



Słowacja

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 przez placówki służby zdrowia, które podpisały umowę z jednym z 3 towarzystw ubezpieczeń zdrowotnych (zdravotná poisťovňa). Korzystając z opieki zdrowotnej, należy wybrać jedno z towarzystw ubezpieczeniowych. Informacje na temat świadczeniodawców posiadających takie umowy dostępne są w biurach towarzystw i na ich stronach internetowych.

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 stomatologiczne:

Leczenie stomatologiczne jest dostępne w ograniczonym zakresie.

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:

Lekarzem uprawnionym do wystawienia recept na leki objęte refundacją jest każdy lekarz posiadający kontrakt z towarzystwem ubezpieczeń zdrowotnych. Okres ważności recept wynosi 7 dni, na antybiotyki i chemioterapeutyki - 3 dni, a na leki przepisane przez pogotowie - 1 dzień. Leki można uzyskać w aptekach na podstawie recepty wystawionej przez lekarza.

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

Lekarz pierwszego kontaktu, ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Uzyskanie świadczeń lekarza pierwszego kontaktu i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest bezpłatne.

Leczenie stomatologiczne:

Za leczenie stomatologiczne w nagłych przypadkach pobierana jest opłata w wysokości 2 EUR. Pacjent może ponieść koszty materiałów wykorzystanych w trakcie leczenia. Koszty pozostałych świadczeń stomatologicznych pacjent ponosi we własnym zakresie.

Leczenie szpitalne:

Za wizytę w pogotowiu ("Lekárska služba prvej pomoci", "Ústavná pohotovosť") pobierana jest opłata w wysokości 2 EUR lub 10 EUR. Jeżeli okaże się, że po badaniu konieczne będzie pozostanie pacjenta w szpitalu, powyższa opłata nie zostanie pobrana. W przypadku leczenia szpitalnego od osoby towarzyszącej pacjentowi naliczana jest opłata w wysokości 3,30 EUR za dzień.

Leki:

Wykupując leki na receptę pacjent ponosi zryczałtowaną opłatę w wysokości 0,17 EUR za receptę. Niektóre leki na receptę są wydawane bezpłatnie, a za niektóre obowiązuje dopłata częściowa lub opłata w pełnej wysokości za lek.

Leczenie prywatne:

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

Transport pogotowia ratunkowego, w tym lotniczego jest bezpłatny.

Za transport medyczny naliczana jest opłata w wysokości 0,10 EUR/km. Opłatę wnosi się bezpośrednio przewoźnikowi. Świadczenia w ramach ratownictwa górskiego są odpłatne w 100%!

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 towarzystwach ubezpieczeń zdrowotnych (zdravotná poisťovňa) bądź w instytucji łącznikowej:

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Stýčny orgán pre vecné dávky

Želova 2, SK-829 24

Bratislava 25, Slovakia

Tel. + 421-2-20856 226

Fax +421-2-20856 503

www.udzs-sk.sk