



Holandia

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 zdrowotnych udzielanych przez lekarzy (Huisarts), lekarzy dentystów (Tandarts), placówek służby zdrowia i szpitali, które działają w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Lokalny oddział funduszu ubezpieczenia zdrowotnego (zorgverzekeraar) udostępnia listę nazwisk i adresów lekarzy posiadających umowę z danym funduszem.

112

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

Lekarz pierwszego kontaktu:

Pacjent powinien skorzystać z porady telefonicznej bądź udać się do lekarza lub zamówić wizytę domową – jeśli nie jest w stanie przyjść do gabinetu lekarskiego - w wyznaczonych godzinach przyjęć.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Jeżeli zachodzi potrzeba skorzystania z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, niezbędne jest uzyskanie skierowania od lekarza. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna obejmuje świadczenia udzielane w ramach praktyki prowadzonej przez lekarza specjalistę lub w przychodni przyszpitalnej.

Psychiatryczna opieka zdrowotna:

W razie problemów dotyczących zdrowia psychicznego pacjent powinien najpierw udać się do lekarza pierwszego kontaktu, który podejmie decyzję o leczeniu pacjenta samodzielnie lub o skierowaniu go do Basic GGZ (centrum podstawowej opieki psychiatrycznej) lub do Specialised GGZ (centrum specjalistycznej opieki psychiatrycznej).

- Basic GZZ - w centrach podstawowej opieki psychiatrycznej leczeni są pacjenci z lekkimi i średnimi zaburzeniami psychicznymi. Świadczenia zdrowotne udzielane są tam przez psychologów, psychoterapeutów i lekarzy psychiatrów.
- Specialist GGZ- w centrach specjalistycznej opieki psychiatrycznej leczeni są pacjenci z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Świadczenia zdrowotne udzielane są tam przez lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów lub psychologów klinicznych.

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. Wówczas pacjent powinien w ciągu 48 godz. przekazać EKUZ (lub jej kopię) administracji szpitala i poprosić o niezwłoczne skontaktowanie się z holenderską instytucją łącznikową CAK.

Recepty:

Uprawnionym do wystawiania recept na leki objęte refundacją jest lekarz praktykujący w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Receptę można zrealizować w aptece. Termin ważności recept wynosi 1 rok.

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

Lekarz pierwszego kontaktu, ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Koszty wizyty u lekarza pierwszego kontaktu lub u lekarza specjalisty są pokrywane przez CAK. Należy jednak podkreślić, że pacjent powinien pokryć we własnym zakresie koszty za konsultację lekarza specjalisty w szpitalu, jeżeli nie ma ona związku z przyjęciem pacjenta do szpitala.

Psychiatryczna opieka zdrowotna:

a) Pacjenci poniżej 18 roku życia

W przypadku pacjentów poniżej 18 roku życia psychiatryczna opieka zdrowotna nie jest finansowana ze środków publicznych, zatem pacjent powinien pokryć jej koszt we własnym zakresie.

b) Pacjenci, którzy ukończyli 18 rok życia i starsi

Leczenie psychiatryczne w centrach podstawowej opieki psychiatrycznej i w centrach specjalistycznej opieki psychiatrycznej jest w pełni finansowane przez CAK, zatem pacjent nie ponosi kosztów współpłacenia.

Leczenie stomatologiczne:

a) Pacjenci poniżej 18 roku życia

CAK pokrywa koszt wszystkich świadczeń stomatologicznych z wyjątkiem koron, mostów, implantów i leczenia ortodontycznego.

b) Pacjenci, którzy ukończyli 18 rok życia i starsi

CAK pokrywa koszty leczenia stomatologicznego tylko w przypadkach szczególnych, np. poważnych chorób zgryzu. W takiej sytuacji lekarz dentysta obciąży pacjenta kosztami wg stawki godzinowej. Przed udzieleniem świadczenia lekarz dentysta będzie musiał wystąpić do CAK z wnioskiem o wydanie zgody na pokrycie kosztów leczenia.

Ponadto CAK pokrywa koszt następujących świadczeń: proteza górna, proteza dolna lub proteza pełna (górna i dolna). Jednakże w tym przypadku pacjent powinien pokryć we własnym zakresie koszt współpłacenia w wysokości 25% wartości świadczenia. Naprawa, dostosowanie i regulacja protez są wolne od kosztów współpłacenia.

Jeżeli pacjent nosi protezę dolną i górną, CAK może pokryć koszt wszczepienia implantów, które mają za zadanie podtrzymanie protez. Wówczas koszt współpłacenia pacjenta wynosi 125 EUR za jedną szczękę. Aby pacjent mógł skorzystać z tego świadczenia, lekarz dentysta powinien wystąpić do CAK z wnioskiem o zgodę na jego sfinansowanie.

Koszty przeglądu stomatologicznego oraz wypełnień pacjent powinien pokryć we własnym zakresie.

Leczenie szpitalne:

CAK pokrywa koszty leczenia szpitalnego, chyba, że pacjent zdecyduje się na wyższy standard (pierwszą lub drugą klasę), wówczas będzie musiał ponieść część kosztów pobytu i leczenia w szpitalu.

Leki:

Leki na receptę są w pełni refundowane, chyba że pacjent wykupuje droższy lek niż jego w pełni refundowany odpowiednik o tym samym działaniu. Wówczas pacjent pokrywa różnicę ich cen. Ponadto refundacji podlegają wyłącznie leki wydawane z przepisu lekarza (np. tabletki lub maści), których pacjent potrzebuje podczas pobytu w Holandii.

Zaleca się, aby przed zakupem leku zawsze zapytać farmaceutę, czy będzie on objęty refundacją.

Pacjent powinien pokryć ze środków własnych koszt szczepień przeciwko grypie, ekspertyz lekarskich oraz koszty związane z ponownym wystawieniem recepty przez lekarza.

Ponadto CAK prawie nigdy nie pokrywa kosztów świadczeń z zakresu chirurgii plastycznej, obrzeżania oraz sterylizacji.

Leczenie prywatne:

Koszty leczenia uzyskanego w placówce funkcjonującej poza publicznym systemem ochrony zdrowia w Holandii 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 Holandii:

Refundacją objęty jest wyłącznie krajowy transport medyczny pacjenta – w tym lotniczy, wodny i górski - do świadczeniodawcy działającego na terenie Holandii. Pacjent nie ponosi z tego tytułu kosztów współpłacenia.

Ponadto istnieje możliwość refundacji transportu pacjenta samochodem prywatnym, taksówką lub środkami transportu publicznego w następujących przypadkach:

- transport pacjenta na dializy nerek;
- transport pacjenta na chemioterapie lub radioterapie;
- transport osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim, w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych;
- transport osoby niewidomej lub słabo widzącej, która nie jest w stanie się przemieszczać bez opiekuna, w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych.

Pacjent należący do którejś z ww. grup osób powinien złożyć do CAK pisemny wniosek o refundację kosztów transportu medycznego. Do przedmiotowego wniosku powinien dołączyć zaświadczenie lekarskie, które będzie potwierdzało jego przynależność do jednej z tych grup. Następnie CAK udzieli pacjentowi odpowiedzi, czy będzie możliwe pokrycie jego kosztów transportu, lecz najpierw pacjent powinien opłacić z tego tytułu koszt współpłacenia, który wynosi 97,00 EUR rocznie.

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-rozпочetego-w-innym-panstwi>.

Zasady uzyskania zwrotu poniesionych kosztów leczenia:

O zwrot części poniesionych kosztów leczenia można ubiegać się jeszcze w trakcie pobytu w Holandii, zwracając się z wnioskiem do CAK.

Do wniosku o zwrot kosztów trzeba załączyć: oryginały rachunków i dowodów zapłaty. Na dowodzie zapłaty za leki powinny być wyszczególnione zakupione leki oraz dane lekarza, który je przepisał. W przypadku transportu medycznego należy dołączyć zaświadczenie lekarskie o niezbędności transportu.

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 instytucji łącznikowej:

CAK

Prinses Beatrixlaan 7

NL 2595 AK Den Haag

The Netherlands

Tel. 088 711 4000

www.hetcak.nl