

Belgia

Zasady korzystania z Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ):

Na podstawie EKUZ przysługują rzeczowe świadczenia zdrowotne, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie pobytu w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (UE) lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA): Islandii, Liechtensteinu, Norwegii lub Szwajcarii. Ich udzielenie ma na celu zapobieżenie przymusowemu powrotowi świadczeniobiorcy do Polski przed końcem planowanego pobytu w celu uzyskania rzeczowych świadczeń zdrowotnych. O tym, czy w konkretnym przypadku dane świadczenia są niezbędne decyduje lekarz, biorąc pod uwagę charakter tych świadczeń oraz przewidywany okres pobytu polskiego świadczeniobiorcy w danym państwie członkowskim UE/EFTA. Każde państwo członkowskie UE/EFTA ustala własne kryteria i zasady udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych. Dlatego polski świadczeniobiorca udający się tymczasowo do jednego z państw członkowskich ma prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w tym kraju, na takich samych zasadach, jak osoby podlegające tamtejszemu ustawodawstwu. Zgodnie z ustawodawstwem większości państw członkowskich UE/EFTA pacjent zobowiązany jest do ponoszenia częściowych kosztów udzielanych mu rzeczowych świadczeń zdrowotnych, jako jego współudział w kosztach leczenia. Wiąże się to z koniecznością ponoszenia takich, dodatkowych opłat także przez polskiego świadczeniobiorcę. Koszty współpłacenia pacjenta nie podlegają zwrotowi przez NFZ. W przypadku korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w państwie pobytu, należy możliwie najwcześniej okazać EKUZ lekarzowi lub administracji szpitala. W niektórych państwach wymagane jest także okazanie dokumentu potwierdzającego tożsamość (preferowany paszport) wraz z EKUZ oraz pozostawienie lekarzowi kserokopii karty. Warto jest, więc mieć przy sobie kilka jej kserokopii.

W wielu kurortach turystycznych lekarze przyjmują tylko prywatnie. W związku z tym nie honorują EKUZ. Ponadto, rzeczowe świadczenia zdrowotne związane z leczeniem skutków wypadków podczas uprawiania sportów, np. zimowych mogą być obciążone wyższymi opłatami, niż rzeczowe świadczenia zdrowotne z tym niezwiązane. Zaleca się wykupienie dodatkowego, prywatnego ubezpieczenia obejmującego koszty opieki zdrowotnej, do której finansowania NFZ nie jest uprawniony, w tym przede wszystkim, tzw. koszty współpłacenia pacjenta, o których mowa poniżej.

UWAGA!

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) zachowuje ważność do daty na niej wskazanej, chyba, że w czasie, w którym była ważna, dana osoba utraciła status świadczeniobiorcy. W takiej sytuacji EKUZ traci ważność w tym samym dniu, co utrata statusu świadczeniobiorcy uprawniającego do korzystania z opieki zdrowotnej na koszt NFZ.

Jak uzyskać opiekę medyczną, na podstawie EKUZ w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej:

Pacjent może korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej we wszystkich placówkach służby zdrowia. Informacji o świadczeniodawcach, którzy zawarli umowę z kasami chorych udzielają poszczególne placówki służby zdrowia i kasy chorych.

112 lub 100
Numer alarmowy, pod który może zadzwonić pacjent w nagłych przypadkach zdrowotnych

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Jeżeli zachodzi potrzeba skorzystania z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, nie jest wymagane uzyskanie skierowania od lekarza, ale jest to rekomendowane.

Leczenie szpitalne:

Jeżeli zachodzi potrzeba leczenia szpitalnego, niezbędne jest uzyskanie skierowania od lekarza, jednak w nagłych przypadkach pacjent może się zgłaszać bezpośrednio do szpitala, bez skierowania.

Recepty:

Każdy lekarz jest uprawniony do wystawiania recept na leki objęte refundacją. Recepty można realizować w aptekach (Pharmacie-Apotheek)

Udział pacjenta w finansowaniu leczenia (koszty współpłacenia) niepodlegający zwrotowi przez NFZ:

Lekarz pierwszego kontaktu, ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Pacjent korzystający ze świadczeń udzielanych przez lekarza pierwszego kontaktu oraz świadczeń udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Belgii musi najpierw pokryć we własnym zakresie pełne koszty udzielonych mu świadczeń w placówce, w której ma miejsce leczenie, a następnie może ubiegać się o zwrot ich części w lokalnej belgijskiej kasie chorych.

Świadczeniodawca wystawi zaświadczenie stwierdzające, jakich świadczeń udzielił, tzw. *Attestation de soins donnés/Getuigschrift voor verstrekte hulp*.

Po złożeniu tego zaświadczenia kasa chorych zwróci pacjentowi koszty udzielonych mu świadczeń pomniejszone o udział własny pacjenta, który w przypadku porad lekarskich udzielanych przez lekarza pierwszego kontaktu wynosi od 20% do 40%. W przypadku świadczeń udzielanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej koszty współpłacenia pacjenta wynoszą generalnie od 40% do 70%.

Należy pamiętać, że placówki służby zdrowia, które nie przystąpiły do ogólnokrajowej umowy z kasami chorych, mogą stosować za udzielane świadczenia zdrowotne wyższe stawki niż uzgodnione w umowie. Natomiast, kasa chorych zwraca koszty według stawek uzgodnionych w umowach ze świadczeniodawcami, także wtedy, gdy świadczenia zostały udzielone po wyższej cenie. W tej sytuacji koszt współpłacenia ponoszony przez pacjenta będzie odpowiednio wyższy.

Leczenie szpitalne:

W przypadku leczenia szpitalnego kasa chorych pokrywa większość kosztów bezpośrednio szpitalowi, lecz pacjent musi pokryć we własnym zakresie poniższe koszty:

- ryczałt za pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wysokości 42,58 EUR,

- opłatę za każdy następny dzień pobytu w szpitalu w wysokości 15,39 EUR, dzieci w wysokości 5,44 EUR,
- dzienną opłatę za leki stosowane podczas hospitalizacji w wysokości 0,62 EUR.

Recepty:

Wykupując leki, pacjent powinien najpierw zapłacić ich pełną cenę, a potem może on ubiegać się o zwrot części poniesionych kosztów w lokalnej kasie chorych. Farmaceuta wystawi pacjentowi rachunek wraz z listą zakupionych leków.

Po złożeniu tego rachunku w lokalnej kasie chorych, kasa zwraca pacjentowi koszty pomniejszone o udział własny pacjenta, który wynosi:

- za leki: 0%, 25%, 50%, 60%, 80%, w zależności od rodzaju leku, lub sztywno określoną kwotę maksymalną
- za przepisanie recepty: 2,00 EUR.

Leczenie prywatne:

Koszty leczenia uzyskanego w placówce funkcjonującej poza publicznym systemem ochrony zdrowia w Belgii pacjent pokrywa w całości we własnym zakresie. O zwrot poniesionych kosztów może on ubiegać się w Polsce we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ. Po spełnieniu wszystkich wymaganych prawem warunków koszty te zostaną zwrócone, jednak wg polskich stawek, tj. zgodnie z cenami świadczeń opieki zdrowotnej obowiązującymi w rozliczeniach między NFZ, a polskimi świadczeniodawcami. Zwracana pacjentowi kwota nie może jednak przekroczyć wysokości faktycznie poniesionych wydatków. Więcej informacji na temat warunków i trybu ubiegania się o zwrot kosztów leczenia w placówkach funkcjonujących poza publicznym systemem ochrony zdrowia można uzyskać tutaj: <http://www.kpk.nfz.gov.pl/pl/leczenie-w-innym-panstwie/zwrot-kosztow-swiadczen.html>.

Pogotowie ratunkowe w Belgii:

Aby wezwać pogotowie ratunkowe należy zadzwonić pod numer 100 lub 112. Wówczas zostanie wysłana karetka certyfikowana przez Service public fédéral (SPF) Santé Public. Jeżeli pacjent chce zamówić transport medyczny i nie znajduje się w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, wówczas powinien zawnioskować o to do kasy chorych.

Co do zasady, transport karetką do szpitala w Belgii jest w pełni płatny.

Jednak, w przypadku, gdy:

- karetkę pogotowia wezwano do wypadku przy pracy, poszkodowanemu przysługuje prawo do zwrotu w wysokości 100% poniesionych kosztów transportu; lub
- konieczność przewiezienia pacjenta środkami transportu medycznego zostanie potwierdzona przez lekarza, pacjent ma prawo do zwrotu w wysokości 33% poniesionych kosztów transportu.

Transport międzynarodowy:

Co do zasady, pacjent ponosi pełne koszty transportu powrotnego do Polski. W wyjątkowych sytuacjach polski świadczeniobiorca może ubiegać się o zgodę dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju. Szczegółowe informacje na ten temat można znaleźć na stronie <https://www.ekuz.nfz.gov.pl/transport-transgraniczny/transport-powrotny-w-celu-kontynuacji-leczenia-rozpoczetego-w-innym-panstwi>.

Zasady uzyskania zwrotu poniesionych kosztów leczenia:

O zwrot części poniesionych kosztów leczenia można ubiegać się jeszcze w trakcie pobytu w Belgii, zwracając się z wnioskiem do lokalnej belgijskiej kasy chorych. Do wniosku należy załączyć

zaświadczenia wydane przez lekarza *Attestation de soins donnés/Getuigschrift voor verstrekte hulp*, kserokopię EKUZ, rachunki ze szpitala, dowody zapłaty z aptek i kopie wszystkich recept.

Istnieje także możliwość ubiegania się o zwrot kosztów we właściwym oddziale NFZ po powrocie do Polski. Do wniosku o zwrot kosztów należy załączyć: oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje:

Wszelkie informacje można uzyskać w biurach regionalnych Pomocniczej Kasy Chorych (Casse auxiliare d'assurance maladie- invalidité/ Hulpas voor Ziekte Invaliditeitsverzekering) lub biurach lokalnych kas chorych (mutualité/ ziekenfonds), bądź w instytucji łącznikowej:

RIZIV Dienst Geneeskundige Verzorging /

INAMI Service Soins de Santé

Direction Relations Internationales

Avenue de Tervueren 211

1150 BRUXELLES

Tel. : 0032 2 739 71 11

Fax : 0032 2 739 72 91

www.riziv.fgov.be

email: RIR@RIZIV.FGOV.BE