



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 uprawniającego 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 mają umowę z Narodowym Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő). Placówki oznaczone są tablicą z napisem „társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató”.

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 w przypadku korzystania z porady dermatologa, ginekologa, urologa, otolaryngologa, okulisty, onkologa i chirurga ogólnego.

Leczenie stomatologiczne:

Świadczenia stomatologiczne dostępne są w ograniczonym zakresie, który obejmuje: pomoc w nagłych wypadkach, świadczenia na podstawie skierowania związane z leczeniem podstawowych chorób jamy ustnej i zębów, zabiegi zachowawcze, zabiegi chirurgii stomatologicznej, leczenie chorób dziąseł. Pełen zakres świadczeń stomatologicznych przysługuje kobietom w ciąży i w okresie do 90 dni po porodzie, osobom w wieku powyżej 62 roku życia oraz osobom poniżej 18 roku życia.

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 recepty na leki objęte refundacją jest lekarz posiadający umowę z węgierskim Narodowym Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego. Okres ważności recept na leki objęte refundacją i tych, które nie są objęte refundacją, wynosi 3 miesiące.

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

Lekarz pierwszego kontaktu, ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Uzyskanie świadczeń lekarza pierwszego kontaktu, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są bezpłatne.

Leczenie stomatologiczne:

Leczenie stomatologiczne w placówkach działających w ramach państwowej służby zdrowia jest nieodpłatne w zakresie wskazanym powyżej, ale koszty niektórych materiałów stomatologicznych wykorzystanych podczas leczenia pacjent musi jednak pokryć we własnym zakresie. Współpłacenie pacjenta obejmuje koszty protez stomatologicznych oraz aparatów ortodontycznych także w odniesieniu do osób poniżej 18 roku życia. Wysokość dopłat jest ustalana przez świadczeniodawcę.

Leczenie szpitalne:

Leczenie stacjonarne w szpitalu jest bezpłatne. Koszty świadczeń dodatkowych w szpitalu (wyższego standardu sali, posiłku itp.) ponosi w całości pacjent. Wysokość dopłat jest ustalana przez świadczeniodawcę.

Leki:

W przypadku leczenia szpitalnego lub niektórych chorób przewlekłych leki wydawane są nieodpłatnie. W innych przypadkach za niektóre leki obowiązuje dopłata w wysokości od 10% do 75% ceny.

Leczenie prywatne:

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

Podmiotem uprawnionym do transportu pacjenta do szpitala jest Országos Mentőszolgálat. Transport medyczny na terytorium Węgier 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 regionalnych urzędach, bądź w instytucji łącznikowej:

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (Narodowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego)

Váci Ut 73/A

1139 Budapest

Hungary

Telefon: (+36-1) 350-2001

Fax: (+36-1) 298-2403

www.neak.gov.hu