



# Pytania i odpowiedzi dotyczące zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej w UE

Zwrot kosztów na podstawie dyrektywy 2011/24/UE  
oraz rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009



**Moje zdrowie @ UE**

Europejska infrastruktura usług cyfrowych  
w dziedzinie e-zdrowia

Usługa zapewniana przez Unię Europejską

## Zamierzam poddać się zabiegowi medycznemu za granicą w Europie. Jak przebiega zwrot kosztów?

Po pierwsze skontaktuj się z krajowym systemem opieki zdrowotnej lub ubezpieczycielem, który zapewni ubezpieczenie w przypadku danego planowanego zabiegu. Następnie musisz wybrać sposób pokrycia kosztów leczenia.

Opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim dotyczą trzy akty prawne UE. Dwa pierwsze to rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego („rozporządzenia”). Trzecim jest dyrektywa 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej („dyrektywa”). Pamiętaj, że zakres refundowanych świadczeń opieki zdrowotnej, warunki dostępu do leczenia oraz zwrot kosztów będą się różnić w zależności od wybranego instrumentu prawnego. Więcej informacji można znaleźć w Podręczniku dla pacjentów dostępnym we wszystkich językach UE<sup>1</sup> i na portalu Twoja Europa.

Zarówno rozporządzenia, jak i dyrektywa obejmują planowane leczenie (czyli sytuacje, w których wyraźnym celem wyjazdu jest poddanie się leczeniu).

**Zgodnie z rozporządzeniami**, jeżeli chcesz skorzystać z planowanego leczenia w innym państwie członkowskim, musisz najpierw wystąpić z wnioskiem o uprzednią zgodę (formularz S2) do instytucji odpowiedzialnej za Twoje ubezpieczenie zdrowotne w kraju zamieszkania. Udzielenie takiej zgody jest obowiązkowe, jeżeli przysługuje Ci prawo do danego leczenia i nie możesz otrzymać takiego leczenia w terminie uzasadnionym ze względów medycznych, biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia i prawdopodobny przebieg choroby (w każdym przypadku należy przeprowadzić ocenę kliniczną zgodnie z prawem krajowym). We wszystkich innych przypadkach instytucja ma prawo zdecydować o udzieleniu takiej zgody lub o jego odmowie.

W przypadku udzielenia zgody refundacja kosztów leczenia odbywa się na warunkach i według stawek zwrotu obowiązujących w kraju leczenia. Zazwyczaj instytucja ubezpieczająca uiszcza takie koszty bezpośrednio na rzecz

instytucji w kraju leczenia, dzięki czemu pacjent nie musi dokonywać płatności z góry. Może się jednak zdarzyć tak, że pacjent będzie musiał uiścić niektóre opłaty.

W ramach wyjątku od tej zasady, jeżeli pacjent sam opłaca wszystkie koszty leczenia bezpośrednio, może ubiegać się o zwrot kosztów w kraju leczenia albo w swoim kraju ubezpieczenia.

Należy pamiętać, że rozporządzenia mają zastosowanie wyłącznie do świadczeniodawców, którzy należą do publicznego systemu opieki zdrowotnej lub zawarli w jego ramach umowę. Zakres zastosowania rozporządzeń w żadnym przypadku nie obejmuje zwrotu kosztów z tytułu prywatnej opieki zdrowotnej.

**Zgodnie z dyrektywą** uprzednia zgoda na planowane leczenie jest wymagana jedynie wówczas, gdy przewidziano pobyt w szpitalu przez noc lub jeżeli leczenie wymaga użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub aparatury bądź stwarza wysokie ryzyko dla pacjenta. W takim przypadku pacjent ma prawo do otrzymania zwrotu kosztów do wysokości kwoty, która zostałaby pokryta w ramach jego systemu krajowego w przypadku leczenia prowadzonego w kraju zamieszkania, oraz do ubiegania się o zwrot kosztów w kraju ubezpieczenia.

W odróżnieniu od rozporządzeń, jeżeli zamierzasz skorzystać z leczenia za granicą na warunkach określonych w dyrektywie, musisz z góry pokryć wszystkie koszty leczenia, a następnie możesz ubiegać się o zwrot kosztów do wysokości kwoty, którą przewidział za takie leczenie Twój krajowy świadczeniodawca lub ubezpieczyciel zdrowotny.

W przeciwieństwie do rozporządzeń dyrektywa ma zastosowanie do wszystkich świadczeniodawców (prywatnych i publicznych), niezależnie od ich związku z publicznym systemem opieki zdrowotnej.

1. [https://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/overview\\_pl](https://ec.europa.eu/health/cross_border_care/overview_pl)

## Skąd mam wiedzieć, który z wymienionych aktów prawnych ma zastosowanie w moim przypadku?

Zasadniczo rozporządzenia powinny mieć zastosowanie, gdy są spełnione określone w nich warunki, chyba że pacjent zdecyduje się skorzystać z dyrektywy (przykładowo w sytuacjach, w których w danym konkretnym przypadku skorzystanie z dyrektywy jest korzystniejsze).

Między dyrektywą a rozporządzeniami występują pewne różnice, np. prywatni świadczeniodawcy nienależący do ustawowego/publicznego systemu opieki zdrowotnej nie są objęci zakresem rozporządzeń.

Różnice dotyczą również zakresu stosowania – rozporządzenia zazwyczaj, choć z pewnymi wyjątkami, nie mają zastosowania do planowanego leczenia, na które nie uzyskano uprzedniej zgody.

Istnieją jednak również przypadki, w których zwrot kosztów określonego leczenia (planowanego lub nieplanowanego) może odbywać się albo na podstawie rozporządzeń, albo na podstawie dyrektywy. W takiej sytuacji można wybrać tylko jeden z tych instrumentów (tj. nie można zastosować ich jednocześnie, ponieważ są one względem siebie alternatywne). Dalszych porad udziela ubezpieczyciel pacjenta lub krajowy punkt kontaktowy<sup>2</sup>.

## Co się stanie, jeżeli podczas tymczasowego pobytu za granicą muszę iść do lekarza lub do szpitala? Czy uzyskam zwrot kosztów?

W przypadku nieplanowanej opieki (np. medycznych świadczeń ratunkowych) w trakcie tymczasowego pobytu za granicą istnieją dwie możliwości:

- możesz okazać swoją europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ) lub certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ, które zazwyczaj wydaje instytucja ubezpieczenia zdrowotnego w kraju zamieszkania. W przypadku konieczności pokrycia kosztów leczenia kwota zwrotu zależy od stawek stosowanych w kraju leczenia: o zwrot kosztów możesz ubiegać się w kraju leczenia albo
- możesz samodzielnie pokryć koszt leczenia, a następnie ubiegać się o zwrot kosztów na podstawie dyrektywy. Kwota zwrotu zależy od stawek stosowanych w Twoim kraju ubezpieczenia. Ma to zastosowanie zarówno do świadczeniodawców publicznych, jak i do świadczeniodawców prywatnych.

w kraju ubezpieczenia. Z EKUZ można korzystać wyłącznie w przypadku świadczeniodawców, którzy należą do publicznego systemu opieki zdrowotnej lub zawarli w jego ramach umowę;

## Czy mogę wybrać dowolnego świadczeniodawcę, niezależnie od tego, czy jest to świadczeniodawca publiczny czy prywatny?

Rozporządzenia mają zastosowanie wyłącznie do świadczeniodawców, którzy należą do publicznego systemu opieki zdrowotnej lub zawarli w jego ramach umowę, natomiast dyrektywa obejmuje wszystkich świadczeniodawców, niezależnie od ich związku z

publicznym systemem opieki zdrowotnej. Pamiętaj, że masz prawo wyłącznie do leczenia wchodzącego w zakres świadczeń zdrowotnych przewidzianych w Twoim systemie ubezpieczenia.

2. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross\\_border\\_care/docs/cbhc\\_npc\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/cbhc_npc_en.pdf)

### Przypadek 1

#### planowana opieka / świadczeniodawca prywatny / brak zgody



Clara jest Włoszką pracującą w Belgii, gdzie jest objęta belgijskim ubezpieczeniem zdrowotnym. Na wakacje Clara chce wrócić do Włoch, gdzie planuje odbyć wizytę u dentysty, u którego leczyla się, gdy mieszkała we Włoszech. Jej lekarz prowadzi prywatną praktykę. Ponieważ jest to planowane leczenie u świadczeniodawcy prywatnego, Clara może skorzystać z leczenia na podstawie dyrektywy, jeżeli jest ono objęte jej krajowym systemem opieki zdrowotnej lub jest refundowane przez ubezpieczyciela zdrowotnego w Belgii. Kobieta pokryje zatem koszt wizyty u dentysty we Włoszech, a o zwrot kosztów będzie ubiegać się u swojego belgijskiego ubezpieczyciela po powrocie do Belgii. Zwrot zostanie dokonany według stawek belgijskich.

### Przypadek 2

#### planowana opieka / świadczeniodawca publiczny / wymagana zgoda



Diego jest Portugalczykiem pracującym w Porto. Jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w Portugalii. W wyniku wypadku złamał rękę i potrzebuje wysoce specjalistycznej operacji. Dowiedział się, że w Szwecji funkcjonuje publiczny szpital z dużym doświadczeniem, w którym przeprowadza się tego typu operacje. Diego zwrócił się do swojego ubezpieczyciela zdrowotnego o uprzednią zgodę na operację w tym szpitalu, której mu udzielono. Nie będzie zatem musiał pokrywać kosztów operacji, gdyż jego ubezpieczyciel zdrowotny dokona płatności bezpośrednio na rzecz instytucji szwedzkiej. Diego będzie musiał pokryć jedynie niewielką część kosztów pobytu w szpitalu przez noc, podobnie jak obywatele Szwecji.

### Przypadek 3

#### nieplanowana opieka / świadczeniodawca publiczny



Caroline jest Francuzką, która wyjechała na wakacje na narty do Austrii. Kobieta nieoczekiwanie łamie nogę i musi skorzystać z medycznych świadczeń ratunkowych. Ma przy sobie europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ), w związku z czym nie musi pokrywać kosztów leczenia. Jeżeli jednak pokryje takie koszty, może wystąpić o ich zwrot w Austrii albo we Francji. Zwrot zostanie dokonany według stawek austriackich. Jeżeli Caroline nie skorzysta z EKUZ i będzie chciała otrzymać zwrot na podstawie dyrektywy, poniesie koszty leczenia, a następnie wystąpi o zwrot kosztów we Francji. W takim przypadku zwrot zostanie dokonany według stawek francuskich.

### Przypadek 4

#### e-recepta



Mieszkający w Finlandii David, który cierpi na przewlekły ból pleców, planuje wyjazd na wakacje do Chorwacji. Przed wyjazdem z kraju sprawdza, co musi zrobić, aby jego e-recepta była dostępna za granicą, gdyby potrzebował leków w czasie pobytu w Chorwacji. Po kilku dniach od przyjazdu do Chorwacji David znowu odczuwa ból pleców i musi udać się do apteki, w której będzie mógł zrealizować receptę na lek przepisany przez jego lekarza w Finlandii na tego typu okoliczność. Dzięki systemowi e-recepty farmaceuta może wydać przepisany lek Davidowi. Jeżeli chodzi o płatność i zwrot kosztów, istnieją dwie możliwości:



Wariant 1: David ma europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ), w związku z czym będą mu przysługiwać te same prawa co pacjentom będącym obywatelami Chorwacji w przypadku niezbędnego leczenia (takie same recepty i leczenie): David zapłaci taką samą cenę, jaką uiściłby obywatel Chorwacji.



Wariant 2: David nie ma europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ). Będzie musiał zapłacić pełną cenę produktu wydanego w aptece, a o zwrot kosztów będzie ubiegał się po powrocie do Finlandii.