



Komisja
Europejska

CZĘSTO ZADAWANE PYTANIA

*dotyczące skutecznego
informowania
pacjentów na temat
transgranicznej opieki
zdrowotnej¹*

Często zadawane pytania

dotyczące skutecznego informowania pacjentów na temat transgranicznej opieki zdrowotnej¹

Pacjenci przyjeżdżający*

Zarówno w rozporządzeniach (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*, jak i w dyrektywie 2011/24/UE* przyznaje się prawo do uzyskania pokrycia kosztów leczenia* w dowolnym innym kraju UE*/EOG*. Zakres refundowanych świadczeń opieki zdrowotnej, warunki dostępu do leczenia* oraz skutki finansowe różnią się w zależności od tego, w ramach jakiego systemu pacjent korzysta z leczenia za granicą. W związku z tym bardzo ważne jest, aby pacjenci byli odpowiednio informowani o poszczególnych konsekwencjach poddawania się leczeniu na podstawie jednego albo drugiego instrumentu prawnego UE.

Zadaniem krajowych punktów kontaktowych* (KPK) jest dostarczanie zarówno pacjentom przyjeżdżającym*, jak i pacjentom wyjeżdżającym* jasnych i przystępnych informacji na temat ich praw i uprawnień do transgranicznej opieki zdrowotnej*. Pacjenci przyjeżdżający z dowolnego innego państwa członkowskiego* UE*/EOG* będą kontaktować się z KPK w kraju leczenia* w celu uzyskania informacji między innymi na temat zagranicznego systemu opieki zdrowotnej i świadczeniodawców, tak aby mogli podróżować z większą pewnością siebie, wiedząc, że leczenie, któremu chcą się poddać, zostanie im udzielone zgodnie z określonymi normami jakości i bezpieczeństwa, oraz znając prawa i uprawnienia, jakie im przysługują w przypadku wystąpienia nieprawidłowości w leczeniu.

Krajowe punkty kontaktowe – w swojej roli jako KPK kraju leczenia* – mogą korzystać z poniższego szablonu często zadawanych pytań w celu przekazywania informacji na swojej stronie internetowej lub jako punkt wyjścia do indywidualnego doradztwa dla pacjentów przyjeżdżających.

Zachęcamy KPK do skopiowania i wklejenia części lub całości poniższych treści celem wykorzystania na stronie internetowej KPK lub w komunikacji z pacjentami.

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 dokumencie z często zadawanymi pytaniami gwiazdką (*) zdefiniowano i objaśniono w dołączonym alfabetycznym glosariuszu.

Wykaz pytań

Prawa pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej
Co się stanie, jeśli nagle zachoruję lub odniosę uraz w trakcie pobytu w tym kraju, np. podczas wakacji, wizyty u rodziny, podróży służbowej czy wymiany studenckiej?
Gdzie należy złożyć wniosek o wydanie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego*?
Jak ustalić, z kim należy się skontaktować i do którego świadczeniodawcy lub szpitala się udać w razie nagłej choroby lub odniesienia urazu za granicą?
Czy podczas pobytu krótkoterminowego mam prawo do dializy nerek, tlenoterapii lub chemioterapii? Czy podczas pobytu za granicą mam prawo do jakiegokolwiek opieki zdrowotnej w związku z ciążą?
Czy mam prawo przyjechać do tego kraju w wyraźnym celu uzyskania dostępu do opieki zdrowotnej?
A co z prawami i uprawnieniami pracownika przygranicznego* do opieki zdrowotnej?
A co jeśli mieszkam w innym kraju niż kraj, w którym jestem ubezpieczony(-a) na mocy krajowych przepisów w zakresie zabezpieczenia społecznego?
Dostęp do opieki zdrowotnej
Jakie mam możliwości leczenia?
Czy muszę przedstawić dokument lub zgodę od krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania?
Czy potrzebuję skierowania?
Gdzie znajdę informacje na temat list oczekujących?
Czy lokalny świadczeniodawca lub szpital mogą odmówić przyjęcia mnie jako pacjenta zagranicznego?
Recepty
Czy podczas pobytu za granicą mogę zrealizować w lokalnej aptece receptę wystawioną w kraju zamieszkania?
Czy mogę zrealizować receptę wystawioną za granicą w aptece w moim kraju zamieszkania?
Świadczeniodawcy i szpitale
Jak znaleźć świadczeniodawcę?
Jak znaleźć szpital, który przeprowadza interesujące mnie leczenie?
Gdzie znajdę więcej informacji na temat konkretnego świadczeniodawcy lub szpitala?
W jaki sposób mogę się dowiedzieć, czy szpital lub zakład opieki zdrowotnej, z którego usług chcę skorzystać, jest dostępny dla pacjentów niepełnosprawnych?
Jak znaleźć świadczeniodawcę?
Jakość leczenia
Jak mogę się upewnić, że leczenie będzie prowadzone zgodnie z określonymi wytycznymi w zakresie jakości i bezpieczeństwa?
Jak mogę się upewnić, że świadczeniodawca, z którego usług chcę skorzystać, posiada kwalifikacje do prowadzenia praktyki lekarskiej i cieszy się dobrą reputacją?
Koszty i ich zwrot
Czy lokalny świadczeniodawca lub szpital może pobrać ode mnie wyższe opłaty, ponieważ jestem pacjentem zagranicznym?
Gdzie znajdę więcej informacji na temat cen leczenia?
Jakie są możliwości, aby część kosztów została pokryta przez krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* mojego kraju zamieszkania?
Czy muszę dokonać płatności z góry, gdy posiadam uprzednią zgodę* krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* mojego kraju zamieszkania?
Jeśli muszę dokonać płatności z góry, do której instytucji należy się zwrócić z wnioskiem o zwrot

kosztów?
Prawa pacjentów
A co jeśli nie zgadzam się na leczenie lub zabieg zaproponowane przez zagranicznego świadczeniodawcę?
Gdzie znajdę informacje na temat praw pacjenta w tym kraju?
Dalsza opieka
A co jeśli będę potrzebować dalszej opieki po poddaniu się leczeniu lub zabiegowi za granicą?
Dokumentacja medyczna i język
Gdzie znajdę informacje na temat języka używanego podczas leczenia?
Czy muszę samodzielnie zorganizować tłumaczenie ustne, gdy nie jestem w stanie zrozumieć mojego świadczeniodawcy z powodu bariery językowej?
Co świadczeniodawca powinien udokumentować w mojej dokumentacji medycznej?
Czy mam prawo dostępu do mojej dokumentacji medycznej?
Jak zorganizować przekazanie mojej dokumentacji medycznej do kraju zamieszkania?
Skargi i błąd w sztuce
Co zrobić, jeśli nie jestem zadowolony(-a) z leczenia lub jeśli wystąpią nieprawidłowości w leczeniu?
Z kim należy się skontaktować, aby uzyskać więcej informacji na temat możliwości wniesienia skargi i dochodzenia roszczeń?
Jak mogę się upewnić, że świadczeniodawca ma ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej lub podobne gwarancje na wypadek wystąpienia nieprawidłowości w leczeniu?
Krajowe punkty kontaktowe
Czym są krajowe punkty kontaktowe*?
Jak skontaktować się z krajowym punktem kontaktowym*?

① Prawa pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej

1.1. Leczenie konieczne ze względów medycznych podczas pobytu krótkoterminowego

Co się stanie, jeśli nagle zachoruję lub odniosę uraz w trakcie pobytu w tym kraju, np. podczas wakacji, wizyty u rodziny, podróży służbowej czy wymiany studenckiej?

Osoby przyjeżdżające z innych państw UE*/EOG* lub Szwajcarii* mają prawo do każdego rodzaju leczenia, które jest konieczne ze względów medycznych* podczas ich pobytu.

Leczenie konieczne ze względów medycznych* oznacza leczenie konieczne z powodu nagłej choroby lub nagłego urazu odniesionego podczas pobytu krótkoterminowego, takiego jak wakacje, podróż służbowa, wizyta u rodziny czy wymiana studencka, którego to leczenia nie można odłożyć i które jest konieczne, aby uniknąć wymuszonego powrotu pacjenta do kraju zamieszkania przed końcem planowanego okresu pobytu.

Zgodnie z przepisami UE obywatele UE*/EOG* lub Szwajcarii* mają prawo do uzyskania pokrycia kosztów opieki zdrowotnej świadczonej za granicą na podstawie ubezpieczenia społecznego / uprawnień do publicznej opieki zdrowotnej w kraju zamieszkania. Najpowszechniejszą drogą do uzyskania pokrycia kosztów jest okazanie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* (EKUZ) świadczeniodawcy prowadzącemu leczenie lub szpitalowi, w którym odbywa się leczenie. Pacjentowi, który okaże europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego*, przysługuje leczenie konieczne ze względów medycznych* na podstawie *rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego**. Będziesz leczony(-a) jak pacjent krajowy objęty powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym i uzyskasz pokrycie kosztów zgodnie z tą samą metodą płatności i po takich samych stawkach, jak pacjenci krajowi.

Należy pamiętać, że z europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* można korzystać tylko w przypadku leczenia w szpitalu lub przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę lub jest powiązany z systemem zabezpieczenia społecznego i jest uprawniony do świadczenia usług refundowanych na podstawie przepisów w zakresie zabezpieczenia społecznego. Lokalna krajowa służba zdrowia* / lokalny ubezpieczyciel zdrowotny* bądź krajowy punkt kontaktowy* w odwiedzanym kraju może udzielić Ci więcej informacji na temat tego, którzy świadczeniodawcy są zarejestrowani w systemie zabezpieczenia społecznego.

Jeśli korzystasz z leczenia bez ważnej europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* lub nie możesz z niej skorzystać, np. z powodu leczenia w szpitalu prywatnym, zapłacisz za leczenie prywatnie albo może Ci przysługiwać możliwość wystąpienia o zwrot kosztów do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* po powrocie do kraju zamieszkania na podstawie *dyrektywy 2011/24/UE**. Na podstawie dyrektywy 2011/24/UE będziesz mieć prawo do uzyskania pokrycia kosztów, tak jakby leczenie zostało przeprowadzone w Twoim kraju zamieszkania. W związku z tym zastosowanie będą miały metoda płatności i stawki obowiązujące w Twoim kraju zamieszkania*.

Aby uzyskać więcej informacji na temat przysługujących Ci praw i uprawnień w związku z leczeniem koniecznym ze względów medycznych* podczas pobytu za granicą, skontaktuj się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* lub krajowym punktem kontaktowym* w swoim kraju zamieszkania*. Otrzymasz od nich wszystkie potrzebne informacje na temat europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego*, np.: gdzie złożyć wniosek o wydanie karty, w przypadku jakiego leczenia można użyć karty, kiedy przysługuje pokrycie kosztów, co zrobić, gdy karta nie zostanie zaakceptowana, itd.

Gdzie należy złożyć wniosek o wydanie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego*?

Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego* (EKUZ*) to bezpłatna karta wydawana przez krajową służbę zdrowia* / podmiot oferujący ustawowe ubezpieczenie zdrowotne* w kraju zamieszkania jako dowód, że posiadacz jest objęty systemem zabezpieczenia społecznego w swoim kraju zamieszkania* i tym samym ma prawo do publicznej opieki zdrowotnej w tym kraju. Karta EKUZ* uprawnia do uzyskania pokrycia kosztów związanych z leczeniem koniecznym ze względów medycznych* podczas pobytu krótkoterminowego w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*, np. podczas wakacji czy wymiany studenckiej.

O wydanie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* można wystąpić do krajowej służby zdrowia* / podmiotu oferującego ustawowe ubezpieczenie zdrowotne* w kraju zamieszkania. Przed wyjazdem za granicę upewnij się, że Twoja karta jest ważna. Wrazie potrzeby upewnij się wystarczająco wcześniej, że karta zostanie odnowiona na czas.

Jak ustalić, z kim należy się skontaktować i do którego świadczeniodawcy lub szpitala się udać w razie nagłej choroby lub odniesienia urazu za granicą?

Krajowy punkt kontaktowy* kraju Twojego pobytu może udzielić więcej informacji na temat tego, co należy zrobić i z kim należy się skontaktować w przypadku nagłej choroby lub odniesienia urazu podczas pobytu za granicą.

W nagłych sytuacjach podczas pobytu w UE* lub w Szwajcarii należy dzwonić pod numer 112.

Europejski numer alarmowy 112 jest dostępny w całej UE*. Połączenia z tym numerem są bezpłatne. Jeśli potrzebujesz pilnej pomocy medycznej, zadzwoń pod numer 112, aby uzyskać bezpośredni dostęp do wsparcia policji, pogotowia ratunkowego lub straży pożarnej.

Czy podczas pobytu krótkoterminowego mam prawo do dializy nerek, tlenoterapii lub chemioterapii? Czy podczas pobytu za granicą mam prawo do jakiegokolwiek opieki zdrowotnej w związku z ciążą?

Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego* obejmuje również sytuację, gdy cierpisz na chorobę przewlekłą (np. cukrzycę, astmę, raka lub przewlekłą chorobę nerek) lub gdy jesteś w ciąży i z góry wiadomo, że podczas pobytu za granicą możesz potrzebować leczenia*. Jeśli bezpośrednim celem podróży nie było skorzystanie z leczenia*, np. poród lub poddanie się leczeniu w związku z ciążą lub chorobą przewlekłą, tego rodzaju leczenie zostanie uznane za leczenie konieczne ze względów medycznych* zgodnie z rozporządzeniami (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*.

Pamiętaj, że w przypadku niezbędnego leczenia wymagającego specjalistycznego sprzętu lub wyspecjalizowanego personelu należy najpierw uzyskać uprzednią zgodę szpitala lub zakładu opieki zdrowotnej, który ma przeprowadzić leczenie. W ten sposób instytucja zagraniczna może zapewnić dostępność i ciągłość leczenia podczas Twojego pobytu za granicą. Przykładem takiego leczenia są dializy nerek, tlenoterapia, specjalne metody leczenia astmy oraz chemioterapia.

1.2. Planowane leczenie za granicą

Czy mam prawo przyjechać do tego kraju w wyraźnym celu uzyskania dostępu do opieki zdrowotnej?

W przypadku gdy jesteś uprawniony(-a) do opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia społecznego kraju UE*/EOG*, masz prawo korzystać z opieki zdrowotnej w dowolnym innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*, zwanej również planowanym leczeniem* za granicą, oraz uzyskać pokrycie kosztów przez kraj zamieszkania*.

Masz prawo dostępu do opieki zdrowotnej obejmującej:

- diagnozę lekarską

- leczenie
- przepisywanie, wydawanie i dostarczanie leków i wyrobów medycznych.

Możesz uzyskać pokrycie kosztów planowanego leczenia* w innym kraju UE*/EOG* na podstawie dwóch różnych instrumentów prawnych UE: rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego* i dyrektywy 2011/24/UE*.

Oba rozwiązania mają różne konsekwencje dla pacjentów, jeśli chodzi o podstawę prawną, zakres stosowania, właściwe organy, warunki udzielania zgody, mające zastosowanie stawki zwrotu kosztów, procedurę płatności i wymagane formalności, a także wysokość udziału własnego pacjenta. Przed wyjazdem za granicę zawsze upewnij się, że posiadasz dostateczne informacje na temat skutków finansowych i innych.

Zgodnie z rozporządzeniami (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*:

- przed wyjazdem za granicę zawsze musisz uzyskać uprzednią zgodę* krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* Twojego kraju zamieszkania
- masz prawo do uzyskania pokrycia kosztów, tak jakbyś był(-a) ubezpieczony(-a) w ramach systemu zabezpieczenia społecznego kraju leczenia*
- dany rodzaj leczenia musi być uwzględniony w wykazie świadczeń zdrowotnych objętych systemem zabezpieczenia społecznego kraju leczenia* (nawet gdyby przysługiwało Ci prawo do uzyskania pokrycia kosztów tego leczenia w kraju zamieszkania*)
- masz prawo do takiej samej metody płatności i takich samych stawek, jak pacjenci krajowi objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Zgodnie z dyrektywą 2011/24/UE*:

- zazwyczaj uprzednia zgoda* krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania nie jest wymagana. W przypadku niektórych świadczeń zdrowotnych, takich jak leczenie szpitalne lub wysoce specjalistyczne i kosztowne leczenie, wymagana może być jednak uprzednia zgoda*
- masz prawo do uzyskania pokrycia kosztów leczenia, tak jakby leczenie zostało przeprowadzone w Twoim kraju zamieszkania*
- dany rodzaj leczenia musi być uwzględniony w wykazie świadczeń zdrowotnych objętych systemem zabezpieczenia społecznego Twojego kraju zamieszkania* (pokrycie kosztów przysługuje Ci tylko wtedy, gdy koszty te zostałyby pokryte, gdyby leczenie zostało przeprowadzone w Twoim kraju zamieszkania)
- najpierw będziesz musiał(-a) zapłacić za leczenie. Po powrocie do kraju możesz wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania. Zostanie zastosowana ta sama stawka zwrotu kosztów, co w przypadku leczenia w Twoim kraju zamieszkania*.

Przed wyjazdem za granicę w celu uzyskania dostępu do opieki zdrowotnej zawsze skonsultuj się najpierw z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* w kraju zamieszkania. Ponadto krajowy punkt kontaktowy* znajdujący się w Twoim kraju zamieszkania* udzieli Ci wszelkich niezbędnych informacji na temat praw i uprawnień do leczenia za granicą na podstawie zarówno rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego*, jak i dyrektywy 2011/24/UE*.

A co z prawami i uprawnieniami pracownika przygranicznego* do opieki zdrowotnej?

Zgodnie z przepisami UE za pracownika przygranicznego* uznaje się osobę wykonującą pracę najemną lub na własny rachunek, która mieszka i pracuje w dwóch różnych państwach członkowskich UE*/EOG* lub Szwajcarii* i co do zasady wraca do swojego kraju zamieszkania każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu. Pracownicy przygraniczni* są uprawnieni do opieki zdrowotnej zarówno w kraju zatrudnienia, jak i w kraju zamieszkania.

Pracownik przygraniczny musi złożyć wniosek o wydanie formularza S1* do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* w kraju, w którym podlega on przepisom w zakresie zabezpieczenia społecznego (kraj zatrudnienia). Formularz S1* należy przedstawić organowi ds. zabezpieczenia społecznego kraju zamieszkania. Dzięki temu pracownik przygraniczny i członkowie jego rodziny będą uprawnieni do opieki zdrowotnej w obu krajach na mocy odpowiednich przepisów w zakresie zabezpieczenia społecznego oraz w każdym kraju będą im przysługiwały takie same prawa i uprawnienia, jak pacjentom krajowym objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Aby uzyskać więcej informacji na temat swoich praw i uprawnień jako pracownika przygranicznego*, skontaktuj się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym*.

1.3. Opieka zdrowotna w przypadku zamieszkiwania za granicą

A co jeśli mieszkam w innym kraju niż kraj, w którym jestem ubezpieczony(-a) na mocy krajowych przepisów w zakresie zabezpieczenia społecznego?

W większości przypadków przysługuje Ci prawo do opieki zdrowotnej wyłącznie w kraju zamieszkania, bez względu na to, czy opieka jest świadczona w imieniu innego kraju, w którym jesteś ubezpieczony(-a) na mocy krajowych przepisów w zakresie zabezpieczenia społecznego.

W niektórych przypadkach pacjenci mogą jednak zachować prawo do opieki zdrowotnej w kraju, w którym są objęci ubezpieczeniem społecznym, lub w kraju poprzedniej aktywności zawodowej:

(! Członkowie rodziny pracownika przygranicznego zamieszkujący w kraju wymienionym w załączniku III do rozporządzenia nr 883/2004 są wyłączeni ze szczególnych ustaleń określonych poniżej)*

- Pracownicy (delegowani), w tym pracownicy przygraniczni*, zamieszkujący w innym kraju niż kraj aktywności zawodowej i ubezpieczenia społecznego są uprawnieni do opieki zdrowotnej podczas pobytu w kraju zatrudnienia na koszt oraz zgodnie z przepisami tego kraju, tak jakby zamieszkiwali w tym kraju.
- Emeryci lub renciści zamieszkujący poza krajem, w którym są ubezpieczeni na mocy krajowych przepisów w zakresie zabezpieczenia społecznego, mogą być uprawnieni do opieki zdrowotnej podczas pobytu w kraju swojego ubezpieczenia społecznego na koszt oraz zgodnie z przepisami tego kraju, tak jakby zamieszkiwali w tym kraju (rozwiązanie to ma zastosowanie tylko wówczas, gdy kraj ubezpieczenia społecznego wybrał to rozwiązanie i jest ujęty w załączniku IV do rozporządzenia nr 883/2004*).
- Emerytowani pracownicy przygraniczni zachowują prawo do leczenia w kraju ostatniej aktywności zawodowej, o ile jest to kontynuacja leczenia, które rozpoczęło się jeszcze w okresie takiej aktywności. W niektórych przypadkach emerytowany pracownik przygraniczny zachowa prawo do opieki zdrowotnej w kraju poprzedniej aktywności zawodowej, niezależnie od tego, czy kontynuuje leczenie, na koszt oraz zgodnie z przepisami tego kraju, tak jakby zamieszkiwał w tym kraju. 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 kraj ubezpieczenia społecznego wybrały to rozwiązanie oraz są wymienione w załączniku V do rozporządzenia nr 883/2004*. W takiej sytuacji emerytowany pracownik przygraniczny musi złożyć wniosek o wydanie formularza S3* do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* w kraju, w którym podlega on przepisom w zakresie zabezpieczenia społecznego. Formularz S3* należy przedstawić organowi ds. zabezpieczenia społecznego kraju poprzedniej aktywności zawodowej.

② Dostęp do opieki zdrowotnej

Jakie mam możliwości leczenia?

Jeśli poszukujesz informacji na temat przysługujących Ci możliwości leczenia, najpierw skontaktuj się bezpośrednio ze świadczeniodawcą, z którego usług chcesz skorzystać. Świadczeniodawca przedstawi Ci wszystkie możliwości leczenia, jakie Ci przysługują.

Jeśli nie planujesz skorzystać z usług konkretnego świadczeniodawcy ani szpitala, skontaktuj się z lokalnym krajowym punktem kontaktowym* w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu, aby uzyskać więcej informacji na temat tego, jak znaleźć świadczeniodawcę lub szpital, który może przeprowadzić leczenie, któremu chcesz się poddać, oraz jak skontaktować się z takim świadczeniodawcą lub szpitalem.

Czy muszę przedstawić dokument lub zgodę od krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania?

Podczas wyjazdu na wakacje...

Jeśli podczas pobytu za granicą nagle zachorujesz lub odniesiesz uraz, będziesz musiał(-a) okazać ważną europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego* lokalnemu świadczeniodawcy lub w lokalnym szpitalu. Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego* (EKUZ*) to bezpłatna karta wydawana przez krajową służbę zdrowia* / podmiot oferujący ustawowe ubezpieczenie zdrowotne* w kraju zamieszkania jako dowód, że posiadacz jest objęty systemem zabezpieczenia społecznego w swoim kraju zamieszkania* i tym samym ma prawo do publicznej opieki zdrowotnej w tym kraju. Karta EKUZ* uprawnia do uzyskania pokrycia kosztów związanych z leczeniem koniecznym ze względów medycznych* podczas pobytu krótkoterminowego w innym kraju UE*/EOG* lub w Szwajcarii*, np. podczas wakacji, podróży służbowej czy wymiany studenckiej.

Podczas wyjazdu za granicę w wyraźnym celu skorzystania z leczenia....

Jeśli wyjeżdżasz za granicę w wyraźnym celu uzyskania dostępu do opieki zdrowotnej, możesz potrzebować uprzedniej zgody* krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania.

Kwestia konieczności uzyskania uprzedniej zgody* przed wyjazdem za granicę w celu skorzystania z leczenia zależy od tego, czy korzystasz z prawa do transgranicznej opieki zdrowotnej* na podstawie rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego*, czy też na podstawie dyrektywy 2011/24/UE*, a także od rodzaju opieki zdrowotnej, z której chcesz skorzystać. Z reguły uprzednia zgoda* zapewne będzie wymagana, gdy planujesz skorzystać z leczenia szpitalnego lub w przypadku wysoce specjalistycznego i kosztownego leczenia za granicą.

Jeśli chcesz skorzystać z transgranicznej opieki zdrowotnej* na podstawie **rozporządzeń w sprawie zabezpieczenia społecznego***, uprzednia zgoda* krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* kraju zamieszkania jest zawsze wymagana – zarówno w przypadku leczenia stacjonarnego*, jak i leczenia ambulatoryjnego*. Po uwzględnieniu wniosku o udzielenie uprzedniej zgody krajowa służba zdrowia* / ubezpieczyciel zdrowotny* wystawi formularz S2*, który należy przedstawić świadczeniodawcy prowadzącemu leczenie za granicą jako dowód posiadania ubezpieczenia społecznego.

Zasadniczo zgodnie z **dyrektywą 2011/24/UE*** 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*. W każdym przypadku uprzednia zgoda* może być wymagana wyłącznie w odniesieniu do:

- opieki zdrowotnej obejmującej pobyt w szpitalu przez noc
- opieki zdrowotnej wymagającej użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub aparatury medycznej
- opieki zdrowotnej stwarzającej zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta (zagrożenie dla

bezpieczeństwa pacjenta*) lub dla bezpieczeństwa ogółu społeczeństwa (zagrożenie dla bezpieczeństwa ogółu społeczeństwa*)

- opieki zdrowotnej świadczonej przez świadczeniodawcę, która – w zależności od przypadku – może budzić poważne i konkretne obawy dotyczące jakości i bezpieczeństwa opieki.

Aby uzyskać bardziej szczegółowe informacje na temat tego, które leczenie wymaga uzyskania uprzedniej zgody*, skontaktuj się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* lub z krajowym punktem kontaktowym* w kraju zamieszkania.

UWAGA: Nigdy nie poddawaj się leczeniu za granicą bez uzyskania uprzedniej zgody* krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* Twojego kraju zamieszkania, jeśli zgoda taka jest wymagana. Jeśli poddałeś(-aś) się leczeniu za granicą bez uzyskania wymaganej uprzedniej zgody* krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego*, istnieje możliwość, że Twoje wnioski o zwrot kosztów* zostaną odrzucone. W rezultacie możesz być zmuszony(-a) do samodzielnego poniesienia wszystkich kosztów leczenia za granicą.

Czy potrzebuję skierowania?

Jeśli chcesz się poddać leczeniu na podstawie *rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego**, wymóg przedstawienia skierowania zależy od tego, czy w kraju leczenia* funkcjonuje system skierowań. Jeśli system taki istnieje, dostęp do specjalistycznej opieki zdrowotnej w danym kraju może wymagać skierowania od lekarza POZ* z kraju zamieszkania lub od lekarza POZ* z kraju leczenia*.

Jeśli jednak zamierzasz skorzystać z leczenia za granicą na podstawie *dyrektywy 2011/24/UE**, wymóg przedstawienia skierowania zależy od tego, czy system skierowań na leczenie specjalistyczne funkcjonuje w Twoim kraju zamieszkania*. Jeśli dostęp do opieki zdrowotnej w Twoim kraju zamieszkania* nie wymaga skierowania, nie ma również obowiązku uzyskania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej* skierowania przed rozpoczęciem specjalistycznego leczenia za granicą.

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* oraz z krajowym punktem kontaktowym* w kraju zamieszkania. Krajowy punkt kontaktowy w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu, będzie w stanie udzielić Ci więcej informacji na temat tego, czy w tym kraju funkcjonuje system skierowań.

Gdzie znajdę informacje na temat list oczekujących?

Świadczeniodawca, szpital oraz krajowy punkt kontaktowy* w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu, mogą udzielić informacji na temat czasu oczekiwania na leczenie oraz ewentualnych obowiązujących list oczekujących.

Czy lokalny świadczeniodawca lub szpital mogą odmówić przyjęcia mnie jako pacjenta zagranicznego?

Świadczeniodawcy lub szpitale mogą ograniczyć przyjmowanie pacjentów zagranicznych tylko wtedy, gdy uzasadniają to nadrzędne względy interesu ogólnego, takie jak wymogi w zakresie planowania związane z celem polegającym na zapewnieniu wystarczającego i stałego dostępu do wysokiej jakości leczenia pacjentom krajowym na terytorium danego kraju. Może okazać się to konieczne na przykład w przypadku, gdy liczba pacjentów zagranicznych okaże się tak wysoka, iż lokalne szpitale będą przeciążone zbyt dużą liczbą pacjentów i nie będą w stanie sprostać zapotrzebowaniu, co doprowadzi do zbyt długich list oczekujących dla pacjentów krajowych.

Wszelkie ograniczenia w przyjmowaniu pacjentów zagranicznych muszą zostać wcześniej podane do wiadomości publicznej. Aby uzyskać więcej informacji na temat ewentualnych ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej za granicą, skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym* w kraju,

w którym chcesz się poddać leczeniu.

③ **Recepty**

Czy podczas pobytu za granicą mogę zrealizować w lokalnej aptece receptę wystawioną przez świadczeniodawcę prowadzącego moje leczenie w kraju zamieszkania?

Recepta* na leki lub wyroby medyczne wystawiona w Twoim kraju jest ważna w każdym kraju UE*/EOG*.

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; dawkowanie.

Należy pamiętać, że dany lek może być niedostępny lub niedopuszczony do sprzedaży w danym kraju. W miarę możliwości zawsze staraj się wykupić przepisane leki w kraju, w którym wystawiono receptę.

Czy mogę zrealizować receptę wystawioną za granicą w aptecę w moim kraju zamieszkania?

Każda apteka w Twoim kraju zamieszkania* musi uznać receptę wystawioną w innym kraju UE*/EOG*. Dzięki temu można zapewnić właściwą dalszą opiekę oraz ciągłość opieki po powrocie do kraju.

Aby jednak upewnić się, że recepta* zostanie uznana i dobrze odczytana przez krajowego farmaceutę, poinformuj swojego świadczeniodawcę, który wystawia receptę, o zamiarze zrealizowania jej w swoim kraju zamieszkania*. 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; dawkowanie.

Należy pamiętać, że dany lek może być niedostępny lub niedopuszczony do sprzedaży w Twoim kraju zamieszkania*. W miarę możliwości zawsze staraj się wykupić przepisane leki w kraju, w którym

wystawiono receptę.

④ Świadczeniodawcy i szpitale

Jak znaleźć świadczeniodawcę?

Krajowy punkt kontaktowy* w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu, będzie w stanie udzielić Ci więcej informacji na temat świadczeniodawców i sposobu skontaktowania się z nimi.

Jak znaleźć szpital, który przeprowadza interesujące mnie leczenie?

Krajowy punkt kontaktowy* w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu, będzie w stanie udzielić Ci więcej informacji na temat szpitali i sposobu skontaktowania się z nimi.

Gdzie znajdę więcej informacji na temat konkretnego świadczeniodawcy lub szpitala?

Jeśli potrzebujesz informacji na temat konkretnego świadczeniodawcy, najpierw skontaktuj się bezpośrednio ze świadczeniodawcą, z którego usług chcesz skorzystać. Ma on obowiązek udzielenia informacji na temat:

- statusu zezwolenia na działalność i rejestracji świadczeniodawcy, który jest potwierdzeniem jego prawa do prowadzenia praktyki lekarskiej
- ubezpieczenia świadczeniodawcy od odpowiedzialności zawodowej
- uprawnień świadczeniodawcy do świadczenia usług zdrowotnych objętych systemem zabezpieczenia społecznego.

Informacje te możesz uzyskać również od krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* lub krajowego punktu kontaktowego* kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu.

W jaki sposób mogę się dowiedzieć, czy szpital lub zakład opieki zdrowotnej, z którego usług chcę skorzystać, jest dostępny dla pacjentów niepełnosprawnych?

Świadczeniodawcą, szpital oraz krajowy punkt kontaktowy* w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu, mogą udzielić informacji na temat dostępności danego szpitala dla pacjentów niepełnosprawnych.

Jak znaleźć świadczeniodawcę?

Skontaktuj się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* lub krajowym punktem kontaktowym* w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu, aby uzyskać więcej informacji na temat tego, jak znaleźć świadczeniodawcę lub szpital oraz jak się z nim skontaktować.

⑤ Jakość leczenia

Jak mogę się upewnić, że leczenie będzie prowadzone zgodnie z określonymi wytycznymi w zakresie jakości i bezpieczeństwa?

Ponieważ transgraniczna opieka zdrowotna* jest świadczona zgodnie z przepisami kraju leczenia*, zastosowanie będą miały również normy jakości i bezpieczeństwa tego kraju. Aby uzyskać więcej informacji na temat obowiązujących norm jakości i bezpieczeństwa oraz świadczeniodawców podlegających tym normom, skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym* kraju leczenia*.

Jak mogę się upewnić, że świadczeniodawca, z którego usług chcę skorzystać, posiada kwalifikacje do prowadzenia praktyki lekarskiej i cieszy się dobrą reputacją?

Krajowy punkt kontaktowy* kraju leczenia* może udzielić szczegółowych informacji na temat prawa konkretnego świadczeniodawcy prowadzenia praktyki lekarskiej lub wszelkich możliwych ograniczeń tego prawa.

Jeśli potrzebujesz informacji na temat świadczeniodawców prowadzących leczenie konkretnej choroby przewlekłej lub rzadkiej, lokalna organizacja pacjentów może udzielić więcej informacji na temat reputacji konkretnego świadczeniodawcy. Krajowy punkt kontaktowy* kraju leczenia* może udzielić informacji na temat poszczególnych organizacji pacjentów w tym kraju.

⑥ Koszty i ich zwrot

Czy lokalny świadczeniodawca lub szpital może pobrać ode mnie wyższe opłaty, ponieważ jestem pacjentem zagranicznym?

Świadczeniodawca lub szpital mają obowiązek pobierania takich samych opłat, jakie obowiązują w przypadku pacjentów krajowych.

Gdzie znaleźć więcej informacji na temat cen leczenia?

Krajowy punkt kontaktowy* w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu, będzie w stanie udzielić więcej informacji na temat stawek opłat za opiekę medyczną obowiązujących na terenie tego kraju. Ponadto zagraniczny świadczeniodawca, z którym chcesz się skonsultować, jest zobowiązany do udzielenia Ci jasnych informacji na temat cen oferowanego leczenia.

Jakie są możliwości, aby część kosztów została pokryta przez krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* mojego kraju zamieszkania?

Zgodnie z przepisami UE po powrocie do kraju koszty leczenia* poniesione za granicą mogą zostać pokryte przez krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* w ramach dwóch różnych trybów: rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego* i dyrektywy 2011/24/UE*.

- Zgodnie z rozporządzeniami (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego* koszty zostaną pokryte według kwoty przewidzianej w przepisach ustawowych i wykonawczych kraju leczenia*.
- Zgodnie z dyrektywą 2011/24/UE koszty zostaną pokryte według kwoty przewidzianej w przepisach ustawowych i wykonawczych kraju zamieszkania*.

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

Zważywszy, że zabezpieczenie społeczne pozostaje w zakresie wyłącznej kompetencji państw członkowskich, możesz mieć również prawo do uzyskania pokrycia kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej* na mocy przepisów o wyłącznie krajowym charakterze, na przykład w ramach krajowych projektów w dziedzinie opieki zdrowotnej dla regionów przygranicznych.

Dowiedz się o wszystkich możliwościach dostępu do opieki zdrowotnej za granicą, kontaktując się z krajową służbą zdrowia* / podmiotem oferującym ustawowe ubezpieczenie zdrowotne*.

Czy muszę dokonać płatności z góry, gdy posiadam uprzednią zgodę* krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* mojego kraju zamieszkania?

To, czy koszty leczenia zostaną pokryte bezpośrednio przez krajową służbę zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* (płatność przez osobę trzecią*), czy też będziesz musiał(-a) pokryć wszystkie koszty z góry, a następnie wystąpić o zwrot kosztów, zależy od tego, czy poddałeś(-aś) się leczeniu za granicą na podstawie formularza S2* (tj. na podstawie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego), czy też na podstawie dyrektywy 2011/24/UE.

- Zgodnie z rozporządzeniami w sprawie zabezpieczenia społecznego* sposób płatności będzie zależał od systemu obowiązującego w kraju leczenia*. Ponieważ jesteś leczony(-a) tak, jakbyś był(-a) ubezpieczony(-a) w ramach systemu zabezpieczenia społecznego kraju leczenia*, przysługują Ci takie same prawa i uprawnienia, jeśli chodzi o metodę płatności, jak pacjentowi krajowemu objętemu powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Istnieją dwie możliwości:
 - ❖ Leczenie, którego potrzebujesz, jest bezpłatne (co często się zdarza), lub czasami wiąże się z niewielką kwotą współpłacenia – w takim przypadku koszty zostaną rozliczone bezpośrednio między świadczeniodawcą a organem ds. zabezpieczenia społecznego kraju leczenia. Następnie zagraniczny organ automatycznie skontaktuje się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* w Twoim kraju zamieszkania w celu uzyskania zwrotu, przy czym sam(-a) nie musisz podejmować żadnych dodatkowych działań. (! Pamiętaj, że w ramach swoich uprawnień do dodatku określonego w wyroku w sprawie Vanbraekel możesz odzyskać całość lub część kosztów współpłacenia*. Mówiąc dokładniej, dotyczy to sytuacji, gdy stawka opłaty za leczenie za granicą jest niższa niż stawka stosowana na mocy przepisów w zakresie zabezpieczenia społecznego w Twoim kraju zamieszkania*. Dowiedz się, jakie masz prawa i uprawnienia do uzupełnienia zwrotu w ramach dodatku określonego w wyroku w sprawie Vanbraekel*, kontaktując się z krajową służbą zdrowia* / ubezpieczycielem zdrowotnym* w kraju zamieszkania)
 - ❖ Musisz samodzielnie pokryć wszystkie koszty leczenia, a następnie wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów do lokalnego organu ds. zabezpieczenia społecznego, gdy jeszcze przebywasz za granicą, albo do krajowej służby zdrowia* / podmiotu oferującego ustawowe ubezpieczenie zdrowotne* po powrocie do kraju. W obu przypadkach zastosowana zostanie stawka zwrotu kosztów obowiązująca w kraju leczenia*.
- Zgodnie z dyrektywą 2011/24/UE zawsze będziesz musiał(-a) najpierw sam(-a) ponieść wszystkie koszty leczenia. Wszystkie faktury opłacasz bezpośrednio u zagranicznego świadczeniodawcy / w zagranicznym szpitalu. Po powrocie do kraju możesz wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów do krajowej służby zdrowia* / podmiotu oferującego ustawowe ubezpieczenie zdrowotne*. Zastosowane zostaną takie same stawki zwrotu kosztów, jak w przypadku leczenia prowadzonego w Twoim kraju zamieszkania*.

Jeśli muszę dokonać płatności z góry, do której instytucji należy się zwrócić z wnioskiem o zwrot kosztów?

Jeśli korzystasz z leczenia za granicą na zasadach określonych w rozporządzeniach (WE) nr 883/2004 i 987/2009 w sprawie zabezpieczenia społecznego* i musisz dokonać płatności z góry*, możesz wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów do lokalnego organu ds. zabezpieczenia społecznego, gdy jeszcze przebywasz za granicą, albo do krajowej służby zdrowia* / podmiotu oferującego ustawowe ubezpieczenie zdrowotne* po powrocie do kraju. W obu przypadkach zastosowana zostanie stawka zwrotu kosztów obowiązująca w kraju leczenia*.

Zgodnie z dyrektywą 2011/24/UE zawsze musisz dokonać płatności z góry*. Masz prawo wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów do krajowej służby zdrowia* / ubezpieczyciela zdrowotnego* Twojego kraju zamieszkania po powrocie do kraju. W tym przypadku zastosowana zostanie stawka zwrotu kosztów obowiązująca w Twoim kraju zamieszkania.

⑦ Prawa pacjentów

A co jeśli nie zgadzam się na leczenie lub zabieg zaproponowane przez zagranicznego świadczeniodawcę?

Jeśli nie zgadzasz się z proponowanym leczeniem, nie jesteś w żaden sposób zobowiązany do jego zaakceptowania. Świadczeniodawca ma obowiązek uzyskania Twojej świadomej zgody przed

rozpoczęciem leczenia lub zabiegu medycznego. Masz prawo do zmiany zdania i przerywania leczenia w dowolnym momencie.

Kwestia wyboru najodpowiedniejszego z medycznego punktu widzenia leczenia pozostaje jednak w gestii świadczeniodawcy. Nie przysługuje Ci prawo do wyegzekwowania każdego rodzaju leczenia, jakiego możesz sobie życzyć. Świadczeniodawca musi Ci udzielić informacji na temat proponowanego leczenia oraz ewentualnych alternatywnych sposobów leczenia.

Niezależnie od tego, czy zgadzasz się na proponowane leczenie, czy też wybierasz alternatywny sposób leczenia, Twoja zgoda jest wymagana do podjęcia jakiegokolwiek działania medycznego i na każdym etapie zabiegu medycznego. Ostatecznie sam(-a) decydujesz o tym, czy zgadzasz się na rozpoczęcie lub kontynuację leczenia lub na poddanie się zabiegowi.

Aby uzyskać więcej informacji na temat prawa do świadomej zgody, skontaktuj się z krajowym punktem kontaktowym* w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu.

Gdzie znajdę informacje na temat praw pacjenta w tym kraju?

Ponieważ transgraniczna opieka zdrowotna* jest świadczona zgodnie z przepisami kraju leczenia*, zastosowanie będą miały prawa pacjentów przewidziane w tych przepisach. W zakresie dostępu do opieki zdrowotnej i korzystania z leczenia przysługują Ci takie same prawa i uprawnienia, jak pacjentom krajowym, np. prawa do świadomej zgody, dostępu do dokumentacji medycznej, ochrony prywatności, wnoszenia skarg czy dochodzenia roszczeń.

Krajowy punkt kontaktowy* kraju leczenia* może udzielić więcej szczegółowych informacji na temat praw pacjentów obowiązujących w tym kraju.

⑧ Dalsza opieka

A co jeśli będę potrzebować dalszej opieki po poddaniu się leczeniu lub zabiegowi za granicą?

Jeśli poddałeś(-aś) się leczeniu za granicą i konieczne są dalsze badania, masz prawo do odpowiedniej dalszej opieki* w swoim kraju zamieszkania*, tak jakby samo leczenie miało miejsce w kraju, a nie za granicą. Twój kraj zamieszkania* ma obowiązek zapewnić Ci dalszą opiekę o takiej samej jakości, niezależnie od tego, gdzie odbyło się leczenie.

⑨ Dokumentacja medyczna i język

Gdzie znajdę informacje na temat języka używanego podczas leczenia?

Krajowy punkt kontaktowy* w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu, będzie w stanie udzielić Ci więcej informacji na temat języków używanych podczas leczenia w tym kraju.

Czy muszę samodzielnie zorganizować tłumaczenie ustne, gdy nie jestem w stanie zrozumieć mojego świadczeniodawcy z powodu bariery językowej?

Jeśli leczenie jest świadczone w innym języku, pamiętaj, aby sprawdzić, czy podczas kontaktu ze świadczeniodawcą lub świadczeniodawcami prowadzącymi leczenie oraz z pozostałym personelem medycznym za granicą będziesz musiał(-a) samodzielnie zorganizować tłumaczenie ustne.

Co świadczeniodawca powinien udokumentować w mojej dokumentacji medycznej?

Aby zapewnić ciągłość opieki po powrocie do kraju, masz prawo do otrzymania dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu leczenia lub zabiegu w formie pisemnej lub elektronicznej. Świadczeniodawca prowadzący leczenie za granicą powinien udokumentować dane, oceny

i wszelkiego rodzaju informacje na temat stanu zdrowia pacjenta oraz przebiegu choroby w okresie świadczenia opieki zdrowotnej, takie jak informacje dotyczące diagnozy, wyników badań, rezultatu leczenia, wykazu podawanych leków, wyników zabiegu itp.

Czy mam prawo dostępu do mojej dokumentacji medycznej?

Dyrektywa 2011/24/UE przewiduje, że każdy pacjent w transgranicznej opiece zdrowotnej* ma prawo do uzyskania co najmniej jednej kopii swojej dokumentacji medycznej. W szczególności masz prawo 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.

Jak zorganizować przekazanie mojej dokumentacji medycznej do kraju zamieszkania?

Przekazanie dokumentacji medycznej świadczeniodawcy prowadzącemu leczenie w kraju zamieszkania może być istotne dla zapewnienia ciągłości opieki i odpowiedniego dalszego leczenia.

Świadczeniodawca musi przekazać Ci co najmniej jedną kopię dokumentacji medycznej, aby umożliwić Ci samodzielne zorganizowanie przesłania dokumentacji. Świadczeniodawca może również sam zorganizować przekazanie Twojej dokumentacji medycznej bezpośrednio świadczeniodawcy prowadzącemu leczenie w kraju zamieszkania.

10 Skargi i błąd w sztuce

Co zrobić, jeśli nie jestem zadowolony(-a) z leczenia lub jeśli wystąpią nieprawidłowości w leczeniu?

Jeśli nie jesteś zadowolony(-a) z leczenia lub zabiegu medycznego, masz prawo do wniesienia skargi i dochodzenia roszczeń. W każdym przypadku zastosowanie będą jednak miały przepisy kraju leczenia. W rezultacie będziesz musiał(-a) wnieść skargę i dochodzić roszczeń zgodnie z procedurami administracyjnymi i sądowymi tego kraju. Będziesz podlegać zasadom proceduralnym, terminom, przepisom dotyczącym ciężaru dowodu oraz systemowi odszkodowań obowiązującym w kraju, w którym chcesz się poddać leczeniu.

Aby uzyskać więcej informacji na temat możliwości wniesienia skargi i dochodzenia roszczeń w przypadku wystąpienia nieprawidłowości w leczeniu, skontaktuj się z lokalnym krajowym punktem kontaktowym*.

Z kim należy się skontaktować, aby uzyskać więcej informacji na temat możliwości wniesienia skargi i dochodzenia roszczeń?

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

Jak mogę się upewnić, że świadczeniodawca ma ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej lub podobne gwarancje na wypadek wystąpienia nieprawidłowości w leczeniu?

W dyrektywie 2011/24/UE* nałożono na każdy kraj UE*/EOG* zobowiązanie do zapewnienia funkcjonowania systemu ubezpieczenia od odpowiedzialności zawodowej lub gwarancji bądź podobnych rozwiązań w zakresie leczenia świadczonego na jego terytorium.

Świadczeniodawca ma obowiązek udzielenia informacji na temat swojego ubezpieczenia od odpowiedzialności zawodowej.

11 Krajowe punkty kontaktowe

Czym są 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. KPK udzielą pacjentom informacji na rozmaite tematy w zależności od tego, czy pacjent jest pacjentem krajowym, który chce skorzystać z opieki zdrowotnej za granicą (pacjent wyjeżdżający*), czy też pacjentem zagranicznym, który chce skorzystać z opieki zdrowotnej w danym kraju (pacjent przyjeżdżający*).

Jak skontaktować się z krajowym punktem kontaktowym*?

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

