prowadzi świadczeniodawca publiczny* czy prywatny*. Dyrektywa 2011/24/UE nie obowiązuje jednak w przypadku leczenia transgranicznego w **Szwajcarii***.

Zwrot kosztów otrzymasz po powrocie do kraju **w wysokości odpowiadającej maksymalnie kwocie, jaka została pokryta, gdyby leczenie zostało przeprowadzone w kraju zamieszkania** (zob. pkt 6).

③ Planowane leczenie za granicą

W przypadku **planowanego leczenia*** udajesz się do innego kraju UE*/EOG* lub do Szwajcarii* z wyraźnym celem poddania się leczeniu*. Pamiętaj, że leczenie zostanie uznane za planowane również w przypadku korzystania z opieki zdrowotnej podczas pobytu za granicą, np. podczas urlopu, jeśli taka opieka zdrowotna nie jest konieczna ze względów medycznych i można ją odłożyć do czasu powrotu do kraju.

W wielu przypadkach warunkiem pokrycia kosztów leczenia za granicą będzie uzyskanie przed wyjazdem za granicę **uprzedniej zgody*** krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju, w którym jesteś ubezpieczony(-a) w ramach systemu zabezpieczenia społecznego (zob. pkt 5).

! UWAGA – Szwajcaria*

Transgraniczna opieka zdrowotna w Szwajcarii* jest wyłączona z zakresu stosowania dyrektywy 2011/24/UE*. Oznacza to, że zgodnie z prawem Unii masz prawo do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej w Szwajcarii* wyłącznie na podstawie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*. Ponadto w niektórych przypadkach na podstawie prawa krajowego mogą Ci przysługiwać dodatkowe prawa i uprawnienia do leczenia w Szwajcarii*. Skontaktuj się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* kraju zamieszkania, aby dowiedzieć się, jakie masz możliwości.

3.1. Planowane leczenie w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego

Ogólna zasada planowanego leczenia za granicą na podstawie rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego

Na podstawie przepisów rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego* masz prawo do uzyskania pokrycia kosztów leczenia otrzymanego w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii, **tak jakbyś był(-a) ubezpieczony(-a) w ramach systemu zabezpieczenia społecznego tego kraju.**

Po uzyskaniu uprzedniej zgody* masz prawo wyjechać do innego państwa członkowskiego UE*/EOG* lub do Szwajcarii* i poddać się leczeniu na takich samych warunkach i po takich samych kosztach, jak pacjenci objęci powszechnym ubezpieczeniem w tym kraju.

Uprzednia zgoda* (formularz S2*)

Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów na podstawie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego* **zawsze** będzie uzyskanie uprzedniego zezwolenia krajowej służby zdrowia* / podmiotu oferującego ustawowe ubezpieczenie zdrowotne* kraju, w którym jesteś ubezpieczony(-a) w ramach systemu zabezpieczenia społecznego (*wyjątkiem są osoby mieszkające poza granicami tego kraju, zob. pkt 12.2*). Zezwolenie takie jest zwane **uprzednią zgodą***. Uprzednia zgoda jest wydawana w momencie wydania europejskiego **formularza S2*** (dawny formularz E112). Więcej

informacji na temat uprzedniej zgody oraz leczenia, którego koszty podlegają zwrotowi, można znaleźć w pkt 5.

Koszty i ich zwrot*

Uzyskasz pokrycie kosztów leczenia za granicą zgodnie z obowiązującymi **stawkami i procedurą płatności w kraju leczenia***. Więcej informacji na temat prawa do uzyskania pokrycia kosztów opieki medycznej zamieszczono w pkt 6.

Ograniczenia w stosowaniu rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego

! Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego* **nie obejmują** następujących przypadków planowanego leczenia* za granicą:

- leczenia świadczonego przez prywatnego świadczeniodawcę* lub w prywatnym szpitalu (z wyjątkiem prywatnych świadczeniodawców*/szpitali, które zawarły umowę / są powiązane z krajową służbą zdrowia* / systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego*)
- usług telemedycznych*, ponieważ w rozporządzeniach wyraźnie zaznaczono wymóg fizycznego przemieszczenia i obecności pacjenta w kraju leczenia, w którym ma siedzibę świadczeniodawca
- leczenia świadczonego bez uprzedniej zgody* krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego*.

3.2. Planowane leczenie w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie dyrektywy 2011/24/UE

Ogólna zasada planowanego leczenia za granicą na podstawie dyrektywy 2011/24/UE

Na podstawie **dyrektywy 2011/24/UE w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej** masz prawo do uzyskania pokrycia kosztów leczenia za granicą, **tak jakby leczenie zostało przeprowadzone w Twoim kraju zamieszkania**.

Najpierw samodzielnie pokrywasz z góry* wszystkie koszty leczenia. Po powrocie do kraju możesz wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania. Otrzymasz zwrot kosztów zgodnie ze **stawkami krajowymi stosowanymi w przypadku świadczenia tego samego leczenia w Twoim kraju zamieszkania** (zob. pkt 6 dotyczący kosztów i ich zwrotu).

Zakres refundowanego leczenia

Jaki rodzaj leczenia przysługuje mi na podstawie dyrektywy 2011/24/UE*?

- Masz prawo wyłącznie do **leczenia wchodzącego w zakres refundowanych świadczeń zdrowotnych** przewidzianych w przepisach o zabezpieczeniu społecznym **Twojego kraju zamieszkania**. Innymi słowy, zwrot kosztów* przysługuje Ci wyłącznie

pod warunkiem, że jesteś uprawniony(-a) do uzyskania pokrycia kosztów tego samego leczenia w swoim kraju zamieszkania*.

- Możesz wybrać świadczeniodawcę* publicznego* lub prywatnego w kraju leczenia*. Leczenie świadczone przez **świadczeniodawcę prywatnego* lub w szpitalu prywatnym również będzie refundowane**, w przeciwieństwie do przypadków, w których zastosowanie mają rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*.
- Dyrektywa 2011/24/UE* ma również zastosowanie do transgranicznych usług **telemedycznych*** (tj. *usług opieki zdrowotnej świadczonych na odległość, z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych*). Nie obowiązuje wymóg fizycznego przemieszczenia i obecności pacjenta w kraju leczenia. Dyrektywa ma zastosowanie, jeśli usługa telemedyczna* jest świadczona przez świadczeniodawcę z siedzibą w innym kraju UE*/EOG*.

Należy mieć na uwadze, że **dyrektywa 2011/24/UE* nie obejmuje następujących usług opieki zdrowotnej**: opieki długoterminowej*, przeszczepiania narządów* ani programów powszechnych szczepień*.

Uprzednia zgoda

Zgodnie z dyrektywą 2011/24/UE* zasadniczo uprzednia zgoda* krajowej służby zdrowia*/ubezpieczyciela zdrowotnego* nie jest wymagana.

W przypadku niektórych rodzajów leczenia prawodawca Unii przyznał jednak państwom członkowskim możliwość wprowadzenia systemu **uprzedniej zgody***. Państwa członkowskie decydują, według własnego uznania, które rodzaje leczenia wymagają uprzedniej zgody*, co skutkuje odmiennymi przepisami w poszczególnych państwach członkowskich. W prawie Unii określono jednak pewne podstawowe zasady dotyczące uprzedniej zgody (zob. pkt 5 dotyczący uprzedniej zgody).

Koszty i ich zwrot

Jeśli zamierzasz skorzystać z leczenia za granicą na warunkach określonych w dyrektywie 2011/24/UE*, musisz **z góry*** pokryć wszystkie koszty leczenia. Następnie po powrocie do kraju możesz wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów* do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania. Otrzymasz zwrot kosztów zgodnie ze **stawkami krajowymi mającymi zastosowanie w przypadku leczenia prowadzonego w kraju zamieszkania** (zob. pkt 6 dotyczący kosztów i ich zwrotu).

Ograniczenia w stosowaniu dyrektywy 2011/24/UE*

! Dyrektywa 2011/24/UE* **nie ma zastosowania** w następujących sytuacjach:

- transgraniczna opieka zdrowotna w Szwajcarii*
- opieka długoterminowa*, przeszczepianie narządów* oraz programy powszechnych szczepień*

- leczenie niepodlegające refundacji przez krajową służbę zdrowia* / w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* w kraju zamieszkania.

3.3. Zalety i wady planowanego leczenia na podstawie przepisów rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego bądź na podstawie przepisów dyrektywy 2011/24/UE

Rozporządzenia w sprawie zabezpieczenia społecznego	Dyrektywa 2011/24/UE*
<p>Zalety</p> <ul style="list-style-type: none"> • Będziesz leczony(-a) jak pacjent objęty powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym • W niektórych przypadkach możesz otrzymać opiekę zdrowotną wykraczającą poza zakres świadczeń objętych refundacją w Twoim kraju zamieszkania* • Ryzyko finansowe, że koszty leczenia za granicą przekroczą koszty leczenia przewidziane w Twoim kraju, ponosi krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* kraju zamieszkania • W większości przypadków leczenie będzie bezpłatne, a Ty pokryjesz jedynie koszty współpłacenia* • Koszty przejazdu i pobytu zostaną pokryte na takich samych zasadach, jak gdyby leczenie było prowadzone w Twoim kraju zamieszkania* • Poprzez zastosowanie dodatku określonego w wyroku w sprawie Vanbraekel* w przypadku planowanego leczenia* możesz uzyskać prawo do zwrotu całości lub części kosztów współpłacenia* • Jeśli koszty są rozliczane bezpośrednio pomiędzy świadczeniodawcą a krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* (płatność przez osobę trzecią*), tłumaczenie faktur nie wiąże się z żadnymi kosztami 	<p>Zalety:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku wielu rodzajów leczenia nie ma obowiązku ubiegania się o uprzednią zgodę* • W przypadku konieczności uzyskania uprzedniej zgody* krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* może odrzucić złożony wniosek wyłącznie na podstawie ściśle określonych podstaw do odmowy • Masz możliwość zasięgnięcia porady świadczeniodawców prywatnych* lub skorzystania z usług szpitali prywatnych • W przypadku wyższych stawek zwrotu kosztów* w Twoim kraju zamieszkania* możesz korzystać z leczenia po niższych kosztach • W przypadku braku wymogu uzyskania uprzedniej zgody* możesz uzyskać leczenie* w krótszym czasie
<p>Wady:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uzyskanie uprzedniej zgody* (formularz S2*) od krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* jest niezbędne, aby skorzystać z dowolnego rodzaju transgranicznej opieki zdrowotnej* • Rozporządzenia z reguły nie mają zastosowania w przypadku szpitali prywatnych i świadczeniodawców prywatnych*, z wyjątkiem szpitali i świadczeniodawców, którzy zawarli umowę lub są powiązani z systemem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego • Jeśli nie posiadasz ważnej karty EKUZ* ani formularza S2*, nie masz prawa do uzyskania pokrycia kosztów 	<p>Wady:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osobiście ponosisz ryzyko finansowe, jeśli koszty leczenia za granicą przekroczą koszty leczenia w Twoim kraju • Musisz pokryć wszystkie koszty z góry*, dopiero później możesz ubiegać się o zwrot kosztów* • Zwrot kosztów* przysługuje wyłącznie wtedy, gdy leczenie jest refundowane w Twoim kraju zamieszkania* • Przed wyjazdem za granicę mogą pojawić się wątpliwości związane z tym, które koszty musi ponieść sam pacjent, a które podlegają zwrotowi • Koszty leczenia mogą przekroczyć kwotę pokrywaną przez krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela

zdrowotnego*

- Możesz ponieść koszty związane z tłumaczeniem faktur wymaganych przez krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego*

④ Prawa pacjentów

4.1. Prawo do uzyskania informacji i wyrażenia świadomej zgody

Jednym z kluczowych celów **dyrektywy 2011/24/UE w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*** jest udzielanie mobilnym pacjentom lepszych informacji na temat ich praw. Skontaktuj się ze swoim **krajowym punktem kontaktowym**, aby uzyskać więcej informacji na temat przysługujących Ci praw i świadczeń w transgranicznej opiece zdrowotnej (zob. pkt 11).

Aby ułatwić korzystanie z praw związanych z leczeniem za granicą, **świadczeniodawca** w państwie członkowskim leczenia ma obowiązek udzielić następujących informacji:

- informacji na temat proponowanego leczenia, w tym informacje na temat procedury leczenia, przewidywanego wyniku, możliwych skutków ubocznych, ryzyka związanego z leczeniem i dalszej opieki*
- informacji na temat alternatywnych sposobów leczenia
- informacji na temat norm jakości i bezpieczeństwa obowiązujących w kraju leczenia
- informacji na temat ceny leczenia i przewidywanych kosztów
- informacji na temat statusu zezwolenia na działalność i rejestracji świadczeniodawcy, który jest potwierdzeniem jego prawa do prowadzenia praktyki lekarskiej
- informacji na temat ubezpieczenia świadczeniodawcy od odpowiedzialności zawodowej.

Masz prawo do wyrażenia **świadomej zgody**. Bardzo ważne jest, aby przed podjęciem jakiegokolwiek decyzji czy zawarciem jakiegokolwiek umowy dostatecznie zrozumieć treść przekazanych informacji. Nigdy nie zgadzaj się na leczenie ani zabieg medyczny, gdy nie rozumiesz wszystkich lub części informacji, które zostały Ci przekazane, oraz gdy uważasz, że potrzebujesz więcej informacji, aby podjąć właściwą decyzję w sprawie świadczeń, które masz otrzymać.

Zadbaj również o to, aby samemu przekazać świadczeniodawcy wszystkie niezbędne informacje i dane na temat stanu zdrowia i historii choroby. Informacje te są niezbędne do zapewnienia bezpiecznej i wysokiej jakości opieki. Należy mieć na uwadze, że niewystarczające informacje mogą doprowadzić do niewłaściwego i potencjalnie szkodliwego leczenia (zapoznaj się również z pkt 4.4 dotyczącym prawa dostępu do dokumentacji medycznej).

Weź również pod uwagę ewentualne bariery językowe między Tobą a świadczeniodawcą. Jeśli Ty i Twój świadczeniodawca posługujecie się innymi językami, nie zapomnij zorganizować tłumaczenia ustnego i pisemnego tłumaczenia dokumentów. W większości przypadków zorganizowanie **tłumaczenia** leży w gestii pacjenta.

4.2. Prawo do wyboru świadczeniodawcy

Masz prawo do **swobodnego wyboru świadczeniodawcy lub szpitala** w każdym kraju UE*/EOG*. Możesz wyjechać za granicę, aby skorzystać z usług renomowanego specjalisty. W przypadku wątpliwości lub zmiany zdania masz prawo do odmowy poddania się leczeniu lub zabiegom medycznym.

Pamiętaj, że w przypadku specjalistycznego leczenia możesz potrzebować **skierowania** od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w kraju zamieszkania lub w państwie członkowskim leczenia. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym*.

Przed wyborem świadczeniodawcy upewnij się, że zgromadziłeś(-aś) wystarczające informacje na temat:

- licencji świadczeniodawcy upoważniającej go do prowadzenia praktyki lekarskiej
- statusu zabezpieczenia społecznego świadczeniodawcy, tj. informacje o tym, czy świadczeniodawca jest uprawniony do świadczenia usług w ramach systemu zabezpieczenia społecznego – czy jest to świadczeniodawca publiczny czy prywatny
- norm jakości i bezpieczeństwa, którym podlega świadczeniodawca.

Informacje na temat świadczeniodawcy można uzyskać w krajowym punkcie kontaktowym w kraju leczenia oraz od krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* danego kraju.

Pamiętaj, że nie każdy rodzaj opieki Ci przysługuje. To świadczeniodawca decyduje, jaki rodzaj leczenia lub zabiegu jest najodpowiedniejszy ze względów medycznych, biorąc pod uwagę Twój aktualny stan zdrowia i historię choroby.

Krajowy punkt kontaktowy* w kraju leczenia może udzielić więcej szczegółowych informacji na temat świadczeniodawców, szpitali i zakładów opieki zdrowotnej w tym kraju.

4.3. Prawo do dostępności szpitali dla pacjentów niepełnosprawnych

Zgodnie z Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych* państwa członkowskie mają obowiązek **umożliwić osobom niepełnosprawnym dostęp do obiektów publicznych – w tym technologii i systemów informacyjno-komunikacyjnych, takich jak internet – na takich samych zasadach, jak osobom pełnosprawnym**. W tym celu państwa członkowskie mają obowiązek zastosowania wszelkich środków służących określeniu i wyeliminowaniu przeszkód i barier w dostępności. Wszystkie publicznie dostępne powierzchnie szpitala lub zakładu opieki zdrowotnej za granicą, takie jak np.

recepcja, parking, korytarze, toalety, windy i punkty gastronomiczne, powinny być łatwo dostępne dla osób niepełnosprawnych.

Przed wyjazdem za granicę przysługuje Ci prawo do uzyskania informacji na temat dostępności szpitala lub zakładu opieki zdrowotnej za granicą, a także na temat dodatkowych świadczonych usług gwarantujących osobom niepełnosprawnym możliwość poruszania się po obiektach i korzystania z nich. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym* w kraju leczenia*.

4.4. Prawo dostępu do kopii dokumentacji medycznej

Masz prawo zażądać od świadczeniodawcy za granicą, aby prowadził Twoją **dokumentację medyczną***. Co więcej, bardzo ważne jest, aby zawsze zwracać się o to do zagranicznego świadczeniodawcy. Prowadzenie dokumentacji medycznej* może być potrzebne do zorganizowania odpowiedniej dalszej opieki* oraz do odwołania się w przypadku niezadowolenia pacjenta z leczenia.

Dodatkowo masz **prawo dostępu do kopii wszystkich danych osobowych* dotyczących Twojego stanu zdrowia lub otrzymania co najmniej jednej kopii tych danych**. W szczególności masz prawo dostępu do kopii swojej **dokumentacji medycznej*** zawierającej takie informacje, jak diagnoza, wyniki badań, oceny przeprowadzone przez świadczeniodawców prowadzących leczenie, a także informacje na temat podjętego leczenia czy przeprowadzonych zabiegów. Twoje szczególne prawa dostępu do dokumentacji medycznej* będą zależały od ustawodawstwa kraju leczenia. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym w kraju leczenia.

Należy pamiętać, że w przypadku konieczności przesłania lekarzowi dokumentacji medycznej z kraju zamieszkania, może zaistnieć konieczność zapewnienia tłumaczenia.

4.5. Prawo do dalszej opieki

Jeśli poddałeś(-aś) się leczeniu za granicą i konieczne są dalsze badania, masz prawo do **odpowiedniej dalszej opieki* o równorzędnej jakości w swoim kraju zamieszkania**. Dalsza opieka* będzie świadczona tak, jakby samo leczenie lub zabieg* również zostały przeprowadzone w kraju zamieszkania, a nie za granicą.

Dopilnuj, aby zagraniczni świadczeniodawcy przekazali Twoją dokumentację medyczną, lub postaraj się o jej kopię, aby móc ją przedstawić swoim świadczeniodawcom po powrocie do kraju. W ten sposób można zorganizować odpowiednią dalszą opiekę. W razie potrzeby należy zorganizować tłumaczenie dokumentów.

Poinformuj również świadczeniodawcę wystawiającego receptę o swoim zamiarze zrealizowania recepty* na leki lub wyroby medyczne w aptece w kraju zamieszkania. Dzięki temu świadczeniodawca wystawiający receptę będzie mógł ją wystawić zgodnie z wytycznymi dotyczącymi transgranicznego wykorzystania (zob. pkt 10 dotyczący wystawiania recept za granicą).

4.6. Prawo do odwołania się od decyzji dotyczących uprzedniej zgody i zwrotu kosztów

Masz prawo **odwołać się od każdej decyzji krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* Twojego kraju zamieszkania** dotyczącej procesu korzystania z opieki zdrowotnej za granicą.

Jeśli nie jesteś zadowolony(-a) z decyzji krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* dotyczącej wniosku o udzielenie uprzedniej zgody, masz prawo odwołać się od tej decyzji. Dotyczy to również decyzji dotyczących zwrotu kosztów poniesionych za granicą.

Twoje szczegółowe prawa i uprawnienia do odwołania się będą zależały od mającego zastosowanie ustawodawstwa Twojego kraju zamieszkania. Skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym w kraju zamieszkania, aby uzyskać więcej informacji na temat tego, gdzie skierować odwołanie, jakie masz możliwości proceduralne, jakie są przewidywane terminy wydania decyzji oraz jakie są ewentualne koszty administracyjne.

4.7. Prawo do wniesienia skargi i dochodzenia roszczenia

Jeśli nie jesteś zadowolony(-a) z leczenia za granicą, masz **prawo do wniesienia skargi i dochodzenia roszczeń**.

Ponieważ leczenie za granicą jest świadczone w ramach przepisów i systemu ubezpieczenia zdrowotnego kraju leczenia*, wspomniane przepisy i system ubezpieczenia będą miały zastosowanie w przypadku ewentualnych urazów spowodowanych leczeniem. Skargi i roszczenia będą rozpatrywane w ramach systemu ubezpieczenia obowiązującego w kraju leczenia*.

Skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym* w kraju leczenia*, aby uzyskać więcej informacji na temat możliwości wniesienia skargi, rozstrzygania sporów i dochodzenia roszczeń. Zapoznaj się z poszczególnymi obowiązującymi procedurami w ramach postępowania administracyjnego, cywilnego i karnego oraz dowiedz się, do których instytucji należy się zwrócić, jakie kroki należy podjąć, jakie terminy obowiązują oraz jakie są przewidywane koszty postępowania.

4.8. Prawo do ochrony prywatności

Masz prawo do **ochrony danych osobowych*** zebranych i udokumentowanych przez zagranicznych świadczeniodawców prowadzących leczenie lub szpital, w którym odbyłeś(-aś) leczenie, bądź krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju leczenia oraz do uzyskania informacji o wszelkich innych przypadkach gromadzenia, przetwarzania lub wykorzystywania Twoich danych osobowych. Zastosowanie będą miały przepisy dotyczące ochrony danych obowiązujące w kraju leczenia.

Zgodnie z dyrektywą 95/46/WE* państwa członkowskie UE mają obowiązek zapewnienia minimalnego poziomu ochrony danych. Szczegółowa treść ustawodawstwa krajowego w zakresie ochrony danych różni się jednak w poszczególnych państwach członkowskich.

Ogólne rozporządzenie o ochronie danych* jest nowym instrumentem prawnym Unii służącym ochronie danych osobowych. W rozporządzeniu przewidziano nowe zabezpieczenia zapewniające ochronę danych osobowych* przed niewłaściwym wykorzystaniem lub przywłaszczeniem. Na mocy tego rozporządzenia uzyskujesz jednakowy poziom ochrony w każdym państwie członkowskim UE*.

Dowiedz się, jakie masz prawa i uprawnienia w zakresie ochrony danych osobowych* udokumentowanych za granicą.

4.9. Prawo do równych stawek za leczenie

Zgodnie z dyrektywą 2011/24/UE świadczeniodawcy mają obowiązek stosowania **takich samych stawek opłat** za opiekę zdrowotną świadczoną na rzecz pacjentów przyjeżdżających z zagranicy, jak w przypadku pacjentów krajowych znajdujących się w porównywalnej sytuacji zdrowotnej. Zagraniczny świadczeniodawca prowadzący Twoje leczenie nie ma prawa naliczać dodatkowych kosztów wyłącznie na podstawie faktu, że jesteś pacjentem przyjeżdżającym z innego kraju UE*/EOG*.

Przed wyjazdem za granicę zbierz informacje dotyczące opłat i kosztów opieki zdrowotnej świadczonej przez świadczeniodawcę w kraju leczenia*.

4.10. Prawa w kraju leczenia

Jeśli zamierzasz skorzystać z opieki zdrowotnej za granicą, będą przysługiwać Ci te same prawa pacjentów, co pacjentom krajowym, w tym:

- prawa pacjentów do skorzystania z leczenia
- prawa pacjentów do odmowy poddania się leczeniu
- prawa pacjentów do uzyskania informacji i wyrażenia świadomej zgody
- prawa pacjentów do ochrony prywatności
- prawa pacjentów do dostępu do dokumentacji medycznej*
- prawa pacjentów do leczenia wysokiej jakości oraz bezpieczeństwa pacjentów
- prawa pacjentów do wniesienia skargi i dochodzenia roszczeń
- ...

Aby uzyskać więcej informacji na temat praw przysługujących pacjentom w kraju leczenia*, skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym* w tym kraju.

⑤ Uprzednia zgoda na planowane leczenie

5.1. Uprzednia zgoda na podstawie rozporządzenia (WE) nr 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego

Jeśli chcesz uzyskać dostęp do leczenia* za granicą na podstawie rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego*, musisz uzyskać **uprzednią zgodę*** krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju, w którym jesteś ubezpieczony(-a) w ramach systemu zabezpieczenia społecznego (*wyjątkiem są osoby mieszkające poza granicami tego kraju, zob. pkt 12.2*), w przypadku każdego rodzaju leczenia, zarówno leczenia stacjonarnego, jak i leczenia ambulatoryjnego.

Uprzednia zgoda jest wydawana w momencie wydania europejskiego **formularza S2*** (dawny formularz E112). Dokument ten należy przedstawić jako dowód uzyskania uprzedniej zgody* i przedłożyć przed wyjazdem na leczenie za granicą.

Decyzję o udzieleniu lub odmowie udzielenia uprzedniej zgody* zazwyczaj podejmuje krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* według własnego uznania. Twój wniosek może zostać odrzucony z różnych powodów. Na przykład krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* może odmówić wydania formularza S2* z uwagi na fakt, że leczenie nie należy do świadczeń zdrowotnych refundowanych przez krajową służbę zdrowia* / w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* w Twoim kraju zamieszkania*.

Udzielenia uprzedniej zgody* nie można jednak odmówić, w przypadku gdy:

- leczenie należy do świadczeń zdrowotnych objętych systemem zabezpieczenia społecznego Twojego kraju zamieszkania (innymi słowy, przysługuje Ci prawo do takiego leczenia w Twoim kraju) *oraz* gdy
- nie możesz skorzystać z takiego leczenia w terminie uzasadnionym ze względów medycznych, biorąc pod uwagę Twój aktualny stan zdrowia i prawdopodobny przebieg choroby.

UWAGA – Choroby rzadkie

W związku z tym, że krajowe służby zdrowia* lub ubezpieczyciele zdrowotni* decydują, według własnego uznania, o ewentualnym udzieleniu zgody na leczenie za granicą, **pacjenci cierpiący na rzadkie choroby** mogą skorzystać z możliwości leczenia w innym państwie członkowskim UE*/EOG* lub w Szwajcarii* na podstawie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego* nawet w przypadku **diagnostyki i leczenia, które nie są dostępne w ich kraju zamieszkania***. Upřednia zgoda może zostać udzielona, o ile dane leczenie jest objęte systemem ubezpieczenia w kraju leczenia.

! Uwaga: W przypadku diagnostyki i leczenia, które nie są dostępne w Twoim kraju zamieszkania, masz jedynie prawo do wystąpienia o upřednią zgodę*. Udzielenie upředniej zgody pozostaje w gestii krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego*. Zgoda musi jednak zostać udzielona na wniosek w każdej sytuacji, gdy leczenie jest objęte systemem ubezpieczenia w Twoim kraju zamieszkania* i nie może zostać zapewnione w tym kraju w terminie uzasadnionym ze względów medycznych, biorąc pod uwagę Twój stan zdrowia.

W przypadku choroby rzadkiej należy się również zapoznać z **europejskimi sieciami referencyjnymi* (ERN)**, które są wirtualnymi sieciami skupiającymi wyspecjalizowanych świadczeniodawców z całej Europy. Więcej informacji można znaleźć na stronie: www.europa.eu/youreurope

5.2. Upřednia zgoda na podstawie dyrektywy 2011/24/UE

W przypadku niektórych rodzajów leczenia państwa członkowskie mają możliwość wprowadzenia systemu **upředniej zgody***. Państwa członkowskie decydują, według własnego uznania, które rodzaje leczenia wymagają upředniej zgody*, co skutkuje odmiennymi przepisami w poszczególnych państwach członkowskich. W prawie Unii określono jednak pewne podstawowe zasady dotyczące upředniej zgody.

Upřednia zgoda może być wymagana tylko w przypadku niektórych kategorii opieki zdrowotnej, takich jak:

- opieka zdrowotna obejmująca **pobyt w szpitalu przez noc**
- opieka zdrowotna wymagająca użycia **wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub aparatury medycznej**
- opieka zdrowotna stwarzająca zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta (**zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta***) lub dla bezpieczeństwa ogółu społeczeństwa (**zagrożenie dla bezpieczeństwa ogółu społeczeństwa***)
- opieka zdrowotna świadczona przez świadczeniodawcę, która – w zależności od przypadku – może budzić poważne i konkretne **obawy dotyczące jakości i bezpieczeństwa opieki**.

Wniosek o udzielenie upředniej zgody może zostać odrzucony tylko w przypadku, gdy:

- leczenie stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta (**zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta***) lub dla bezpieczeństwa ogółu społeczeństwa (**zagrożenie dla bezpieczeństwa ogółu społeczeństwa***)
- leczenie świadczone przez świadczeniodawcę – w zależności od przypadku – może budzić poważne i konkretne **obawy dotyczące jakości i bezpieczeństwa opieki**
- leczenie może również zostać zapewnione **na terytorium państwa członkowskiego w terminie uzasadnionym ze względów medycznych**, biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia i prawdopodobny przebieg choroby.

Udzienia upředniej zgody nie można odmówić, gdy:

- pacjent ma **prawo do danego leczenia w ramach systemu krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* w swoim kraju zamieszkania oraz**
- leczenie **nie może zostać przeprowadzone na terytorium tego kraju w terminie uzasadnionym ze względów medycznych**, biorąc pod uwagę:
 - obiektywną ocenę medyczną stanu zdrowia pacjenta
 - historię i prawdopodobny przebieg choroby
 - natężenie bólu lub charakter niepełnosprawności pacjenta w momencie złożenia wniosku.

Przed wyjazdem za granicę należy zawsze skonsultować się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* w celu uzyskania informacji o tym, który rodzaj leczenia wymaga upředniej zgody*, o procedurze uzyskania upředniej zgody* oraz o przewidywanym terminie otrzymania decyzji. Niezależnie od konkretnej procedury krajowej masz prawo do otrzymania decyzji w rozsądnym terminie.

5.3. Pierwszeństwo rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*

UWAGA: rozporządzenia w sprawie zabezpieczenia społecznego mają pierwszeństwo, chyba że wplynie wyraźny wniosek o zastosowanie dyrektywy*

Jeśli ubiegasz się o uprzednią zgodę* potrzebną do skorzystania z leczenia za granicą, które wiąże się z nocnym pobytem w szpitalu lub zastosowaniem wysoce specjalistycznego i kosztownego sprzętu medycznego, krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* zawsze najpierw rozważy możliwość zastosowania rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*.

Jeśli spełnione są warunki skorzystania z leczenia na podstawie tych rozporządzeń, krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* automatycznie udzieli uprzedniej zgody* na podstawie rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego* (formularz S2*). Jeśli jednak wolisz skorzystać z leczenia na podstawie dyrektywy 2011/24/UE*, musisz zwrócić się z wyraźnym wnioskiem w tej sprawie do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* Twojego kraju pochodzenia.

⑥ Koszty i ich zwrot

6. 1. Koszty i ich zwrot na podstawie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego

Stawki stosowane w kraju leczenia

Po okazaniu ważnej europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* (nieplanowane leczenie*) lub formularza S2* (planowane leczenie) będziesz leczony(-a) **na takich samych warunkach i po takiej samej cenie, jak pacjenci objęci krajową służbą zdrowia* / ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym* w kraju pobytu.**

W związku z tym zastosowanie ma stawka zwrotu kosztów w kraju leczenia*.

Metoda płatności stosowana w kraju leczenia

Również sposób dokonywania płatności będzie zależał od ustawodawstwa kraju leczenia.

1) Jeśli leczenie, którego potrzebujesz, jest bezpłatne dla lokalnych mieszkańców – innymi słowy, jeśli istnieje system płatności przez osobę trzecią*:

- albo nic nie będziesz musiał płacić, albo będziesz musiał zapłacić tylko część kosztów jako pacjent (współpłacenie)
- koszty będą rozliczane bezpośrednio między świadczeniodawcą za granicą a krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* w tym kraju. Następnie krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* kraju leczenia skontaktuje się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* kraju zamieszkania w celu uzyskania zwrotu.

2) W przypadku konieczności zapłaty za leczenie:

- możesz zwrócić się o zwrot kosztów bezpośrednio do lokalnej krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* w trakcie swojego pobytu w odwiedzanym kraju. Następnie zagraniczna służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* kraju leczenia skontaktuje się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* kraju zamieszkania w celu odzyskania środków
- lub możesz ubiegać się o zwrot kosztów* od własnej krajowej służby zdrowia* / własnego ubezpieczyciela zdrowotnego* po powrocie do kraju.

Współpłacenie

Bez względu na to, która procedura płatności ma zastosowanie, **pacjent ponosi jedynie koszty związane ze współpłaceniem**, czyli udział własny. Wysokość kwoty współpłacenia* będzie zależała od ustawodawstwa obowiązującego w kraju leczenia*. W związku z tym zapłacisz taką samą kwotę, jak pacjent lokalny.

Jednak w przypadku planowanego leczenia* możesz mieć możliwość uzyskania pokrycia całości lub części kwoty współpłacenia*. Dodatek określony w wyroku w sprawie **Vanbraekel*** musi zostać opłacony przez krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego*, gdy koszty poniesione w związku z leczeniem za granicą przez ten podmiot są niższe od kosztów, jakie musiałyby zostać poniesione w przypadku leczenia na terytorium jego kraju.

Mówiąc dokładniej, jeśli stawka kosztów leczenia obowiązująca w Twoim kraju zamieszkania jest wyższa niż stawka obowiązująca w kraju leczenia, otrzymasz zwrot kosztów do wysokości kwoty, jaka zostałaby poniesiona, gdyby leczenie zostało przeprowadzone w kraju zamieszkania (do wysokości faktycznych wydatków poniesionych na leczenie za granicą).

Pamiętaj, aby w stosownych przypadkach złożyć wniosek o uzupełniający zwrot w ramach dodatku określonego w wyroku w sprawie Vanbraekel*.

Dodatkowe koszty podróży i pobytu

Ogólnie rzecz biorąc, pokrywane są jedynie koszty leczenia. Dodatkowe koszty podróży i pobytu, takie jak koszty zakwaterowania, transportu lub utrzymania, a także koszty osoby towarzyszącej nie są pokrywane. Masz jednak prawo do zwrotu dodatkowych kosztów, które krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* musieliby pokryć, gdyby takie samo leczenie było prowadzone na terytorium ich własnego kraju.

Więcej informacji na temat wysokości kosztów, które są pokrywane, oraz kosztów, które ostatecznie musi ponieść sam pacjent, udzieli krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* lub krajowy punkt kontaktowy*.

6. 2. Koszty i ich zwrot na podstawie dyrektywy 2011/24/UE

Stawki stosowane w kraju zamieszkania

Przysługuje Ci prawo do zwrotu kosztów zgodnie ze **stawkami krajowymi stosowanymi w przypadku, gdyby leczenie zostało przeprowadzone nie za granicą, ale w Twoim państwie członkowskim**. W związku z tym zastosowanie będzie miała stawka obowiązująca w kraju zamieszkania.

Płatność z góry

Najpierw samodzielnie pokrywasz z góry wszystkie koszty leczenia. Następnie po powrocie do kraju możesz wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów* do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego*. Otrzymasz wówczas zwrot kosztów zgodnie z zasadami i stawkami stosowanymi przez system zabezpieczenia społecznego Twojego kraju zamieszkania. Przysługująca Ci kwota nie może być wyższa niż faktyczne koszty leczenia za granicą.

Aby móc uwzględnić Twój wniosek o zwrot kosztów, krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* może wymagać od Ciebie przedstawienia wszelkiego rodzaju dokumentów potwierdzających dokładny przebieg leczenia oraz poniesione koszty. Sprawdź wcześniej, jakie dokumenty należy zebrać. Poza tym krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* może wymagać przetłumaczenia dokumentów na język ojczysty. Być może będziesz musiał(-a) ponieść **koszty tłumaczenia**.

Współpłacenie

Pamiętaj, że koszty zostaną zwrócone jedynie do wysokości stawki stosowanej w Twoim kraju zamieszkania, która może być niższa od stawki, jaką zapłaciłeś(-aś) za leczenie za granicą. W związku z tym istnieje prawdopodobieństwo, że sam(-a) poniesiesz dużą część kosztów leczenia. Możliwa jest jednak również sytuacja odwrotna, tj. stawki obowiązujące w Twoim kraju zamieszkania* mogą być wyższe niż stawki obowiązujące w kraju leczenia*. Może się wówczas zdarzyć, że otrzymasz zwrot wszystkich kosztów leczenia poniesionych za granicą. Dokładna kwota kosztów, które będziesz musiał(-a) ostatecznie ponieść, będzie zatem w pełni uzależniona od systemu zwrotu kosztów stosowanego w Twoim kraju zamieszkania*.

Nie zapomnij zwrócić się do świadczeniodawcy za granicą o zestawienie łącznych kosztów, których należy się spodziewać, a także ewentualnych dodatkowych kosztów, które nie są uwzględnione w cenie. Ogólnie rzecz biorąc, na podstawie dyrektywy 2011/24/UE* można pokryć jedynie koszty bezpośrednio związane z określonym leczeniem. Koszty dodatkowe, takie jak koszty podróży i pobytu lub wydatki na zakup leków przeciwbólowych bez recepty, będziesz musiał(-a) pokryć samodzielnie. Państwa członkowskie mogą według własnego uznania zwrócić inne powiązane koszty oprócz kosztów leczenia, takie jak koszty podróży i zakwaterowania lub dodatkowe koszty, jakie mogą ponieść osoby niepełnosprawne podczas leczenia za granicą.

Przed wyjazdem za granicę zawsze konsultuj się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym*, aby uzyskać informacje na temat przewidywanych kosztów i stawek zwrotu. Postaraj się ustalić, jakie koszty prawdopodobnie będziesz musiał(-a) ostatecznie pokryć samodzielnie.

Poza tym sprawdź wcześniej, do której instytucji należy wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów, jakie są obowiązujące procedury i terminy oraz jakie niezbędne dokumenty należy przedstawić.

⑦ Jakość i bezpieczeństwo

Masz prawo do bezpiecznego **leczenia wysokiej jakości** w dowolnym kraju UE*/EOG*.

Dowiedz się, jakie normy bezpieczeństwa i jakości obowiązują w kraju leczenia i którzy świadczeniodawcy im podlegają. Upewnij się, że zgromadziłeś(-aś) wystarczające informacje na temat systemu opieki zdrowotnej, w którym chcesz skorzystać z leczenia. Krajowy punkt kontaktowy* kraju leczenia* udzieli Ci wszelkich niezbędnych informacji dotyczących tych kwestii.

W każdym przypadku, przed podjęciem jakichkolwiek zobowiązań dotyczących leczenia za granicą, skonsultuj się ze swoim lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej*. Ponieważ lekarz POZ ma najlepszą wiedzę na temat Twojego aktualnego stanu zdrowia i przebiegu choroby, może Ci pomóc w podjęciu najlepszej decyzji dotyczącej planów leczenia za granicą. Możesz również skorzystać z konsultacji z innymi podmiotami, takimi jak wyspecjalizowani świadczeniodawcy, organizacje pacjentów, a nawet znajomi, o których wiesz, że mają doświadczenie w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej. Im więcej informacji jesteś w stanie zebrać, tym lepiej.

Ponadto zbierz potrzebne informacje i dokonaj odpowiednich ustaleń, m.in.:

- zbierz informacje o leczeniu, w tym informacje na temat alternatywnych sposobów leczenia, procedury leczenia, przewidywanego wyniku, możliwych skutków ubocznych i zagrożeń
- zbierz informacje na temat świadczeniodawcy, szpitala lub zakładu opieki zdrowotnej, z którego usług chcesz skorzystać
- dowiedz się, co zrobić i z kim się skontaktować w przypadku wystąpienia nieprawidłowości w leczeniu
- w razie potrzeby zorganizuj tłumacza ustnego
- zorganizuj przekazanie i przetłumaczenie dokumentacji medycznej
- zorganizuj dalszą opiekę.

Jeśli nie jesteś zadowolony(-a) z przeprowadzonego leczenia lub zabiegu, masz prawo wnieść skargę i dochodzić roszczeń zgodnie z przepisami obowiązującymi w kraju leczenia (zob. pkt 9.2).

⑧ Dokumentacja medyczna

8. 1. Prawo do prowadzenia dokumentacji medycznej

Masz prawo zażądać od świadczeniodawcy za granicą, aby prowadził Twoją **dokumentację medyczną***. Co więcej, bardzo ważne jest, aby zawsze zwracać się o to do zagranicznego świadczeniodawcy.

Prowadzenie dokumentacji medycznej* może być ważne w przypadku:

- organizowania odpowiedniej dalszej opieki*
- przedstawienia dowodu otrzymania leczenia za granicą, niezbędnego do ubiegania się o zwrot kosztów
- dochodzenia roszczeń w przypadku niezadowolenia z opieki.

Musisz wiedzieć, że masz prawo do **ochrony danych osobowych*** zebranych i udokumentowanych przez zagranicznych świadczeniodawców prowadzących leczenie lub szpital, w którym odbyłeś(-aś) leczenie, bądź krajową służbę zdrowia* / zagranicznego ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju leczenia oraz do uzyskania informacji o wszelkich innych przypadkach gromadzenia, przetwarzania lub wykorzystywania Twoich danych osobowych (zob. pkt 4.8 dotyczący praw pacjentów do prywatności).

8. 2. Prawo dostępu do kopii dokumentacji medycznej

Masz **prawo dostępu do kopii** wszystkich danych osobowych dotyczących Twojego stanu zdrowia. W szczególności masz prawo dostępu do kopii swojej **dokumentacji medycznej*** zawierającej takie informacje, jak diagnoza, wyniki badań, oceny przeprowadzone przez świadczeniodawców prowadzących leczenie, a także informacje na temat podjętego leczenia czy przeprowadzonych zabiegów. Twoje szczególne prawa dostępu do dokumentacji medycznej* będą zależały od ustawodawstwa kraju leczenia. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym w kraju leczenia.

8. 3. Prawo do przekazywania dokumentacji medycznej

Pamiętaj o niebezpieczeństwie szkody, jaka może powstać w wyniku poddania się leczeniu lub zabiegowi medycznemu bez **przekazania niezbędnej dokumentacji medycznej*** lub jej kopii zagranicznemu świadczeniodawcy. Aby uniknąć otrzymania niewłaściwego i szkodliwego leczenia, bardzo ważne jest, aby świadczeniodawca otrzymał kopię dokumentacji medycznej* pacjenta, co umożliwi mu zapoznanie się z aktualnym stanem zdrowia i przebiegiem choroby oraz podjęcie decyzji w sprawie leczenia leżącej w najlepszym interesie pacjenta.

Masz prawo do wglądu w swoją dokumentację medyczną lub do otrzymania co najmniej jednej jej kopii. Świadczeniodawca musi zapewnić Ci kopię dokumentacji medycznej lub dostęp do niej albo przesłać dokumentację bezpośrednio zagranicznemu świadczeniodawcy, szpitalowi lub zakładowi opieki zdrowotnej. W żadnym wypadku nie poddawaj się leczeniu, jeśli świadczeniodawca nie miał możliwości zapoznać się z Twoją

dokumentacją medyczną, w tym z informacjami na temat przebiegu choroby, wcześniejszej diagnozy, podjętego leczenia i przeprowadzonych zabiegów.

Ponadto po poddaniu się leczeniu za granicą dopilnuj, aby zagraniczni świadczeniodawcy przekazali Twoją dokumentację medyczną lub wykonali jej kopię, abyś mógł/mogła przedstawić ją swoim świadczeniodawcom po powrocie do kraju. W ten sposób można zorganizować odpowiednią dalszą opiekę.

8. 4. Obowiązki pacjentów w zakresie tłumaczeń pisemnych

Jeśli transgraniczną opiekę zdrowotną* zapewnia świadczeniodawca, który posługuje się innym językiem, **nie zapomnij zorganizować tłumaczenia pisemnego** aktualnej dokumentacji medycznej. Dotyczy to również dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę w kraju zamieszkania. W niektórych przypadkach będziesz musiał zorganizować tłumaczenie pisemne przed przedstawieniem zagranicznej dokumentacji medycznej swojemu świadczeniodawcy w kraju zamieszkania, co umożliwi mu zorganizowanie odpowiedniej dalszej opieki i monitorowanie Twojego stanu zdrowia w przyszłości.

Poza tym w wielu przypadkach krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* Twojego kraju zamieszkania będą wymagać przedstawienia dowodu otrzymania opieki zdrowotnej za granicą, zanim przyznają zwrot jakichkolwiek kosztów, w tym np. dokumentacji dotyczącej podjętego leczenia czy przeprowadzonego zabiegu. Możliwe jest również, że przy przedstawianiu tych dokumentów krajowej służbie zdrowia* / ubezpieczycielowi zdrowotnemu* w kontekście wniosku o zwrot kosztów konieczne będzie przedłożenie ich tłumaczenia na język urzędowy kraju zamieszkania.

⑨ Skargi i roszczenia

9.1. Prawo do odwołania się od decyzji dotyczących uprzedniej zgody i zwrotu kosztów

Masz prawo **odwołać się od każdej decyzji krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* Twojego kraju zamieszkania** dotyczącej procesu korzystania z opieki zdrowotnej za granicą.

Jeśli nie jesteś zadowolony(-a) z decyzji krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* dotyczącej wniosku o udzielenie uprzedniej zgody, masz prawo odwołać się od tej decyzji. Dotyczy to również decyzji dotyczących zwrotu kosztów poniesionych za granicą.

Twoje szczegółowe prawa i uprawnienia do odwołania się będą zależały od mającego zastosowanie ustawodawstwa Twojego kraju zamieszkania. Skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym w kraju zamieszkania, aby uzyskać więcej informacji na temat tego, gdzie skierować odwołanie, jakie masz możliwości proceduralne, jakie są przewidywane terminy wydania decyzji oraz jakie są ewentualne koszty administracyjne.

9.2. Prawo do wniesienia skargi i dochodzenia roszczenia

Jeśli nie jesteś zadowolony(-a) z leczenia otrzymanego za granicą, masz **prawo do wniesienia skargi i dochodzenia roszczeń**.

Ponieważ leczenie za granicą jest świadczone w ramach przepisów i systemu ubezpieczenia zdrowotnego kraju leczenia*, wspomniane przepisy i system ubezpieczenia będą miały zastosowanie w przypadku ewentualnych urazów spowodowanych leczeniem. Wniesione przez Ciebie skargi i dochodzone roszczenia, w tym wszelkie działania prawne, będą rozpatrywane zgodnie z przepisami prawa kraju leczenia*.

Skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym* w kraju leczenia*, aby uzyskać więcej informacji na temat możliwości wniesienia skargi, rozstrzygnięcia sporów i dochodzenia roszczeń. Zapoznaj się z poszczególnymi obowiązującymi procedurami w ramach postępowania administracyjnego, cywilnego i karnego oraz dowiedz się, do których instytucji należy się zwrócić, jakie kroki należy podjąć, jakie terminy obowiązują oraz jakie są przewidywane koszty postępowania.

10 Recepta wystawiona za granicą

10.1 Przedstawienie recepty w aptece za granicą / recepty wystawionej za granicą

Recepta* na leki lub wyroby medyczne wystawiona w Twoim kraju jest ważna w każdym kraju UE*/EOG*. Podobnie receptę wystawioną w innym kraju UE*/EOG*, np. w ramach dalszego leczenia w związku z operacją przeprowadzoną za granicą, możesz przedstawić w dowolnej aptece w swoim kraju zamieszkania.

Aby jednak upewnić się, że recepta* zostanie uznana i dobrze odczytana przez zagranicznego farmaceutę, poinformuj swojego świadczeniodawcę, który wystawia receptę, o zamiarze zrealizowania jej za granicą. Farmaceuta przepisze leki lub wyroby medyczne zgodnie z **minimalnymi wymogami informacyjnymi** dotyczącymi recept transgranicznych* (dyrektywa wykonawcza 2012/52/UE*):

- dane dotyczące pacjenta: nazwisko (nazwiska); imię (imiona); data urodzenia
- potwierdzenie autentyczności recepty: data wystawienia
- dane dotyczące świadczeniodawcy, który wystawił receptę: nazwisko (nazwiska); imię (imiona); kwalifikacje zawodowe; dane do bezpośredniego kontaktu (adres e-mail, numer telefonu lub faksu); adres miejsca pracy (w tym nazwa państwa członkowskiego); podpis własnoręczny lub cyfrowy
- dane dotyczące przepisanego produktu: nazwa zwyczajowa (substancja czynna) lub, w wyjątkowych przypadkach, nazwa; postać farmaceutyczna (tabletki, roztwór itp.); ilość; moc; schemat dawkowania.

Ponadto należy zawsze pamiętać, że dany lek może być niedostępny lub niedopuszczony do sprzedaży w innym kraju UE*/EOG*. Z uwagi na fakt, że jest to uregulowane w przepisach krajowych, wszystko zależy od mającego zastosowanie ustawodawstwa kraju, w którym leki lub wyroby medyczne są wydawane. W rezultacie również systemy dawkowania stosowane w aptekach za granicą mogą się różnić między sobą. Dlatego też, w miarę możliwości, zawsze staraj się realizować recepty w kraju, w którym zostały wystawione.

10.2 Koszty i ich zwrot

Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego

Na podstawie ważnej europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* masz prawo do zakupu leków lub wyrobów medycznych na receptę* zgodnie z takimi samymi zasadami i stawkami, jak pacjenci objęci krajową służbą zdrowia* / ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym* w odwiedzonym kraju. Dotyczy to jednak tylko sytuacji, w której recepta została **wystawiona w danym kraju z powodu nagłej choroby lub urazu odniesionego podczas pobytu**.

Uprzednia zgoda (formularz S2*)

Jeśli poddałeś(-aś) się planowanemu leczeniu za granicą za **uprzednią zgodą (formularz S2*)** krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* Twojego kraju zamieszkania oraz otrzymałeś(-aś) receptę od świadczeniodawcy w kraju leczenia, masz

prawo przedstawić tę receptę lokalnemu farmaceucie i korzystać z takich samych zasad i stawek, jak pacjenci objęci krajową służbą zdrowia* / ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym* w odwiedzanym kraju. W rezultacie koszty zakupu leku lub wyrobu medycznego zostaną pokryte i zwrócone zgodnie z przepisami w zakresie zabezpieczenia społecznego kraju leczenia (zob. pkt 6.1 dotyczący kosztów i ich zwrotu na podstawie rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego).

Jeśli nie masz europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego lub posiadasz receptę wystawioną w Twoim kraju zamieszkania

Jeśli nie masz europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* lub posiadasz receptę wystawioną za granicą, będziesz musiał(-a) zapłacić za lek / wyrób medyczny z góry*.

W takim przypadku możesz wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania po powrocie do kraju. Otrzymasz zwrot kosztów zgodnie z **zasadami i stawkami obowiązującymi w kraju zamieszkania** (zob. pkt 6.2 dotyczący kosztów i ich zwrotu na podstawie dyrektywy 2011/24/UE).

11 Krajowe punkty kontaktowe

Zgodnie z dyrektywą 2011/24/UE* każde państwo członkowskie powołało co najmniej jeden krajowy punkt kontaktowy* do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej* (KPK). Państwa członkowskie mogą swobodnie decydować o sposobie organizacji tych KPK. W związku z tym istnieją duże różnice między poszczególnymi państwami. Niektóre KPK są powiązane z krajowym ubezpieczycielem zdrowotnym lub ministerstwem zdrowia, podczas gdy inne są niezależnymi organami.

Głównym zadaniem KPK jest udzielanie pacjentom jasnych i przystępnych informacji na temat wszystkich aspektów dostępu do leczenia* za granicą.

Dokładniej mówiąc, **KPK* w Twoim kraju zamieszkania*** może udzielić Ci informacji na temat:

- Twoich praw i uprawnień do transgranicznej opieki zdrowotnej*
- warunków zwrotu* poniesionych kosztów medycznych
- konieczności uzyskania uprzedniej zgody* i sposobu ubiegania się o nią
- procedur dotyczących wnoszenia odwołania i dochodzenia roszczeń, w przypadku gdy uważasz, że Twoje prawa nie są przestrzegane.

KPK* w kraju leczenia* może udzielić Ci informacji na temat:

- systemu opieki zdrowotnej w tym kraju
- norm i wytycznych dotyczących jakości i bezpieczeństwa, które mają zastosowanie w tym kraju, oraz świadczeniodawców, którzy podlegają tym normom
- dostępności szpitali dla osób niepełnosprawnych
- świadczeniodawców, w tym prawa konkretnego świadczeniodawcy do oferowania leczenia lub wszelkich ograniczeń w tym zakresie
- praw pacjentów w tym kraju, w tym informacji na temat możliwych działań w przypadku wystąpienia nieprawidłowości w leczeniu lub niezadowolenia z leczenia.

Wszystkie KPK mają **własną stronę internetową**, na której można znaleźć istotne informacje na temat leczenia* za granicą (transgraniczna opieka zdrowotna*). Ponadto, aby uzyskać dodatkowe informacje lub zadać indywidualne pytania dotyczące dostępu do opieki zdrowotnej za granicą, pacjenci mogą konsultować się z KPK bezpośrednio, np. telefonicznie lub korzystając z poczty elektronicznej czy internetowego formularza kontaktowego. Wiele KPK obsługuje również pacjentów w biurze KPK. Dane kontaktowe KPK znajdują się na stronie internetowej każdego punktu.

Potrzebne informacje można znaleźć na stronach internetowych krajowych punktów kontaktowych kraju zamieszkania oraz kraju, w którym ma się odbyć leczenie. W przypadku dalszych pytań skontaktuj się bezpośrednio z krajowym punktem kontaktowym.

Dane kontaktowe krajowych punktów kontaktowych w poszczególnych państwach członkowskich można znaleźć na stronie internetowej KPK w kraju zamieszkania lub w odwiedzanym kraju: www.ec.europa.eu/health

12 Mieszkanie za granicą

12.1. Co zrobić, jeśli planujesz osiedlić się za granicą?

Jeśli planujesz osiedlić się w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii, może to mieć wpływ na Twoje zabezpieczenie społeczne. Konkretnie skutki związane z zabezpieczeniem społecznym będą uzależnione od danej sytuacji, przyczyn i długości Twojego pobytu za granicą. Więcej informacji możesz udzielić krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny*.

Zgodnie z przepisami rozporządzeń (WE) nr 883/2004 oraz 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego przy przeprowadzce za granicę zachowujesz prawa i uprawnienia do zabezpieczenia społecznego. To, który kraj będzie odpowiedzialny za Twoje zabezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne, będzie zależało od Twojego statusu ekonomicznego i miejsca zamieszkania. Koniecznie dowiedz się, w ramach którego systemu zabezpieczenia społecznego jesteś ubezpieczony(-a), ponieważ będzie to kraj, w którym musisz sobie zorganizować publiczne ubezpieczenie zdrowotne, opłacać składki/podatki i w którym masz prawo korzystać ze świadczeń zdrowotnych na koszt tego właśnie kraju.

Przegląd poszczególnych możliwych sytuacji:

1. Pracownicy przygraniczni i członkowie ich rodzin
2. Pracownicy najemni i osoby pracujące na własny rachunek oddelegowani na krótki okres (krótszy niż 24 miesiące)
3. Studenci, naukowcy lub stażyści za granicą
4. Osoby mieszkające i pracujące w innym kraju
5. Osoby pracujące w jednym kraju, a mieszkające w innym
6. Emeryci osiedlający się za granicą

1. Pracownicy przygraniczni i członkowie ich rodzin

Jeśli jesteś **pracownikiem przygranicznym***, czyli osobą wykonującą pracę najemną lub na własny rachunek w jednym kraju i mieszkającą w innym kraju, do którego powracasz każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu, Ty i członkowie Twojej rodziny **macie prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w obu krajach.** (Uwaga: niektóre państwa wyłączyły z tego szczególnego ustalenia członków rodziny pracownika przygranicznego* – zob. w dalszej części dokumentu.)

Będziesz musiał(-a) wystąpić z wnioskiem o wydanie europejskiego **formularza S1*** do Twojej krajowej służby zdrowia* / Twojego ubezpieczyciela zdrowotnego*. Na podstawie tego formularza będziesz uprawniony(-a) do korzystania z opieki zdrowotnej w kraju zamieszkania w imieniu kraju zatrudnienia (nazywanego również właściwym krajem*).

Po przybyciu do kraju przyjmującego przekaz formularz S1* krajowej służbie zdrowia* / ubezpieczycielowi zdrowotnemu*.

Członkowie rodziny pracownika przygranicznego zamieszkujący w państwach członkowskich wymienionych w załączniku III do rozporządzenia nr 883/2004* są uprawnieni jedynie do opieki zdrowotnej w swoim kraju zamieszkania. Jeśli członkowie rodzin chcą skorzystać z opieki zdrowotnej w kraju, w którym wykonywana jest praca (tj. we właściwym państwie członkowskim), zastosowanie mają ogólne zasady dotyczące nieplanowanego i planowanego leczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego oraz dyrektywy 2011/24/UE.

2. Pracownicy najemni i osoby pracujące na własny rachunek oddelegowani na krótki okres (krótszy niż 24 miesiące)

Pracownicy wykonujący pracę najemną w kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*, którzy zostali **oddelegowani do innego państwa członkowskiego** w celu wykonywania pracy w imieniu swojego pracodawcy, nadal podlegają ustawodawstwu w zakresie zabezpieczenia społecznego pierwszego państwa członkowskiego, gdy okres oddelegowania nie przekracza **24 miesięcy**.

To samo dotyczy osób pracujących na własny rachunek, które normalnie prowadzą działalność w kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii* i które prowadzą podobną działalność w innym państwie członkowskim, pod warunkiem że działalność ta trwa nie dłużej niż 24 miesiące.

Będziesz musiał(-a) wystąpić z wnioskiem o wydanie europejskiego **formularza S1*** do Twojej krajowej służby zdrowia* / Twojego ubezpieczyciela zdrowotnego*. Na podstawie tego formularza będziesz uprawniony(-a) do korzystania z opieki zdrowotnej w kraju zamieszkania w imieniu kraju zatrudnienia (nazywanego również właściwym krajem*).

Po przybyciu do kraju przyjmującego przekaż formularz S1* krajowej służbie zdrowia* / ubezpieczycielowi zdrowotnemu*.

3. Studenci, naukowcy i stażyści za granicą

Jeśli jesteś **studentem, naukowcem lub stażystą za granicą** i nie jesteś zatrudniony w kraju przyjmującym, masz prawo do opieki zdrowotnej w tym kraju na podstawie ważnej europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* (w przypadku leczenia koniecznego ze względów medycznych*) lub formularza S2 (w przypadku planowanej opieki zdrowotnej) bądź na podstawie dyrektywy 2011/24/UE (zob. pkt 1 dotyczący opieki zdrowotnej za granicą).

Jeśli jesteś jednak zatrudniony(-a) w kraju przyjmującym, będziesz musiał(-a) zorganizować sobie w tym kraju zabezpieczenie społeczne. Od tego momentu będziesz uprawniony(-a) do korzystania z leczenia refundowanego przez krajową służbę zdrowia* / w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* w tym kraju. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z lokalnym zakładem ubezpieczeń zdrowotnych.

4. Osoby mieszkające i pracujące w innym kraju

Jeśli planujesz **osiedlić się i pracować w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii***, Ty i członkowie Twojej rodziny nie będziecie już objęci systemem zabezpieczenia społecznego

w poprzednim kraju zamieszkania, a więc nie będziecie uprawnieni do korzystania z opieki zdrowotnej w tym kraju.

Będziesz musiał(-a) zorganizować sobie zabezpieczenie społeczne w nowym kraju zatrudnienia. Od tego momentu będziesz uprawniony(-a) do korzystania z leczenia refundowanego przez krajową służbę zdrowia* / w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* w tym kraju. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z lokalnym zakładem ubezpieczeń zdrowotnych.

5. Osoby pracujące w jednym kraju, a mieszkające w innym

Jeśli **pracujesz w jednym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*** a mieszkasz winnym, będziesz ubezpieczony w ramach systemu zabezpieczenia społecznego w kraju zatrudnienia. Ty i członkowie Twojej rodziny będziecie uprawnieni do opieki zdrowotnej w swoim kraju zamieszkania, w imieniu kraju zatrudnienia (nazywanym również właściwym państwem członkowskim*), tak jakbyście byli ubezpieczeni w ramach przepisów w zakresie zabezpieczenia społecznego tego kraju.

Na podstawie **formularza S1*** przysługuje Ci prawo do opieki zdrowotnej w ramach krajowej służby zdrowia* / systemu ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego* w kraju zamieszkania. Właściwe państwo członkowskie* pokryje koszty opieki zdrowotnej poniesione przez zakład ubezpieczeń zdrowotnych w kraju zamieszkania.

! Uwaga: jeśli planujesz osiedlić się w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*, ale nadal pracujesz w swoim poprzednim kraju zamieszkania* (właściwe państwo członkowskie*), Ty i członkowie Twojej rodziny będziecie mieć prawo do opieki zdrowotnej świadczonej podczas tymczasowego pobytu we właściwym państwie członkowskim* na koszt tego państwa i na podstawie obowiązującego w nim ustawodawstwa.

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się ze swoim zakładem ubezpieczeń zdrowotnych.

6. Emeryci osiedlający się za granicą

Jeśli jesteś **emerytem osiedlonym w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii***, zabezpieczenie społeczne będzie zależało od następujących elementów:

- Jeśli przysługuje Ci prawo do emerytury lub renty na podstawie ustawodawstwa w zakresie zabezpieczenia społecznego co najmniej dwóch państw członkowskich, w tym Twojego kraju zamieszkania, zostaniesz objęty(-a) systemem zabezpieczenia społecznego tego drugiego kraju.
- Jeśli przysługuje Ci prawo do emerytury lub renty na podstawie ustawodawstwa w zakresie zabezpieczenia społecznego co najmniej jednego państwa członkowskiego, innego niż państwo zamieszkania, zostaniesz objęty(-a) systemem zabezpieczenia społecznego w kraju, którego ustawodawstwu podlegasz najdłużej, lub w przypadku równych okresów – w kraju, którego ustawodawstwu ostatnio podlegałeś(-aś) (właściwe państwo członkowskie*). W tym przypadku będzie przysługiwać Ci prawo do opieki zdrowotnej w ramach krajowej służby zdrowia* / systemu ustawowego

ubezpieczenia zdrowotnego* w Twoim kraju zamieszkania, na koszt właściwego państwa członkowskiego*. Będziesz musiał(-a) wystąpić o wydanie **formularza S1***.

Opieka zdrowotna w kraju, w którym pracowałeś(-aś):

! W niektórych przypadkach zachowasz prawo do **opieki zdrowotnej świadczonej podczas tymczasowego pobytu** we właściwym państwie członkowskim lub w państwie członkowskim, w którym wcześniej pracowałeś(-aś).

Dokładniej rzecz ujmując, sytuacja taka będzie miała miejsce w przypadku **emerytów i członków ich rodzin**, jeśli właściwe państwo członkowskie* jest wymienione w załączniku IV do rozporządzenia (WE) nr 883/2004* i zdecydowało się przyznać korzystniejsze prawa emerytom i rencistom wracającym tymczasowo do kraju.

Poza tym szczególne ustalenie stosuje się do **emerytowanych pracowników przygranicznych***. Każdy emerytowany pracownik przygraniczny jest uprawniony do leczenia w państwie członkowskim, w którym ostatnio był zatrudniony lub wykonywał pracę na własny rachunek, w zakresie, w jakim jest to **kontynuacja leczenia**, które rozpoczęło się w tym kraju. Wniosek o wydanie **formularza S3*** w państwie członkowskim, w którym jesteś objęty(-a) systemem zabezpieczenia społecznego.

W niektórych przypadkach emerytowany pracownik przygraniczny zachowa prawo do opieki zdrowotnej świadczonej podczas tymczasowego pobytu w państwie członkowskim poprzedniej aktywności zawodowej, bez względu na to, czy jest to kontynuacja leczenia. Dotyczy to sytuacji, gdy pracownik pracował przez co najmniej dwa lata jako pracownik przygraniczny w ciągu ostatnich pięciu lat poprzedzających datę przejścia na emeryturę, a zarówno państwo członkowskie poprzedniej aktywności zawodowej, jak i właściwe państwo członkowskie* są wymienione w załączniku V do rozporządzenia (WE) nr 883/2004*. Wniosek o wydanie **formularza S3*** w państwie członkowskim, w którym jesteś objęty(-a) systemem zabezpieczenia społecznego.

! Uwaga: szczególne uprawnienia emerytowanych pracowników przygranicznych* do opieki zdrowotnej podczas tymczasowego pobytu we właściwym państwie członkowskim* stosuje się odpowiednio do członków rodziny pracownika przygranicznego, chyba że właściwe państwo członkowskie* jest wymienione w załączniku III do rozporządzenia nr 883/2004*. W takim przypadku członkowie rodziny pracownika przygranicznego są uprawnieni do leczenia w swoim kraju zamieszkania jedynie na podstawie ważnej europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* (w przypadku leczenia koniecznego ze względów medycznych*) lub formularza S2* (planowane leczenie) bądź na podstawie dyrektywy 2011/24/UE (zob. pkt 1 dotyczący opieki zdrowotnej za granicą).

12.2. Transgraniczna opieka zdrowotna w przypadku zamieszkiwania za granicą: która instytucja będzie odpowiedzialna za udzielenie uprzedniej zgody i zwrot kosztów?

Za udzielenie uprzedniej zgody* i wydanie potrzebnego formularza S2* odpowiada najczęściej krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* **kraju, w którym jesteś**

ubezpieczony(-a) w ramach systemu zabezpieczenia społecznego (tj. właściwego państwa członkowskiego*).

Jeśli zamieszkujesz w innym kraju niż właściwe państwo członkowskie*, możesz wystąpić z wnioskiem o udzielenie uprzedniej zgody* do lokalnej krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* w swoim kraju zamieszkania. Podmioty te przekażą Twój wniosek krajowej służbie zdrowia* / ubezpieczycielowi zdrowotnemu* we właściwym państwie członkowskim*.

Na zasadzie odstępstwa krajowa służba zdrowia* lub ubezpieczyciel zdrowotny* Twojego kraju zamieszkania będą uprawnieni do udzielenia uprzedniej zgody* i wydania formularza S2*, jeśli jesteś:

- emerytem lub rencistą bądź członkiem jego rodziny lub
- członkiem rodziny (*pozostającym na utrzymaniu*), który mieszka w innym kraju niż ubezpieczony,

a w Twoim kraju zamieszkania stosuje się mechanizm zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych między państwami członkowskimi na podstawie kwot ryczałtowych / kwot zryczałtowanych* i kraj ten jest wymieniony w **załączniku 3 do rozporządzenia (WE) nr 987/2009***.

