



Chorwacja

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 ECUZ w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej:

Należy korzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w placówkach służby zdrowia, które podpisały umowę z Chorwackim Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego (HZZO). Wszystkie placówki są specjalnie oznaczone – logo wskazującym, że dany świadczeniodawca działa w oparciu o umowę zawartą z HZZO. Szczegółowe informacje na temat świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z HZZO można uzyskać w regionalnych oddziałach HZZO oraz na stronie internetowej: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/>.

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.

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:

Uprawnionym do wystawiania recept na leki objęte refundacją jest lekarz. Leki można uzyskać w aptekach na podstawie recepty wystawionej przez lekarza. Recepta zachowuje ważność przez 15 dni od dnia wystawienia, z wyjątkiem:

- antybiotyków – jest ważna 3 dni od dnia wystawienia,
- leków zawierających substancje narkotyczne lub psychotropowe – ważna jest 5 dni od dnia wystawienia.

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 koszt w wysokości 10 HRK.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne:

Pacjent pokrywa 20% kosztów leczenia. Maksymalna kwota do zapłaty z tytułu współpłacenia nie może przekroczyć 60,13% podstawy budżetowej (która wynosi 3.326 HRK) lub 2000 HRK.

Leczenie stomatologiczne:

Za wizytę u lekarza dentyisty pacjent musi pokryć we własnym zakresie koszty w wysokości 10 HRK, jeżeli uzyskane w ramach tej wizyty świadczenia są świadczeniami należącymi do koszyka świadczeń gwarantowanych. Za pozostałe świadczenia oraz materiały ponadstandardowe pacjent musi pokryć koszty we własnym zakresie.

Leki:

Co do zasady, pacjent ponosi koszty współpłacenia za leki. Tylko niektóre, podstawowe leki wydawane z przepisu lekarza pacjent otrzymuje bezpłatnie. Ponadto, pacjent musi pokryć w całości we własnym zakresie koszt leków nie ujętych na liście leków refundowanych, sporządzonej przez HZZO.

Kosztów współpłacenia pacjent nie ponosi w następujących przypadkach:

- opieka medyczna dla dzieci oraz dla studentów studiów dziennych,
- opieka medyczna dla kobiet w ciąży i związana z porodem,
- prewencyjne świadczenia zdrowotne dla kobiet,
- opieka medyczna w zakresie zwalczania i zapobiegania chorobom związanym z zakażeniem wirusem HIV oraz innymi chorobami zakaźnymi,
- obowiązkowe szczepienia, immunoprofilaktyka i chemoprofilaktyka,
- opieka szpitalna nad pacjentami z przewlekłymi schorzeniami psychiatrycznymi,
- kompleksowe leczenie nowotworów złośliwych,
- hemodializy i dializy otrzewnowe,
- ambulatoryjne świadczenia medyczne w stanach nagłych,
- wizyty domowe i leczenie w warunkach domowych,
- opieka medyczna nad osobami w wieku powyżej 65 roku życia.

Leczenie prywatne:

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

Transport pacjenta do szpitala (także wodny lub lotniczy) w stanach nagłych jest bezpłatny. Pacjent transportowany jest do szpitala karetką, należącą do świadczeniodawcy mającego podpisaną umowę z CHIF.

Ratownictwo górskie – w tym transport górski - nie jest objęte zakresem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

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 regionalnych oddziałach HZZO bądź w instytucji łącznikowej:

Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje (HZZO)

Margaretska 3

10 000 Zagrzeb

Chorwacja

Telefon: +385 1 4806-333

Telefon z terytorium Chorwacji: 0800 79 79

Faks: +385 1 4812-606

www.hzzo.hr