

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 udzielanych w placówkach posiadających umowę z państwową służbą zdrowia. Informacje o dostępnych lekarzach pierwszego kontaktu można uzyskać pod numerem telefonu 8001234 (połączenie bezpłatne).

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

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Jeżeli zachodzi potrzeba skorzystania z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, niezbędne jest uzyskanie skierowania od lekarza.

Skierowanie nie jest wymagane do następujących specjalistów:

- ginekologa;
- okulisty;
- pediatry;
- chirurga dziecięcego;
- dermatologa i wenerologa, jeśli pacjent cierpi na chorobę przenoszoną drogą płciową;
- endokrynologa, jeśli pacjent cierpi na cukrzycę;
- onkologa, jeśli pacjent cierpi na choroby onkologiczne;
- psychiatry, jeśli pacjent cierpi na chorobę psychiczną;
- pulmonologa, jeśli pacjent cierpi z powodu gruźlicy.

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:

Tylko lekarze pracujący w placówkach posiadających umowę z państwową służbą zdrowia mają prawo do wystawiania recept na leki objęte refundacją. Leki objęte refundacją można uzyskać w aptece jedynie na podstawie recepty wystawionej przez lekarza. Okres ważności recept na leki objęte refundacją oraz na inne nią nie objęte wynosi 3 miesiące.

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

Lekarz pierwszego kontaktu:

Za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu pacjent musi pokryć we własnym zakresie standardową opłatę w wysokości od 1.42 EUR do 4.27 EUR.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Opłata za badania diagnostyczne wykonane w związku z leczeniem ambulatoryjnym wynosi od 1.42 EUR do 35.57 EUR.

Leczenie stomatologiczne:

Leczenie stomatologiczne w placówkach posiadających umowę z państwową służbą zdrowia jest bezpłatne dla dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia. Dorośli płacą pełną cenę zgodnie z cennikiem danego lekarza stomatologa i mają swobodę wyboru dowolnego lekarza.

Leczenie szpitalne:

Leczenie szpitalne wiąże się z poniesieniem kosztów stawki dziennej liczonej od drugiego dnia pobytu w wysokości 10 EUR oraz 7,11 EUR za leczenie w szpitalach specjalistycznych. Suma opłat nie może przekroczyć 355,72 EUR za jeden pobyt w szpitalu i 569,15 EUR w danym roku.

Leki:

Za leki objęte refundacją naliczana jest stawka ryczałtowa w wysokości 0,71 EUR oraz 0%, 10%, 25% lub 50% ceny. Pozostałe leki są w pełni odpłatne.

Z dodatkowych opłat zwolnione są dzieci i młodzież poniżej 18 roku życia, pacjenci dializowani, oraz kobiety będące w okresie ciąży, porodu i połogu- do 42 dnia po porodzie.

Pacjent musi pokryć we własnym zakresie koszty świadczeń zdrowotnych w zakresie: chirurgii estetycznej i kosmetologii, aborcji (z wyjątkiem tych, wykonanych ze względów medycznych), świadczeń udzielanych przez banki komórek macierzystych, zabiegów SPA, niekonwencjonalnych metod medycyny itp.

Leczenie prywatne:

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

Podmiotem uprawnionym do transportu pacjenta do szpitala jest Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMP). W nagłych przypadkach transport karetką do szpitala jest bezpłatny.

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:

W celu uzyskania zwrotu kosztów należy zwrócić się z wnioskiem do właściwego oddziału 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:

Nacionālais veselības dienests

Cēsu street 31 k-3,

LV-1012 Rīga,

Latvija

Tel. 00371 67045005

Fax. 00371 67043701

www.vmnvd.gov.lv