

Francja

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 uprawnionego do korzystania z opieki zdrowotnej na koszt NFZ.

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

Należy korzystać ze świadczeń placówek służby zdrowia działających w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej (conventionné). Ich wykaz dostępny jest na stronie internetowej: <http://ameli-direct.ameli.fr/>

**„112” lub „15”
Numer alarmowy, pod który może zadzwonić pacjent w nagłych przypadkach zdrowotnych**

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Jeżeli zachodzi potrzeba skorzystania z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, po okazaniu EKUZ nie jest wymagane skierowanie od lekarza.

Leczenie szpitalne:

Jeżeli zachodzi potrzeba skorzystania z leczenia szpitalnego pacjent może się leczyć w dowolnie wybranym przez siebie szpitalu, jednak przed skorzystaniem ze świadczeń zdrowotnych należy się upewnić, czy dany szpital lub klinika działa w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej (conventionné).

Recepty:

Lekarze działający w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej (conventionné) mają prawo do wystawiania recept na leki objęte refundacją. Leki wydawane z przepisu lekarza pacjent może uzyskać w każdej aptece okazując receptę oraz dokument zwany *Feuille de Soins* (wydaje lekarz) lub *Feuille de Soins Bucco-dentaires* (wydaje lekarz dentyista).

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

Pacjent korzystający ze świadczeń zdrowotnych we Francji 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 francuskiej kasie chorych – Caisse Primaire D'Assurance Maladie (CPAM) lub w CGSS (w przypadku terytoriów zamorskich).

Lekarze dzielą się na dwie kategorie:

kategoria 1: lekarze, którzy pobierają opłaty zgodne z oficjalnymi stawkami

kategoria 2: lekarze, którzy oprócz oficjalnej stawki pobierają jeszcze dodatkową opłatę.

Honorarium należy uiścić na miejscu lekarzowi, który wydaje pacjentowi dokument *Feuille de Soins/Feuille de Soins Bucco-dentaires* i w razie potrzeby receptę.

Lekarz pierwszego kontaktu, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie stomatologiczne, badania laboratoryjne:

Pełny koszt wizyty u lekarza pierwszego kontaktu i lekarza dentyisty wynosi 23 EUR, u lekarza specjalisty wynosi 25 EUR, z których to kwot kasa chorych zwraca pacjentowi 70%. Dodatkowo, pacjent musi każdorazowo pokryć we własnym zakresie ryczałt w wysokości 1 EUR, przy czym ww. opłaty nie wnoszą się, jeżeli u tego samego świadczeniodawcy w tym samym dniu łączna suma ryczałtu przekroczyła kwotę w wysokości 4 EUR.

Jeśli lekarz stosuje stawki wyższe (kategoria 2), niż ustalone w cenniku kasy, różnicę pacjent musi pokryć we własnym zakresie.

Badania laboratoryjne, świadczenia paramedyczne, rozszerzone świadczenia medyczne i chirurgiczne:

Koszty badań laboratoryjnych kasa chorych zwraca pacjentowi w wysokości 60%. Podobnie, jak w przypadku opłat za wizytę u lekarza, pacjent musi każdorazowo pokryć we własnym zakresie ryczałt w wysokości 1 EUR, przy czym ww. opłaty nie wnosi się, jeżeli u tego samego świadczeniodawcy w tym samym dniu łączna suma ryczałtu przekroczyła kwotę w wysokości 4 EUR. Koszty świadczeń paramedycznych (wykonywanych przez pomocniczy personel medyczny) kasa chorych zwraca pacjentowi w wysokości 60%. Pacjent musi również pokryć we własnym zakresie każdorazowo ryczałt w wysokości 0,50 EUR za każde świadczenie, przy czym ww. opłaty nie wnosi się, jeżeli u tego samego świadczeniodawcy w tym samym dniu łączna suma ryczałtu przekroczyła kwotę w wysokości 2 EUR.

Koszty rozszerzonych świadczeń medycznych i chirurgicznych powyżej kwoty w wysokości 120 EUR zwracane są pacjentowi przez kasę chorych w 100%. Pacjent musi pokryć we własnym zakresie każdorazowo ryczałt w wysokości 18 EUR za każde świadczenie, bez względu na jego koszt. Ryczałt ten pacjent musi pokryć we własnym zakresie bez względu na to, czy świadczenia zostały udzielone w prywatnym gabinecie, czy w trakcie pobytu w szpitalu.

Leczenie szpitalne:

W przypadku leczenia szpitalnego, z reguły kasa chorych bezpośrednio pokrywa koszty leczenia w wysokości 80% lub w niektórych przypadkach w 100%. Pacjent musi pokryć we własnym zakresie pozostałe koszty leczenia w wysokości 20%, w tym jest wliczona dzienna opłata ryczałtowa (*forfait journalier*).

Jeżeli pacjent jest uprawniony do zwrotu kosztów leczenia w wysokości 100%, wówczas musi pokryć we własnym zakresie ryczałtową opłatę dzienną (*forfait journalier*) za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości 18 EUR.

Jeżeli podczas pobytu w szpitalu zostały udzielone rozszerzone świadczenia medyczne i chirurgiczne pacjent musi pokryć we własnym zakresie drugi ryczałt w wysokości 18 EUR.

Leki:

W przypadku zakupu leków kasa chorych zwraca pacjentowi ich koszty w wysokości 15%, 30%, 65% lub 100% ceny. Od należnej kwoty zwrotu za dany lek, kasa chorych potrąca opłatę ryczałtową w wysokości 0,50 EUR za każde wykupione opakowanie tego leku. Cenę leków farmaceuta wpisuje na dokumencie *Feuille de Soins/ Feuille de Soins Bucco-dentaires*, który następnie oddaje pacjentowi wraz z receptą.

Leczenie prywatne:

Koszty leczenia uzyskanego w placówce funkcjonującej poza publicznym systemem ochrony zdrowia we Francji 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-swadczen.html>.

Pogotowie ratunkowe we Francji:

Pacjent musi pokryć koszty transportu karetką we własnym zakresie. Kasa chorych zwraca pacjentowi koszty transportu w wysokości 65%. Od należnej kwoty zwrotu kasa chorych potrąca pacjentowi opłatę ryczałtową w wysokości 2 EUR, przy czym ww. opłaty nie wnosi się, jeżeli u tego samego świadczeniodawcy w tym samym dniu łączna suma ryczałtu przekroczyła kwotę w wysokości 4 EUR.

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 we Francji, zwracając się z wnioskiem do lokalnej francuskiej kasy chorych – Caisse Primaire D'Assurance Maladie (CPAM) lub do CGSS (w przypadku terytoriów zamorskich).

Do wniosku o zwrot kosztów należy załączyć: dokument *Feuille de Soins/ Feuille de Soins Bucco-dentaires* opatrzony datą i podpisem wraz z receptą i kserokopią Europejskiej Karty Ubezpieczenia zdrowotnego lub Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ. Wymagane są także: adres zamieszkania, międzynarodowy numer rachunku bankowego i kod identyfikujący bank (IBAN i BIC / SWIFT). Szczegółowe informacje dotyczące wysokości zwrotu kosztów dostępne są na stronie internetowej:

<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement.php>

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 kasach chorych (CPAM), bądź w instytucji łącznikowej:

Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (C.L.E.I.S.S.)

11, rue de la tour des Dames

75436 Paris cedex 09, France

Tel. : 0033 14 526 33 41, Fax : 0033 14 995 06 50

www.cleiss.fr