

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 państwowe i prywatne placówki służby zdrowia, które funkcjonują w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. W związku z tym, kontaktując się z lekarzem, należy upewnić się, czy działa on w ramach systemu publicznego.

112

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

Leczenie stomatologiczne:

Jeżeli zachodzi potrzeba skorzystania ze świadczeń stomatologicznych, należy zwrócić się do lekarza działającego w ramach systemu publicznego lub do państwowej kliniki stomatologicznej (folktandvarden).

Leczenie szpitalne:

Leczenie szpitalne nie wymaga skierowania, można zgłosić się bezpośrednio na izbę przyjęć (akutmottagningen) publicznego szpitala.

Recepty:

Do wystawiania recept na leki objęte refundacją uprawniony jest lekarz działający w ramach systemu publicznego.

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

Lekarz pierwszego kontaktu, ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Za poradę lekarza pierwszego kontaktu oraz za uzyskanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej trzeba uiścić opłatę, której wysokość jest zróżnicowana w zależności od regionu Szwecji i wynosi od 100 do 450 SEK.

Leczenie stomatologiczne:

Pacjent korzystający ze świadczeń stomatologicznych jest zobowiązany do poniesienia pełnych kosztów leczenia do pewnego limitu, natomiast w przypadku leczenia, którego koszt przekracza ten limit, pacjent ponosi koszty w wysokości od 30% do 65% kwoty poniesionych kosztów ponad wskazany limit.

Leczenie szpitalne:

Za poradę ambulatoryjną udzieloną w szpitalu pacjent zobowiązany jest zapłacić zryczałtowaną opłatę w wysokości ok. 250 SEK. W przypadku pobytu w szpitalu pacjent zostanie obciążony kosztami stawki dziennej w wysokości 80 SEK za dzień.

Leki:

Jeżeli kwota wydatków na leki wydawanych na podstawie recepty nie przekracza kwoty 900 SEK, pacjent zapłaci pełną cenę leków. W przypadku poniesienia kosztów wykraczających poza limit 900 SEK, ale nie przekraczających kwoty 4300 SEK pacjent zapłaci pomiędzy 10% a 50% ceny leków, a w przypadku, gdy koszt leków wykroczy ponad kwotę 4300 SEK pacjent nie ponosi żadnych kosztów i leki będą mu wydane w aptece bezpłatnie.

W zależności od regionu Szwecji osoby poniżej 18, 20 lub 25 roku życia mogą być zwolnione z opłat za udzielone świadczenia.

Leczenie prywatne:

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

Przewóz karetką jak i transport lotniczy w większości regionów 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 lokalnych oddziałach Państwowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Lokala Försäkringskassan) bądź w instytucji łącznikowej:

Försäkringskassan

LM Ericssons väg 30

103 51 Hägersten

Sweden

Tel: 0046 8786 90 00

Fax: 0046 8216646

www.forsakringskassan.se