

**Informator powstał na podstawie broszury opracowanej w ramach subkomponentu F
projektu Phare 2002 PL 2002/000-580.02.06
„Wzmocnienie administracji zajmującej się świadczeniami rzeczowymi w opiece zdrowotnej”.**

Opieka zdrowotna na terytorium państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) i Szwajcarii

Stan prawny: kwiecień 2006 r.

Uwaga:

Broszura ma charakter informacyjny. Jej zadaniem jest pomoc w zapoznaniu się z podstawowymi zasadami korzystania z opieki zdrowotnej przez ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia, przebywających lub mieszkających w innych państwach członkowskich UE/EOG lub w Szwajcarii.

Zastrzega się, że informacje zawarte w broszurze mogą ulec zmianie w związku z ewentualnymi nowelizacjami obowiązujących przepisów prawnych.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Zabrania się kopiowania, przetwarzania i rozpowszechniania w jakimkolwiek celu i postaci bez pisemnej zgody autorów broszury.

Spis treści

1. Zasady korzystania z opieki zdrowotnej podczas czasowego pobytu w innych państwach członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego i w Szwajcarii

- 1.1. Przepisy wspólnotowe dotyczące opieki zdrowotnej
- 1.2. Państwa, w których obowiązują przepisy wspólnotowe dotyczące opieki zdrowotnej
- 1.3. Czasowy pobyt poza granicami Polski
- 1.4. Zasada równego traktowania
- 1.5. Wymagane dokumenty
 - 1.5.1. Kto jest uprawniony do Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
 - 1.5.2. W jaki sposób uzyskać Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego
 - 1.5.3. Dokumenty potwierdzające ubezpieczenie zdrowotne w NFZ
 - 1.5.4. Okres ważności Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
- 1.6. Zakres opieki zdrowotnej podczas czasowego pobytu
 - 1.6.1. Dializy nerek i tlenoterapia
 - 1.6.2. Wycieczki szkolne
 - 1.6.3. Studia w innym państwie członkowskim
 - 1.6.4. Praktyki studenckie poza granicami Polski
 - 1.6.5. Praca sezonowa poza granicami Polski
- 1.7. Opłaty za opiekę zdrowotną i leki
- 1.8. Refundacja kosztów
- 1.9. Planowane leczenie

2. Zasady korzystania z opieki zdrowotnej przez osoby stale zamieszkałe w innym niż Polska państwie członkowskim Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub w Szwajcarii

- 2.1. Sytuacja 1. – nadal jesteś polskim ubezpieczonym
- 2.2. Sytuacja 2. - nie jesteś już polskim ubezpieczonym
- 2.3. Formularze stosowane w przypadku, gdy stale zamieszkujesz w innym niż Polska państwie członkowskim, ale nadal jesteś polskim ubezpieczonym
 - 2.3.1. Formularz E 106
 - 2.3.1.1. Dokumenty potrzebne do uzyskania formularza E 106
 - 2.3.2. Formularz E 109
 - 2.3.2.1. Dokumenty potrzebne do uzyskania formularza E 109

2.3.3. Formularz E 120

2.3.3.1. Dokumenty potrzebne do uzyskania formularza E 120

2.3.4. Formularz E 121

2.3.4.1. Dokumenty potrzebne do uzyskania formularza E 121

3. Zasady korzystania z opieki zdrowotnej w przypadku wypadków przy pracy i chorób zawodowych

4. Zasady korzystania z opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach członkowskich

- Austria
- Belgia
- Cypr
- Czechy
- Dania
- Estonia
- Finlandia
- Francja
- Grecja
- Hiszpania
- Holandia
- Irlandia
- Islandia
- Liechtenstein
- Litwa
- Luksemburg
- Łotwa
- Malta
- Niemcy
- Norwegia
- Portugalia
- Słowacja
- Słowenia
- Szwajcaria
- Szwecja
- Węgry
- Wielka Brytania
- Włochy

5. Dane teleadresowe polskich instytucji odpowiedzialnych za realizację przepisów wspólnotowych w zakresie opieki zdrowotnej

5.1. Dane teleadresowe oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)

5.2. Dane teleadresowe polskiej instytucji łącznikowej

1. Zasady korzystania z opieki zdrowotnej podczas czasowego pobytu w innych państwach członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Szwajcarii

1.1. Przepisy wspólnotowe dotyczące opieki zdrowotnej

Zasady udzielania opieki zdrowotnej osobom przemieszczającym się na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Szwajcarii regulowane są przez szereg przepisów. Najważniejsze z nich znajdują się w poniżej wymienionych rozporządzeniach wspólnotowych:

- rozporządzenie Rady nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. dotyczące stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek oraz do członków ich rodzin, przemieszczających się w granicach Wspólnoty,
- rozporządzenie wykonawcze Rady nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. ustalające sposób stosowania rozporządzenia Rady nr 1408/71 dotyczącego stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się w granicach Wspólnoty,
- rozporządzenie Rady nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzające przepisy rozporządzenia Rady nr 1408/71 i rozporządzenia Rady nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo,
- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 631/2004 z dnia 31 marca 2004 r. zmieniające ww. rozporządzenie Rady nr 1408/574 oraz rozporządzenie wykonawcze Rady nr 574/72.

1.2. Państwa, w których obowiązują przepisy wspólnotowe dotyczące opieki zdrowotnej

Przepisy wspólnotowe dotyczące opieki zdrowotnej obowiązują na terytoriach państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG)¹ i w Szwajcarii.

¹ Europejski Obszar Gospodarczy (EOG) obejmuje 25 państw członkowskich Unii Europejskiej (UE) oraz Islandię, Liechtenstein i Norwegię.

Państwami członkowskimi Unii Europejskiej (UE) są:

- Austria, Belgia, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Luksemburg, Litwa, Łotwa, Malta, Niemcy, Portugalia, Polska, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania, Włochy.

Pozostałymi państwami członkowskimi Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) są:

Islandia, Liechtenstein i Norwegia.

Ponadto od dnia 1.04.2006 r. wspólnotowe przepisy dotyczące opieki zdrowotnej obowiązują także w stosunkach między Polską a Szwajcarią.

Uwaga:

W odniesieniu do niektórych państw członkowskich UE przepisy wspólnotowe **obowiązują** także na ich terytoriach zamorskich, terytoriach zależnych czy też w regionach autonomicznych. Dotyczy to:

- Balearów, Wysp Kanaryjskich, Ceuty i Melilli – w przypadku Hiszpanii,
- Gujany Francuskiej, Reunion, St. Pierre-et-Miquelon, Gwadelupy oraz Martyniki – w przypadku Francji,
- Azorów i Madery – w przypadku Portugalii,
- Gibraltaru – w przypadku Wielkiej Brytanii.

Natomiast przepisy wspólnotowe **nie obowiązują** na obszarze:

- Grenlandii i Wysp Owczych – w przypadku Danii,
- Wysp Normandzkich i Wyspy Man – w przypadku Wielkiej Brytanii.

UWAGA

W dalszej części broszury państwa członkowskie UE, pozostałe państwa członkowskie EOG i Szwajcaria występować będą pod wspólną nazwą jako państwa członkowskie.

1.3. Czasowy pobyt poza granicami Polski

Pamiętaj

W niniejszej broszurze państwo członkowskie, do którego wyjeżdżasz na pewien określony czas, zwane jest **państwem Twojego pobytu**.

Przed wyjazdem z Polski do któregokolwiek z państw członkowskich powinieneś zapoznać się:

- z zasadami korzystania z opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich, wynikającymi z przepisów prawa wspólnotowego i polskiego, przedstawionymi w Rozdziale 1,

oraz

- z zasadami pokrywania kosztów świadczeń zdrowotnych w państwie członkowskim, do którego wyjeżdżasz, obowiązującymi każdą osobę objętą powszechnym systemem ubezpieczenia zdrowotnego w tym kraju (patrz rozdział: Zasady korzystania z opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach członkowskich).

Jako czasowy pobyt należy traktować nie tylko:

- wizytę u znajomych lub krewnych,
- wyjazd turystyczny,
- krótką podróż służbową,

ale także:

- wyjazd do innego państwa członkowskiego w celu podjęcia tam studiów,
- wyjazd do innego państwa członkowskiego w celu wykonywania pracy na rzecz polskiego pracodawcy, który oddelegował Cię do pracy na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy,
- wyjazd do innego państwa członkowskiego w celu poszukiwania tam pracy przez osobę pobierającą w Polsce zasiłek dla bezrobotnych,
- uczęszczanie przez ucznia, mieszkającego na terytorium Polski, do szkoły podstawowej, gimnazjum, szkoły średniej na terytorium innego państwa członkowskiego i w związku z tym codzienne (lub przynajmniej raz w tygodniu) przekraczanie przez niego granicy Polski.

1.4. Zasada równego traktowania

Jeżeli wyjechałeś z Polski do któregoś z państw członkowskich i zdarzy Ci się w tym państwie wypadek lub nagle tam zachorujesz, masz prawo do korzystania z opieki medycznej w tym państwie w placówkach służby zdrowia, które funkcjonują w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

Pamiętaj, że Twoje leczenie w innym państwie członkowskim odbywać się będzie według tych samych reguł, które obowiązują osoby ubezpieczone w tym państwie. Oznacza to, że będziesz podlegał przepisom dotyczącym finansowania świadczeń zdrowotnych, które obowiązują ubezpieczonych mieszkańców państwa członkowskiego, w którym czasowo przebywasz. W związku z tym będziesz mógł nieodpłatnie skorzystać tylko z tych świadczeń zdrowotnych, które należą się nieodpłatnie ubezpieczonym w państwie Twojego pobytu. Natomiast wszystkie koszty świadczeń zdrowotnych, które częściowo (na zasadzie współpłacenia) lub w całości ponosi osoba ubezpieczona w państwie Twojego pobytu, poniesiesz także i Ty (patrz rozdział: Zasady korzystania z opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach członkowskich).

Zasady korzystania z opieki zdrowotnej podczas pobytu w państwach członkowskich dotyczą także członków Twojej rodziny zgłoszonych przez Ciebie do ubezpieczenia zdrowotnego.

1.5. Wymagane dokumenty

Przed wyjazdem z Polski do któregoś z państw członkowskich powinieneś zaopatrzyć się w odpowiedni dokument, który potwierdzi Twoje prawo do korzystania z opieki zdrowotnej na terytorium każdego z tych państw.

Jeżeli planujesz pobyt czasowy w innym państwie członkowskim, wówczas przed wyjazdem z Polski, powinieneś zaopatrzyć się w **Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego**.

PAMIĘTAJ!

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego nie zapewnia pokrycia przez NFZ kosztów transportu medycznego do Polski oraz opłat za świadczenia zdrowotne, obowiązujących w większości państw. **Wskazane jest wykupienie dodatkowego prywatnego ubezpieczenia, aby uniknąć obciążenia tymi kosztami.**

Uwaga

W okresie od 1 maja 2004 do 31 grudnia 2005 r. Narodowy Fundusz Zdrowia wydawał formularz E 111. Z dniem 1 stycznia 2006 r. formularz ten został zastąpiony Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego.

1.5.1. Kto jest uprawniony do Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)

Do otrzymania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego uprawniony jest każdy polski ubezpieczony, tzn. osoba objęta ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jeżeli jesteś pracownikiem, to jesteś objęty powszechnym systemem ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, gdy zostałeś zgłoszony do ubezpieczenia przez Twojego pracodawcę.

Do otrzymania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego uprawniony jest również każdy z członków Twojej rodziny, którego zgłosiłeś do ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce.

Zgodnie z polskimi przepisami członkami Twojej rodziny są:

- małżonek,
- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
- wstępni, tj. rodzice lub dziadkowie, pozostający z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym.

1.5.2. W jaki sposób uzyskać Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego

W celu uzyskania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego należy wypełnić **wniosek** o wydanie Karty. Możesz go uzyskać:

- osobiście w oddziale wojewódzkim NFZ,
- zwracając się z prośbą o jego wydanie telefonicznie, faksem lub e-mailem do oddziału NFZ właściwego ze względu na miejsce Twojego zamieszkania,
- pobierając go ze strony internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia: www.nfz.gov.pl/ue

Wypełniony wniosek należy złożyć (osobiście, drogą pocztową lub faksem) w oddziale wojewódzkim NFZ właściwym ze względu na miejsce zamieszkania. Do wniosku powinieneś dołączyć:

1. dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ,
2. w przypadku osób zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny - dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS ZCZA lub ZUS ZCNA).

Twoją Kartę możesz odebrać osobiście. Powinieneś wówczas okazać dokument tożsamości oraz, gdy jesteś ubezpieczony jako członek rodziny i ukończyłeś 18 rok życia, legitymację szkolną, studencką lub zaświadczenie z uczelni. Karta może także zostać przesłana pocztą na wskazany przez Ciebie adres.

Twoją Kartę może również odebrać osoba upoważniona przez Ciebie do dokonania czynności związanych z wydaniem Karty. Upoważnienie powinno zawierać numer dowodu osobistego lub numer innego dokumentu zawierającego zdjęcie.

Pamiętaj, że Karta jest bezpłatna. Przechowuj ją w bezpiecznym miejscu, najlepiej razem ze swoim paszportem. Miej ją przy sobie w trakcie całego pobytu w każdym z odwiedzanych przez Ciebie państw członkowskich.

1.5.3. Dokumenty potwierdzające ubezpieczenie zdrowotne w NFZ

Jeżeli jesteś pracownikiem, dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne jest ZUS RMUA.

W sytuacji, gdy uzyskanie aktualnego RMUA jest niemożliwe, dokumentem takim jest:

- aktualnie podstemplowana książeczka ubezpieczeniowa,
- zaświadczenie potwierdzające fakt zgłoszenia Ciebie do ubezpieczenia zdrowotnego, poświadczony co do jego aktualności przez Twojego pracodawcę.

UWAGA:

- Jeżeli jesteś **pracownikiem delegowanym**, czyli wykonujesz pracę w innym niż Polska państwie członkowskim na rzecz Twojego pracodawcy, którego siedziba znajduje się na terytorium Polski, to wystarczającym dokumentem potrzebnym do uzyskania Europejskiej

Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego jest formularz E 101 wystawiony na wniosek Twojego pracodawcy i poświadczony przez oddział terenowy ZUS właściwy ze względu na siedzibę Twojego pracodawcy.

Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego będzie Ci potrzebny tylko wtedy, gdy wraz z Tobą w państwie wykonywania pracy przebywać będą członkowie rodziny zgłoszeni przez Ciebie do ubezpieczenia zdrowotnego.

- Jeżeli prowadzisz **działalność na własny rachunek** na terytorium Polski i oddelegujesz się do pracy na terytorium innego państwa członkowskiego, wówczas, podobnie jak w przypadku pracownika delegowanego, wystarczającym dokumentem potrzebnym do uzyskania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego jest formularz E 101 wystawiony i poświadczony przez oddział terenowy ZUS właściwy ze względu na miejsce prowadzonej przez Ciebie działalności.
- Jeżeli jesteś **studentem** w innym państwie członkowskim lub zamierzasz studiować w innym państwie członkowskim, wówczas powinieneś przedstawić dodatkowo zaświadczenie z polskiej lub zagranicznej uczelni potwierdzające fakt podjęcia studiów w innym państwie członkowskim wraz ze wskazaniem okresu, w którym nauka będzie się odbywać.
- Jeżeli jesteś **bezrobotnym** otrzymującym z polskiego urzędu pracy zasiłek dla bezrobotnych i jednocześnie udajesz się do innego państwa członkowskiego w celu poszukiwania tam pracy, wówczas dokumentem, na podstawie którego otrzymasz Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, jest formularz E 303 wystawiony przez urząd pracy wypłacający Ci zasiłek dla bezrobotnych.
- Jeżeli jesteś **rencistą** lub **emerytem**, dokumentem potwierdzającym bieżące odprowadzanie składek na ubezpieczenie zdrowotne jest ostatni odcinek renty lub emerytury bądź legitymacja emeryta lub rencisty.

1.5.4. Okres ważności Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego jest ważna tylko w takim okresie, na jaki została wystawiona przez oddział wojewódzki NFZ właściwy ze względu na miejsce Twojego zamieszkania.

Pamiętaj, aby posiadać ważną Kartę w trakcie całego Twojego pobytu poza granicami kraju.

Twoja Karta straci ważność w momencie upływu terminu, który jest na nim wskazany, lub wcześniej, jeśli przed tą datą wygasną Twoje uprawnienia z tytułu ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia bądź przestaniesz podlegać polskiemu ustawodawstwu (np. w sytuacji, gdy, będąc w Polsce bezrobotnym lub emerytem, podejmiesz pracę w innym państwie członkowskim).

Właściwy oddział NFZ wystawi Ci Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego na okres planowanego przez Ciebie pobytu, jednakże nie dłużej niż na okres 2 miesięcy, licząc od końca miesiąca, za który została zapłacona ostatnia składka na ubezpieczenie zdrowotne. Jedyne w określonych przypadkach, na podstawie obowiązujących przepisów, oddział wojewódzki NFZ może wystawić Kartę na okres dłuższy niż 2 miesiące (np. dla emerytów i rencistów).

W sytuacji, gdy w wyjeździe z Polski do innego państwa członkowskiego towarzyszyć Ci będą członkowie Twojej rodziny, zgłoszeni przez Ciebie do ubezpieczenia zdrowotnego, wówczas otrzymają oni Karty wystawione na taki sam okres, na jaki Ty otrzymałeś Twoją Kartę.

Jeżeli:

- Twój pobyt w innym państwie członkowskim będzie dłuższy niż okres, na jaki został Ci wystawiona Karta, ale
- nadal objęty jesteś ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce,

wówczas powinieneś (jeszcze przed utratą ważności Karty otrzymanej przed wyjazdem z Polski) postarać się o uzyskanie następnej Karty, zwracając się z wnioskiem o wydanie Karty do właściwego oddziału NFZ. Do wniosku należy dołączyć aktualny dokument potwierdzający bieżące opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne. Wniosek ten możesz złożyć drogą listowną, faksem lub przez osobę trzecią, którą upoważnisz pisemnie do dokonania czynności związanych z wydaniem Karty.

Uwaga !

W każdym przypadku, gdy zmianie ulegną informacje zawarte na Karcie, powinieneś wystąpić do właściwego oddziału NFZ o wystawienie nowej Karty.

1.6. Zakres opieki zdrowotnej podczas czasowego pobytu

Zgodnie z przepisami wspólnotowymi, na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego w trakcie czasowego pobytu w innym państwie członkowskim przysługują Ci te wszystkie świadczenia zdrowotne, które:

- są niezbędne z medycznego punktu widzenia ,
- zostały udzielone w celu uniknięcia sytuacji, w której byłbyś zmuszony do powrotu na terytorium Polski, aby uzyskać potrzebne leczenie.

Zatem masz prawo do korzystania z opieki medycznej w innym państwie członkowskim w takim zakresie, jaki umożliwi Ci kontynuowanie zaplanowanego pobytu w tym państwie w bezpiecznych warunkach z medycznego punktu widzenia.

O tym, jakie świadczenia są Ci potrzebne w państwie członkowskim, w którym czasowo przebywasz, decyduje lekarz, który udziela Ci opieki medycznej w tym państwie.

1.6.1. Dializy nerek i tlenoterapia

Dializy nerek i tlenoterapia są dostępne w każdym z państw członkowskich po okazaniu Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Pamiętaj jednak, że jeszcze przed wyjazdem z Polski do któregośkolwiek z państw członkowskich powinieneś uzgodnić terminy niezbędnych dla Ciebie dializ lub tlenoterapii z wybraną placówką służby zdrowia w państwie, które zamierzasz odwiedzić. Tylko uprzednie uzgodnienia określające terminy tych zabiegów gwarantują uzyskanie potrzebnego leczenia na terytorium państwa członkowskiego, do którego zamierzasz wyjechać.

Uwaga:

W niektórych państwach członkowskich tlenoterapia jest dostępna dopiero po uzyskaniu stosownej recepty wystawionej przez lekarza praktykującego w państwie, w którym będziesz czasowo przebywać.

1.6.2. Wycieczki szkolne

Jeżeli jesteś uczniem korzystającym z ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny i wyjeżdżasz na zorganizowaną wycieczkę szkolną, również powinieneś wziąć ze sobą Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

1.6.3. Studia w innym państwie członkowskim

Jeżeli jesteś ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia i studiujesz w innym państwie członkowskim, masz prawo do korzystania z opieki zdrowotnej na terytorium państwa, w którym studiujesz, posługując się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego wydaną przez NFZ.

Wniosek o wydanie Karty należy składać do wojewódzkiego oddziału NFZ właściwego ze względu na miejsce Twojego zamieszkania.

1.6. 4. Praktyki studenckie poza granicami Polski

Jeżeli odbywasz praktykę studencką w innym państwie członkowskim, masz prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w państwie odbywania praktyki, posługując się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego wydaną przez NFZ. Jednakże prawo to przysługuje Ci jedynie wtedy, gdy nie podlegasz obowiązkowemu ubezpieczeniu w tym państwie z tytułu odbywanej praktyki.

1.6. 5. Praca sezonowa poza granicami Polski

Co do zasady, podejmując pracę w innym państwie członkowskim, tracisz status ubezpieczonego w NFZ, a więc także uprawnienie do Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Twój pracodawca powinien ubezpieczyć Cię w państwie, w którym pracujesz. Szczegółowych informacji o warunkach ubezpieczenia w państwie wykonywania pracy udziela Ci tamtejsze instytucje ubezpieczeniowe.

Uwaga: Jeśli w okresie wykonywania pracy sezonowej w innym państwie członkowskim nadal jesteś w Polsce pracownikiem lub osobą prowadzącą działalność na własny rachunek, powinieneś zasięgnąć informacji o Twojej sytuacji ubezpieczeniowej w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia właściwym ze względu na miejsce Twojego zamieszkania.

1.7. Opłaty za opiekę zdrowotną i leki

Każde państwo członkowskie posiada własne zasady finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. W niektórych państwach członkowskich opieka zdrowotna jest bezpłatna. Jednakże w większości państw należy opłacić część kosztów za

uzyskane świadczenia zdrowotne bądź też pokryć pełne koszty uzyskanych świadczeń, a następnie starać się o ich całkowity lub częściowy zwrot (w Belgii, Francji i w Luksemburgu). Podobne reguły stosują się do leków uzyskiwanych w ramach ubezpieczenia.

Przed wyjazdem z Polski do innego państwa członkowskiego warto zapoznać się z obowiązującymi w tym państwie zasadami finansowania opieki zdrowotnej. Znajomość tych zasad pozwoli Ci na korzystanie z takich samych praw, jakie przysługują ubezpieczonym tego państwa. Szczegółowe informacje na temat zasad finansowania opieki zdrowotnej obowiązujących w poszczególnych państwach członkowskich znajdują się w rozdziale pt.: Zasady korzystania z opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach członkowskich.

Uwaga:

Informacje te były aktualne w momencie druku niniejszej broszury, lecz później mogły ulec zmianie.

1.8. Refundacja kosztów

Refundacja kosztów to zwrot wydatków, które poniosłeś podczas czasowego pobytu w innym państwie członkowskim w związku z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych i leków w tym państwie. Wysokość należnej Ci kwoty refundacji wynika z obowiązującym w tym zakresie przepisów państwa, w którym miało miejsce leczenie.

Uwaga: z wnioskiem o zwrot kosztów może wystąpić tylko osoba, która skorzystała z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim bądź, w imieniu dziecka do lat 18-tu, jego przedstawiciel ustawowy. Rachunki dołączone do wniosku powinny być wystawione na pacjenta.

Należy rozróżnić 2 sytuacje związane z refundacją poniesionych przez Ciebie kosztów:

- **sytuacja 1.:** zgodnie z przepisami obowiązującymi w państwie Twojego pobytu pokryłeś całość kosztów leczenia i ubiegasz się o należną Ci kwotę refundacji,
- **sytuacja 2.:** pokryłeś koszty wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielonych Ci w państwie pobytu, ponieważ przed wyjazdem z Polski nie zaopatrzyłeś się w Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Sytuacja 1.

W niektórych państwach (w Belgii, Francji i Luksemburgu) pomimo posiadania ważnej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego istnieje obowiązek pokrywania wszystkich

kosztów świadczeń zdrowotnych i/lub leków. Po ich opłaceniu można ubiegać się o refundację całości lub części poniesionych wydatków. W trakcie swojego pobytu w tym państwie członkowskim powinieneś złożyć w odpowiedniej instytucji wniosek o zwrot należnych kosztów wraz z kserokopią Karty. Wniosek możesz złożyć osobiście lub za pośrednictwem poczty. **Do wniosku należy dołączyć oryginały rachunków, recepty i dowody zapłaty. Pamiętaj, aby zachować dla siebie kopie tych dokumentów!**

Jeżeli o zwrot kosztów starać się będziesz już po powrocie do Polski, to powinieneś złożyć stosowny wniosek wraz z oryginałami rachunków, receptami i dowodami zapłaty w wojewódzkim oddziale NFZ właściwym ze względu na miejsce Twojego zamieszkania. Właściwy oddział NFZ skontaktuje się z instytucją miejsca pobytu w państwie, w którym świadczenia zostały Ci udzielone i rozpocznie procedurę zwrotu należnych Ci kosztów leczenia.

Sytuacja 2.

Jeżeli pokryłeś koszty wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielonych Ci w państwie pobytu, ponieważ przed wyjazdem z Polski nie zaopatrzyłeś się w Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, wówczas po powrocie do kraju możesz przedstawić wniosek o zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych w wojewódzkim oddziale NFZ właściwym ze względu na miejsce Twojego zamieszkania. **Do wniosku powinieneś dołączyć wszystkie uzyskane w państwie Twojego pobytu oryginały rachunków, dowody zapłaty oraz recepty.**

Właściwy oddział NFZ rozpatrzy Twój wniosek, sprawdzając, czy w okresie Twojego pobytu w innym państwie członkowskim miałeś prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w tym państwie na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Jeżeli miałeś takie prawo, to właściwy oddział NFZ skontaktuje się z instytucją miejsca pobytu w państwie, w którym świadczenia zostały Ci udzielone i rozpocznie procedurę należnego Ci zwrotu kosztów leczenia.

Procedura ta jest długotrwała, dlatego warto pamiętać o zaopatrzeniu się w Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego przed wyjazdem z Polski.

Uwaga:

Niektóre państwa członkowskie wymagają przedstawienia dodatkowych dokumentów. Informacje na ten temat, a także nazwy instytucji w Belgii, Francji i Luksemburgu, w których należy składać wnioski o zwrot kosztów, zamieszczone są w rozdziale: Zasady korzystania z opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach członkowskich.

1.9. Planowane leczenie

Wyjazd do innego państwa członkowskiego na planowane leczenie możliwy jest po uzyskaniu zgody na takie leczenie wydanej przez Prezesa NFZ lub Ministra Zdrowia

Więcej informacji o możliwościach i procedurach związanych z planowanym leczeniem w innych państwach członkowskich możesz uzyskać we właściwym oddziale NFZ.

2. Zasady korzystania z opieki zdrowotnej przez osoby zamieszkałe w innym niż Polska państwie członkowskim Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub w Szwajcarii

Jeżeli przenosisz miejsce swojego stałego zamieszkania z Polski do innego państwa członkowskiego, może nastąpić jedna z poniżej wymienionych sytuacji:

- **sytuacja 1.:** nadal jesteś polskim ubezpieczonym i korzystasz w państwie swojego nowego miejsca stałego zamieszkania z opieki zdrowotnej na koszt wojewódzkiego oddziału NFZ właściwego ze względu na miejsce Twojego wcześniejszego zamieszkania w Polsce;
- **sytuacja 2.:** nie jesteś już polskim ubezpieczonym, nie możesz więc korzystać z opieki zdrowotnej w państwie Twojego zamieszkania i innych państwach członkowskich na koszt dotychczas właściwego oddziału NFZ.

2.1. Sytuacja 1. – nadal jesteś polskim ubezpieczonym

Pomimo że mieszkasz na stałe w innym państwie członkowskim, nadal pozostajesz polskim ubezpieczonym, jeżeli jesteś:

- osobą pracującą w Polsce, np. pracownikiem przygranicznym, tzn. mieszkasz w jednym z państw członkowskich, ale pracujesz na terytorium Polski,
- emerytem lub rencistą, otrzymującym emeryturę lub rentę z Polski,
- członkiem rodziny polskiego ubezpieczonego.

2.2. Sytuacja 2. - nie jesteś już polskim ubezpieczonym

Jeżeli nie występuje żaden z przypadków opisanych w sytuacji 1., wówczas Twoje uprawnienia do korzystania z opieki zdrowotnej regulowane są przez przepisy państwa, w którym mieszkasz. Aby uzyskać informacje o Twojej sytuacji, zgłoś się do instytucji w państwie Twojego zamieszkania. Nazwy tych instytucji znajdziesz w rozdziale: Zasady korzystania z opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach członkowskich.

2.3. Formularze stosowane w przypadku, gdy stale zamieszkujesz w innym niż Polska państwie członkowskim, ale nadal jesteś polskim ubezpieczonym (patrz sytuacja 1.)

Jeżeli przeniosłeś miejsce swojego stałego miejsca zamieszkania z Polski do innego państwa członkowskiego, ale nadal korzystasz z opieki zdrowotnej w państwach członkowskich z tytułu

posiadania polskiego ubezpieczenia zdrowotnego, powinieneś zaopatrzyć się w odpowiedni formularz z serii E 100.

W zależności od Twojej sytuacji, otrzymasz jeden z następujących formularzy: E 106, E 109, E 120, E121 lub E 123. Aby móc korzystać z opieki zdrowotnej, po otrzymaniu formularza E 106, E 109, E 120 lub E121 powinieneś niezwłocznie zgłosić się do odpowiedniej instytucji miejsca Twojego zamieszkania wskazanej w części **Pouczenie**, celem zarejestrowania formularza. W przypadku formularza E 123, sprawdź w części **Pouczenie**, czy masz obowiązek przedstawić formularz w instytucji miejsca zamieszkania.

W państwie członkowskim, w którym na stałe zamieszkujesz, masz prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w pełnym zakresie, tj. ze wszystkich świadczeń zdrowotnych, z których mają prawo korzystać osoby ubezpieczone w państwie Twojego zamieszkania na podstawie obowiązujących w tym państwie przepisów.

2.3.1. Formularz E 106

Formularz E 106 uzyskasz w wojewódzkim oddziale NFZ, wskazanym w Twoim zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w jednym z następujących przypadków:

- mieszkasz w jednym z państw członkowskich, ale pracujesz w Polsce lub prowadzisz w Polsce działalność na własny rachunek i jesteś ubezpieczony w Polsce, tzn. składki na ubezpieczenie zdrowotne są odprowadzane do wojewódzkiego oddziału NFZ. W szczególności dotyczy to sytuacji, gdy:
 - ✓ jesteś pracownikiem przygranicznym, czyli pracujesz w Polsce i tutaj jesteś ubezpieczony, ale zamieszkujesz w innym państwie członkowskim i powracasz do tego państwa codziennie lub przynajmniej raz w tygodniu, lub
 - ✓ jesteś pracownikiem sezonowym w Polsce, tzn. stale zamieszkujesz na terytorium jednego z państw członkowskich, ale wykonujesz w Polsce, na rzecz polskiego pracodawcy, pracę o charakterze sezonowym (czyli pracę nieprzekraczającą okresu 8 miesięcy, powtarzającą się cyklicznie i zależną od następstw pór roku),
- pobierasz w Polsce świadczenia przedemerytalne i stale zamieszkujesz w innym niż Polska państwie członkowskim,
- jesteś członkiem rodziny osoby bezrobotnej zarejestrowanej w polskim urzędzie pracy i zamieszkujesz w innym niż Polska państwie członkowskim.

Formularz E 106 uzyskasz w wojewódzkim oddziale NFZ, wskazanym w Twoim zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, także w sytuacji, gdy mieszkasz na stałe w państwie członkowskim, do którego zostałeś oddelegowany przez pracodawcę mającego siedzibę na terytorium Polski.

Uwaga:

Jeżeli jesteś członkiem rodziny osoby wykonującej pracę w Polsce lub osoby pobierającej w Polsce świadczenia przedemerytalne i wspólnie z tą osobą zamieszkujesz na stałe w innym niż Polska państwie członkowskim, wówczas korzystasz z opieki zdrowotnej w państwie Twojego stałego miejsca zamieszkania na podstawie formularza E 106 wystawionego dla tej osoby.

2.3.1.1. Dokumenty potrzebne do uzyskania formularza E 106

Jeżeli pracujesz w Polsce lub prowadzisz w Polsce działalność na własny rachunek, w celu uzyskania formularza E 106 powinieneś przedstawić następujące dokumenty:

- wniosek o wydanie formularza E 106, E 109, E 111,
- dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ (patrz p. 1.5.3),
- dokument potwierdzający Twoje zatrudnienie w Polsce.

Uwaga:

Jeżeli jesteś pracownikiem sezonowym, dodatkowo powinieneś przedstawić dokument potwierdzający sezonowy charakter wykonywanej przez Ciebie pracy.

Jeżeli jesteś osobą pobierającą w Polsce świadczenia przedemerytalne w celu uzyskania formularza E 106, powinieneś przedstawić następujące dokumenty:

- wniosek o wydanie formularza E 106, E 109, E 111,
- zaświadczenie z ZUS o pobieraniu świadczenia przedemerytalnego z Polski.

Jeżeli jesteś członkiem rodziny osoby bezrobotnej zarejestrowanej w polskim urzędzie pracy, w celu uzyskania formularza E 106 powinieneś przedstawić następujące dokumenty:

- wniosek o wydanie formularza E 106, E 109, E 111,
- zaświadczenie z polskiego urzędu pracy o posiadaniu przez osobę bezrobotną statusu osoby bezrobotnej.
- dowód zgłoszenia Ciebie do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny osoby bezrobotnej.

Uwaga:

W celu korzystania z opieki zdrowotnej w państwie Twojego stałego zamieszkania powinieneś niezwłocznie dokonać rejestracji formularza E 106 w odpowiedniej instytucji miejsca Twojego stałego zamieszkania. Nazwy odpowiednich instytucji w poszczególnych państwach członkowskich zostały zamieszczone na formularzu E 106 w części: **Pouczenie**.

Pamiętaj także, że korzystanie przez Ciebie z opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich niż państwo Twojego stałego zamieszkania wymaga od Ciebie wystąpienia z wnioskiem o wystawienie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego do właściwego oddziału NFZ w Polsce !

2.3.2. Formularz E 109

Formularz E 109 uzyskasz w wojewódzkim oddziale NFZ, wskazanym w Twoim zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli jesteś członkiem rodziny mieszkającego w Polsce pracownika lub osoby prowadzącej działalność na własny rachunek, ale sam zamieszkujesz na stałe w innym niż Polska państwie członkowskim.

2.3.2.1. Dokumenty potrzebne do uzyskania formularza E 109

W celu uzyskania formularza E 109 powinieneś przedstawić następujące dokumenty:

- wniosek o wydanie formularza E 106, E 109, E 111,
- dokument potwierdzający zgłoszenie Ciebie do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny,
- dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ osoby, która zgłosiła Cię do ubezpieczenia zdrowotnego (patrz p. 1.5.3).

Uwaga:

W celu korzystania z opieki zdrowotnej w państwie Twojego stałego zamieszkania powinieneś niezwłocznie dokonać rejestracji formularza E 109 w odpowiedniej instytucji miejsca Twojego stałego zamieszkania. Nazwy odpowiednich instytucji w poszczególnych państwach członkowskich są zamieszczone na formularzu E 109 w części **Pouczenie**.

2.3.3. Formularz E 120

Formularz ten otrzymasz, jeżeli zamieszkujesz w jednym z państw członkowskich i jednocześnie:

- ubiegasz się o przyznanie renty lub emerytury przez polski organ emerytalno-rentowy, lub
- jesteś członkiem rodziny ww. osoby.

Uwaga !

Uprawniony do wydawania formularza E 120 jest wyłącznie Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ.

2.3.3.1. Dokumenty potrzebne do uzyskania formularza E 120

Jeżeli jesteś osobą ubiegającą się o przyznanie renty lub emerytury, w celu uzyskania formularza E 120 powinieneś przedstawić następujące dokumenty:

- wniosek o wydanie formularza E 120, który uzyskasz w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ,
- dokument potwierdzający złożenie przez Ciebie wniosku o przyznanie renty lub emerytury skierowanego do polskiego organu emerytalno-rentowego.

Jeżeli jesteś członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie renty lub emerytury w Polsce, wówczas korzystasz z opieki zdrowotnej w państwie Twojego stałego miejsca zamieszkania na podstawie formularza E 120 wystawionego dla osoby ubiegającej się o przyznanie renty lub emerytury w Polsce.

Uwaga:

W celu korzystania z opieki zdrowotnej w państwie Twojego stałego zamieszkania powinieneś niezwłocznie dokonać rejestracji formularza E 120 w odpowiedniej instytucji miejsca Twojego stałego zamieszkania. Nazwy odpowiednich instytucji w poszczególnych państwach członkowskich zostały zamieszczone na formularzu E 120 w części: **Pouczenie**.

2.3.4. Formularz E 121

Formularz ten otrzymasz, jeżeli:

- mieszkasz w innym państwie członkowskim i pobierasz wyłącznie emeryturę lub rentę wypłacaną przez polski organ emerytalno–rentowy, nie prowadząc działalności zawodowej, z tytułu której podlegałbyś prawu któregośkolwiek państwa członkowskiego; lub
- mieszkasz w innym państwie członkowskim i pobierasz emeryturę lub rentę wypłacaną przez polski organ emerytalno–rentowy, a także emeryturę lub rentę wypłacaną przez instytucje jednego lub więcej państw członkowskich innych niż Polska i państwo Twojego zamieszkania, nie prowadząc działalności zawodowej, z tytułu której podlegałbyś prawu któregośkolwiek państwa członkowskiego - wyłącznie w przypadkach, gdy polskie okresy ubezpieczenia są najdłuższe spośród okresów ubezpieczenia przebytych w poszczególnych państwach członkowskich wypłacających emeryturę lub rentę bądź gdy okresy ubezpieczenia przebyte w każdym z państw członkowskich, w tym w Polsce, są równe, a polskie okresy zostały przebyte ostatnio; lub
- jesteś członkiem rodziny emeryta lub rencisty, zamieszkujesz wraz z nim w innym państwie członkowskim i nie masz uprawnień do świadczeń zdrowotnych w państwie zamieszkania; lub
- jesteś członkiem rodziny emeryta lub rencisty, zamieszkujesz w innym niż Polska oraz innym niż ten emeryt lub rencista państwie członkowskim i nie masz uprawnień do świadczeń zdrowotnych w państwie zamieszkania.

Uwaga !

Uprawniony do wydawania formularza E 121 jest wyłącznie Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ.

2.3.4.1. Dokumenty potrzebne do uzyskania formularza E 121

Jeżeli jesteś emerytem lub rencistą, w celu uzyskania formularza E 121 powinieneś przedstawić następujące dokumenty:

- wniosek o wydanie formularza E 121, który uzyskasz w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ,
- dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ,
- dokument potwierdzający nazwę instytucji i oddziału wypłacającego świadczenia oraz numer (symbol) otrzymywanego świadczenia.

Jeżeli jesteś członkiem rodziny emeryta lub rencisty, w celu uzyskania formularza E 121 powinieneś przedstawić następujące dokumenty:

- wniosek o wydanie formularza E 121, który uzyskasz w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ,
- dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ emeryta lub rencisty, który zgłosił Cię do ubezpieczenia zdrowotnego,
- dokument potwierdzający zgłoszenie Ciebie jako członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.

Uwaga:

W celu korzystania z opieki zdrowotnej w państwie Twojego stałego zamieszkania powinieneś niezwłocznie dokonać rejestracji formularza E 121 w odpowiedniej instytucji miejsca Twojego stałego zamieszkania. Nazwy odpowiednich instytucji w poszczególnych państwach członkowskich zostały zamieszczone na formularzu E 121 w części **Pouczenie**.

3. Zasady korzystania z opieki zdrowotnej w związku z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi

Uznanie danego schorzenia za chorobę zawodową należy do kompetencji właściwych organów każdego państwa członkowskiego. **Pamiętaj, że każde z tych państw posiada własną listę chorób zawodowych, na podstawie której kwalifikowane jest dane schorzenie.**

Do potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia skutków choroby zawodowej lub wypadku przy pracy służy **formularz E 123**.

Prawo do korzystania z formularza E 123 masz nie tylko jako pracownik, ale również jako osoba prowadząca działalność na własny rachunek.

Formularz ten uzyskasz w wojewódzkim oddziale NFZ właściwym ze względu na miejsce Twojego zamieszkania w Polsce, a w przypadku, gdy miejsce Twojego stałego zamieszkania znajduje się w innym państwie członkowskim, w wojewódzkim oddziale NFZ wskazanym w Twoim zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego,.

Formularz ten otrzymasz w sytuacji, gdy:

- zamieszkujesz w innym państwie członkowskim niż państwo, w którym objęty jesteś ubezpieczeniem zdrowotnym, lub
- przebywasz czasowo w innym państwie członkowskim niż państwo zobowiązane do finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych związanych z Twoim wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, lub
- po uzyskaniu prawa do świadczeń zdrowotnych uzyskałeś zgodę Twojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego na powrót do państwa zamieszkania albo na przeniesienie Twojego miejsca zamieszkania do innego państwa członkowskiego, lub
- uzyskałeś zgodę na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu poddania się tam planowanemu leczeniu w zakresie skutków wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

W jaki sposób uzyskać polski formularz E 123?

Formularz ten możesz uzyskać na wniosek złożony:

- bezpośrednio przez Ciebie jako pracownika lub osobę prowadzącą działalność na własny rachunek,
- przez Twojego pracodawcę,
- przez instytucję państwa członkowskiego, w którym przebywasz czasowo,
- przez instytucję państwa członkowskiego, w którym na stałe zamieszkujesz.

Niezbędne dokumenty

Uwaga:

Poniżej wymienione dokumenty dotyczą sytuacji, gdy wypadek przy pracy lub choroba zawodowa zostały uznane, na podstawie polskich przepisów, przez polski organ ubezpieczeniowy.

W celu otrzymania polskiego formularza E 123 powinieneś przedstawić następujące dokumenty:

- wniosek o wydanie formularza E 123,
- dokument potwierdzający uznanie choroby zawodowej lub wypadku przy pracy.

Uwaga

Jeżeli posiadasz polski formularz E 123 i przebywasz lub zamieszkujesz w innym państwie członkowskim, powinieneś sprawdzić, czy zobowiązany jesteś do jego rejestracji w odpowiedniej instytucji znajdującej się w państwie, w którym przebywasz lub na stałe zamieszkujesz.

Zasady korzystania z opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach członkowskich

UWAGA:

- Zasady przedstawione w tym rozdziale dotyczą wyłącznie korzystania z opieki zdrowotnej podczas **pobytów czasowych** w innych państwach członkowskich.
- Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego należy okazać bezpośrednio w placówce służby zdrowia (lekarzowi lub administracji szpitala).
- W niektórych państwach wymagane jest okazanie dowodu tożsamości (preferowany paszport) wraz z Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego.
- Jeśli będąc za granicą potrzebujesz informacji, możesz jej zasięgnąć w najbliższej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Ich nazwy są podane poniżej (miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje). Do instytucji łącznikowej w danym kraju zgłaszaj się tylko wtedy, gdy nie możesz skontaktować się z najbliższą instytucją ubezpieczenia zdrowotnego.
- Jeśli w czasie podróży potrzebujesz dializ nerek lub tlenoterapii, musisz przed wyjazdem uzgodnić udzielenie tych świadczeń z placówką służby zdrowia w miejscu planowanego pobytu.
- Opłaty podane poniżej **nie podlegają zwrotowi**, chyba że zaznaczono inaczej.
- Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego nie zapewnia pokrycia przez NFZ kosztów transportu medycznego do Polski oraz opłat za świadczenia zdrowotne, obowiązujących w większości państw. **Aby uniknąć obciążenia tymi kosztami, wskazane jest wykupienie dodatkowego prywatnego ubezpieczenia.**

AUSTRIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać z opieki zdrowotnej w placówkach, które podpisały umowę z regionalną kasą chorych (*Gebietskrankenkasse*). Listę tych placówek można uzyskać w miejscowej kasie chorych. Jeżeli konieczna jest hospitalizacja, lekarz pierwszego kontaktu wydaje skierowanie do szpitala publicznego (*Einweisungsschein*), które powinieneś przedstawić podczas przyjęcia do szpitala. W nagłych przypadkach można zwrócić się do szpitala publicznego bez skierowania.

Przedstaw swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lekarzowi lub personelowi szpitala. Po przedstawieniu Karty otrzymasz od lekarza do wypełnienia druk (*Erklärung*), na którym trzeba wpisać numer Karty, jej symbol PL i datę ważności; dane osobowe; nazwę oddziału Funduszu, który wydał Kartę, a także dane dotyczące naszego dokumentu tożsamości (paszportu, dowodu osobistego lub prawa jazdy). W punkcie VII należy podać datę pobytu w Austrii. Druk zawiera oświadczenie, że przyjazd do Austrii nie miał na celu uzyskania leczenia.

Opłaty za świadczenia zdrowotne

Musisz wnieść opłatę za każdy dzień pobytu w szpitalu (10-15 EUR). Opłaty obowiązują za maksymalnie 28 dni w ciągu każdego roku kalendarzowego.

Za leczenie stomatologiczne obowiązuje częściowa odpłatność. Cenniki są dowolnie ustalane przez stomatologów, zatem przed udzieleniem świadczenia warto zapytać o jego cenę.

Leki znajdujące się w austriackim spisie lekarstw można zakupić w każdej aptece na koszt regionalnej kasy chorych na podstawie recepty wystawionej przez lekarza posiadającego umowę z kasą. Jednakże za każdy lek naliczana jest bezzwrotna opłata – 4,45 EUR. Koszt leków spoza spisu lekarstw może zostać pokryty przez kasę chorych tylko za zgodą głównego lekarza kasy.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **144**. Transport do najbliższego szpitala jest nieodpłatny.

Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta. Również ratownictwo górskie w Austrii i transport lotniczy w dolinę są odpłatne.

Recepty

Recepty objęte refundacją wydaje lekarz posiadający umowę z kasą chorych.

Jeśli receptę wystawił lekarz nieposiadający umowy, kasa chorych może uznać ją za równoważną z receptą lekarza kontraktowego. Jeśli recepta nie została uznana, musisz zapłacić pełną cenę leków, zachowując prawo do zwrotu poniesionych kosztów do kwoty, którą zwykle pokrywa kasa chorych.

Leczenie prywatne

Jeśli skorzystasz ze świadczeń lekarza nieposiadającego umowy z kasą chorych, musisz opłacić jego honorarium. Również korzystanie z opieki ponadstandardowej w szpitalu publicznym lub hospitalizacja w szpitalu prywatnym wiąże się z pokryciem kosztów. W powyższych przypadkach możesz zwrócić się do Narodowego Funduszu Zdrowia o zwrot kwoty, jaką przejęłaby austriacka kasa chorych za takie leczenie w placówce posiadającej umowę. Koszty powyżej tej kwoty nie podlegają zwrotowi.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Regionalne kasy chorych (*Gebietskrankenkasse*).

Instytucja łącznikowa

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Kundmangasse 21

Postfach 600

A1031 Wien, Austria

Tel. 00431 711 32

Fax 00431 711 32 3779

posteingang.allgemein@hvb.sozvers.at

BELGIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać z opieki zdrowotnej we wszystkich placówkach służby zdrowia. Warto jednak pamiętać o tym, że placówki, które nie przystąpiły do ogólnokrajowej umowy z kasami chorych, stosują stawki wyższe niż uzgodnione w tej umowie. Informacji o świadczeniodawcach, którzy podpisali umowę, udzielają placówki służby zdrowia i kasy chorych.

Leczenie szpitalne wymaga skierowania. W nagłych przypadkach możesz zgłosić się bezpośrednio do szpitala. Przedstaw swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lekarzowi lub personelowi szpitala.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Za leczenie ambulatoryjne, stomatologiczne i leki musisz najpierw zapłacić pełną cenę, a potem możesz ubiegać się o zwrot części poniesionych wydatków w lokalnej kasie chorych. Świadczeniodawca wystawia zaświadczenie stwierdzające, jakich świadczeń Ci udzielił (*Attestation de soins donnes/Getuigschrift voor verstrekte hulp*). Po przedstawieniu tego zaświadczenia kasa chorych zwraca koszty pomniejszone o udział własny pacjenta, który wynosi:

- w przypadku porad lekarskich i leczenia stomatologicznego: 25% - 40%,
- w przypadku leków: 0%, 25%, 50%, 60%, 80% w zależności od rodzaju leku.

Pamiętaj, że kasa chorych zwraca koszty według stawek uzgodnionych w umowach ze świadczeniodawcami, także wtedy, gdy otrzymałeś świadczenia po wyższej cenie.

W przypadku leczenia szpitalnego kasa przejmuje większość kosztów. Musisz jednak ponieść pewne bezzwrotne opłaty: ryczałt za przyjęcie do szpitala, opłatę za każdy dzień pobytu w szpitalu oraz dzienną opłatę za leki stosowane podczas hospitalizacji.

Transport sanitarny

Musisz opłacić pełne koszty transportu sanitarnego na terytorium Belgii. Nie przysługuje zwrot tych wydatków, chyba że karetkę pogotowia wezwano do wypadku przy pracy.

Również transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Do wystawiania recepty objętej refundacją jest uprawniony każdy lekarz. Wykupując leki, okaz farmaceutce swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Leczenie prywatne

Jeżeli skorzystałeś z leczenia w belgijskim szpitalu, nie przedstawiając Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, to szpital może obciążyć Cię pełnymi lub częściowymi kosztami hospitalizacji, nie tylko opłatami zryczałtowanymi.

Również za leki refundowane musisz zapłacić pełną cenę, jeśli nie posiadasz Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Farmaceuta wystawi wówczas dowód zapłaty wyszczególniający zakupione leki, na podstawie którego można dochodzić zwrotu kwoty refundowanej.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

O refundację możesz ubiegać się jeszcze w trakcie pobytu w Belgii, składając wniosek do belgijskiej kasy chorych. Należy załączyć zaświadczenia wydane przez lekarza (*Attestation de soins donnés/Getuigschrift voor verstrekte hulp*), kopię Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, rachunki ze szpitala, dowody zapłaty z aptek i kopie wszystkich recept..

Także po powrocie do Polski, we właściwym oddziale NFZ, można złożyć wniosek o zwrot kosztów leczenia, załączając wyżej wymienione dokumenty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Biura regionalne Pomocniczej Kasy Chorych (*Casse auxiliaire d'assurance maladie- invalidité/Hulpas voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering*) lub biura lokalnych kas chorych (*mutualité/ziekenfonds*).

Instytucja łącznikowa

Institut National D'Assurance Maladie Invalidite (INAMI) /
Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
211 Ave de Tervuren
1150 Brussels, Belgique
Tel. 0032 2 739 71 11
Fax 0032 2 739 72 91
bib@inami.be

CYPR

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń lekarzy pracujących w państwowym szpitalach lub ośrodkach zdrowia. Leczenie specjalistyczne i szpitalne wymaga skierowania. W nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitali.

Przedstaw swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lekarzowi lub personelowi szpitala.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Za wizytę u lekarza lub stomatologa musisz ponieść zryczałtowaną opłatę (1 CYP). Również proteza zębowa jest odpłatna.

Transport sanitarny

Za transport sanitarny na terytorium Cypru musisz ponieść opłatę. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz działający w ramach państwowej służby zdrowia. W celu realizacji recept należy przedstawić je w państwowej aptece razem z Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Leczenie prywatne

Leczenie w prywatnych zakładach opieki zdrowotnej jest płatne, poza sytuacjami, gdy państwowa służba zdrowia skieruje Cię na zabiegi, których nie zapewniają jej zakłady. Koszty leczenia prywatnego nie podlegają zwrotowi.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje – instytucja łącznikowa

Ministry of Health

Markou Drakou 10

1448 Pallouriotissa – Nicosia, Cyprus

Tel. 00357 22 400115

Fax 00357 22 305781

CZECHY

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać z leczenia w placówkach ochrony zdrowia mających umowy z kasami chorych. Ich adresy można uzyskać w kasie chorych (*zdravotna pojišťovna*). Na leczenie szpitalne kieruje specjalista. W nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala.

Przedstaw lekarzowi swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz dowód tożsamości. Na podstawie Karty lekarz wypisuje zaświadczenie (*Potvrzení o nároku*), na którym musisz podać przewidywany okres pobytu w Czechach oraz podpisać oświadczenie, że nie przybyłeś do Czech w celu odbycia leczenia.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Jeśli skorzystasz z leczenia stomatologicznego, będziesz musiał ponieść część kosztów.

W momencie realizacji recepty, w zależności od rodzaju leku, otrzymasz go bezpłatnie, za częściową opłatą lub za pełną cenę.

Transport sanitarny

Nr pogotowia – **112** (można porozumieć się w językach obcych) lub **155** (wyłącznie w języku czeskim). Transport sanitarny na terytorium Czech jest nieodpłatny.

Uwaga: w przypadku transportu zrealizowanego przez górskie służby ratownicze (*Horská služba*) musisz ponieść jego koszty we własnym zakresie. Również koszty transportu powrotnego do Polski musi pokryć pacjent.

Recepty

Każdy lekarz jest uprawniony do wystawienia recepty objętej refundacją.

Leczenie prywatne

Koszty leczenia w placówce nieposiadającej umowy z kasą chorych musisz pokryć we własnym zakresie. Jeśli skorzystałeś z leczenia prywatnego w nagłym przypadku, po powrocie do kraju możesz złożyć w oddziale NFZ wniosek o zwrot poniesionych opłat.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty, wszystkie inne dokumenty otrzymane od lekarza.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Kasy chorych (*zdravotna pojišťovna*).

Instytucja łącznikowa

Centrum Mezištátních Úhrad (CMU)

Nám. W. Churchilla 2

113 59 Praha 3, Czech Republic

Tel. 00420 234462041

Fax 00420 222734951

info@cmu.cz

DANIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń lekarzy i stomatologów posiadających umowy z państwową służbą zdrowia. Ich listy udostępniają Wydziały Zdrowia i Spraw Społecznych każdej gminy (*kommune*). Lekarze z reguły przyjmują w godzinach 8.00 – 16.00. W razie potrzeby skorzystania z porady lekarskiej poza godzinami przyjęć, informacje o dyżurujących lekarzach można uzyskać pod numerem **118**.

Leczenie specjalistyczne i szpitalne wymaga skierowania lekarza ogólnego. W nagłych przypadkach można udać się bezpośrednio do szpitala.

Przedstaw swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lekarzowi lub personelowi szpitala.

Opłaty za świadczenia zdrowotne

Opieka stomatologiczna jest bezpłatna tylko dla dzieci, natomiast dorośli otrzymują ją na zasadach pełnej odpłatności, z wyjątkiem niektórych świadczeń, za które zapłacisz 60-70% kosztów.

W momencie realizacji recepty musisz zapłacić 100 % ceny, a następnie możesz dochodzić zwrotu części poniesionych wydatków w urzędzie gminy. Przy pierwszym zakupie leków otrzymasz kartę, którą należy okazywać przy każdym kolejnym zakupie. Wydatki na lekarstwa są zwracane, gdy ich suma zarejestrowana na karcie przekroczy 520 DKr w jednym roku kalendarzowym.

Stawki zwrotu kosztów zatwierdzonych lekarstw są uzależnione od wysokości poniesionych wydatków (0%, 50%, 75%, 85%). Wydatki poniżej 520 DKr są zwracane tylko w przypadku dzieci (według stawki 50%).

Transport sanitarny

Nr pogotowia (*lægevagt*) - **112**. Przewóz karetką do szpitala jest bezpłatny. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawienia recepty objętej refundacją jest lekarz lub stomatolog posiadający umowę z duńską państwową służbą zdrowia.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Zwrotu poniesionych kosztów można dochodzić jeszcze w trakcie pobytu w Danii, składając wniosek do urzędu gminy (*kommune*), lub w oddziale NFZ po powrocie do kraju. Do wniosku należy dołączyć oryginały rachunków i dowodów zapłaty, kartę z apteki i recepty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Gminy (*kommune*).

Instytucja łącznikowa

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K, Denmark

Tel. 0045 3392 3360

Fax 0045 3393 1563

im@im.dk

ESTONIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń placówek służby zdrowia, które podpisały umowy z Estońskim Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego (*Eesti Haigekassa*). Leczenie specjalistyczne i szpitalne wymaga skierowania lekarza ogólnego, lecz w nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala. Przedstaw lekarzowi lub administracji szpitala swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz dowód tożsamości.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Musisz ponieść opłatę za domową wizytę lekarską, poradę specjalisty (do 50 EEK) oraz za hospitalizację (25 EEK za każdy dzień pobytu, do 10 dni). Dzieci do 19 roku życia są zwolnione z opłat za hospitalizację, nie obowiązują one także w przypadku świadczeń związanych z ciążą i porodem oraz intensywnej opieki.

Wyroby medyczne są refundowane tylko wtedy, gdy znajdują się na liście Estońskiego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego. Za leki refundowane musisz ponieść opłatę w wysokości 20 lub 50 EEK oraz opłacić pewną część ceny powyżej tej kwoty (0%, 10%, 25% lub 50%, zależnie od rodzaju leku). Dzieci od 4 do 16 roku życia, renciści i osoby powyżej 63 roku życia otrzymują niektóre leki ze zniżką 90%. W przypadku dzieci do 4 roku życia Fundusz pokrywa 100% ceny powyżej opłaty 20 EEK.

Dorośli opłacają pełne koszty leczenia stomatologicznego z wyjątkiem dwóch nagłych przypadków: usunięcia zęba i rozcięcia ropnia. Dla dzieci poniżej 19 roku życia leczenie dentystyczne jest bezpłatne.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Przewóz karetką w nagłych przypadkach jest bezpłatny. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest każdy lekarz.

Leczenie prywatne

Leczenie w placówkach nieposiadających umowy z Estońskim Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego jest w pełni odpłatne. Poniesione opłaty nie podlegają zwrotowi.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków, dowodów zapłaty i recept.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Oddziały *Eesti Haigekassa* (Estońskiego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego).

Instytucja łącznikowa

Eesti Haigekassa

(Estoński Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego)

International Relations Department

Lembitu 10

Tallin 10114, Estonia

tel.: + 372 620 8430

fax: + 372 620 8449

info@haigekassa.ee

FINLANDIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń w gminnych ośrodkach zdrowia (*Terveyskeskus/Hälsovårdscentral*), gminnych lub państwowych szpitalach lub u samodzielnie praktykujących lekarzy działających w ramach publicznej służby zdrowia.

Szpitala, by przyjąć pacjenta, wymagają skierowania od lekarza. Jednakże w nagłych przypadkach możesz zgłosić się bezpośrednio do szpitala.

Przedstaw swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lekarzowi lub personelowi szpitala.

Opłaty za świadczenia zdrowotne

Opieka lekarska i leczenie szpitalne zapewniane są nieodpłatnie lub za standardową opłatą. Poszczególne ośrodki zdrowia stosują różne zasady w tym zakresie. Za wizytę u lekarza (w tym badania laboratoryjne i prześwietlenia RTG) pobierana jest z reguły opłata 11-22 EUR. W przypadku wizyty poza zwykłymi godzinami przyjęć możesz zostać obciążony dodatkową opłatą. Za leczenie stomatologiczne również poniesiesz opłatę, zwykle poniżej 35 EUR. Osoby poniżej 18 roku życia uzyskują świadczenia dentystyczne nieodpłatnie.

Za każdy dzień leczenia i pobytu na oddziale szpitalnym trzeba zapłacić zryczałtowaną opłatę. Osoby poniżej 18 roku życia są z niej zwolnione w przypadku, gdy przebywają w szpitalu więcej niż 7 dni rocznie. Opłatę poniesiesz także za poradę ambulatoryjną w szpitalu.

W momencie realizacji recepty zapłacisz pełną cenę, po czym możesz ubiegać się o zwrot części wydatków (z reguły otrzymasz 50% powyżej stałej bezzwrotnej opłaty – 10 EUR).

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Za transport sanitarny musisz zapłacić zryczałtowaną opłatę. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest każdy lekarz.

Leczenie prywatne

Możesz również skorzystać z porady prywatnego lekarza/stomatologa lub leczyć się w prywatnym szpitalu. W takim wypadku poniesiesz pełne koszty, jednak możesz ubiegać się o zwrot ich części (ok. 60%). W tym celu powinieneś wypełnić wniosek znajdujący się na odwrocie rachunku za honorarium lekarza/stomatologa.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków, dowodów zapłaty i recept. O refundację kosztów leczenia można ubiegać się w miejscowym zakładzie KELA w ciągu 6 miesięcy od dnia zapłaty lub po powrocie do kraju we właściwym oddziale NFZ.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Lokalne oddziały KELA (Zakładu Ubezpieczenia Społecznego).

Instytucja łącznikowa

Kansaneläkelaitys (KELA)

P.O. Box 400

00381 HELSINKI, Finland

Tel. 00 35 820 43411

Fax 00 35 820 4343829

eushoito@kela.fi

FRANCJA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń lekarza, stomatologa lub placówki, która zawarła umowę z francuską kasą chorych (oznaczonych jako *conventionné*). Nie trzeba okazywać Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lekarzowi pierwszego kontaktu, jest ona potrzebna tylko przy przyjęciu do szpitala oraz przy refundacji wydatków.

Leczenie specjalistyczne wymaga skierowania lekarza ogólnego.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Jeśli skorzystasz ze świadczeń ambulatoryjnych lub zakupisz leki, musisz najpierw opłacić pełne koszty, a następnie będziesz mógł ubiegać się o zwrot ich części w lokalnej kasie chorych – *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* (C.P.A.M.).

Koszty świadczeń medycznych są zwracane przez kasę w wysokości ok. 70 % ceny ustalonej w cenniku. Według cennika kasy porada lekarza ogólnego to koszt 20 EUR, natomiast porada lekarza specjalisty - 27 EUR. Jeśli lekarz stosuje stawki wyższe niż ustalone w cenniku kasy, różnicę opłaca pacjent. Lekarze stosujący wyższe stawki posiadają oznaczenie *conventionné honoraires libres*.

Od należnej Ci kwoty zwrotu w wysokości ok. 30% ceny świadczenia odliczana jest dodatkowo opłata wynosząca 1 EUR za każdą poradę, jednak nie więcej niż 1 EUR dziennie i 50 EUR rocznie. Opłata ta nie dotyczy dzieci poniżej 18 roku życia i kobiet od 6 miesiąca ciąży.

Jeżeli zakupisz lekarstwa, masz prawo do zwrotu 100% ceny leków niezbędnych (z białą nalepką *vignette* i symbolem przekreślonego prostokąta), 65% ceny innych leków z białą *vignette* i 35 % ceny leków z niebieską *vignette* i 15 % ceny leków z pomarańczową *vignette*. Koszt lekarstw opatrzonych *vignette* z symbolem Δ nie podlega zwrotowi. Środki opatrunkowe są refundowane według niższych stawek procentowych.

Koszty badań i analiz laboratoryjnych zwracane są w 60%, a koszty porady ambulatoryjnej w szpitalu – w 75%.

Jeśli będziesz leczyl się w szpitalu, z reguły kasa chorych bezpośrednio opłaci koszty Twojego leczenia w wysokości 80% bądź, w niektórych przypadkach, w 100%. Musisz zapłacić szpitalowi pozostałe koszty (20%) lub dzienną opłatę ryczałtową za pobyt w szpitalu (*forfait journalier*) – 15 EUR lub 11 EUR w przypadku szpitala psychiatrycznego.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **15**. Koszty transportu sanitarnego na terytorium Francji zwracane są w 65%.

Koszty transportu powrotnego do Polski pokrywane są w całości przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawienia recepty objętej refundacją jest lekarz lub stomatolog posiadający umowę z francuskim systemem służby zdrowia (*conventionné*).

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Od udzielającego świadczeń lekarza/ stomatologa i w aptece otrzymasz dokument *Feuille de Soins/ Feuille de Soins de Bucco Dentaire*. Z opakowań lekarstw odklej *vignettes* (białe lub niebieskie nalepki z ceną) i przyklej je w wyznaczonych miejscach *Feuille de Soins* otrzymanego od farmaceuty. Następnie podpisz *Feuille de Soins*.

O refundację części poniesionych wydatków możesz ubiegać się już na terytorium Francji, zwracając się do francuskiej kasy chorych (C.P.A.M.) w okręgu, w którym skorzystałeś ze świadczeń. Proces refundacji przez C.P.A.M. trwa zazwyczaj ok. 2 miesiące. Po powrocie do Polski możesz składać niżej wymienione dokumenty w oddziale NFZ.

Do wniosku o zwrot kosztów trzeba załączyć oryginały *Feuille de Soins*, recept, rachunków ze szpitala i kopię Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. W przypadku zwrotu kosztów transportu dołącz zaświadczenie, że transport był zrealizowany w przypadku nagłym.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Kasy chorych (C.P.A.M.).

Instytucja łącznikowa

Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (C.L.E.I.S.S.)
11, rue de la Tour des Dames
75436 Paris cedex 09, France
Tel.: 0033 14 526 33 41
Fax: 0033 14 995 06 50

GRECJA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń lekarza, stomatologa lub ośrodka zdrowia, który należy do IKA (Zakładu Ubezpieczenia Społecznego) lub podpisał z nim umowę. Ich lista znajduje się w lokalnym oddziale IKA. Ośrodki zdrowia często ulokowane są przy oddziałach IKA. Na wizytę w ośrodku zdrowia należy umawiać się pod nr **184** dostępnym z każdego miejsca Grecji, lecz w przypadkach nagłych można zgłaszać się bez wcześniejszego zapisu. Ośrodki na ogół przyjmują w godzinach 7.00 – 19.00. Wizyta u lekarza specjalisty w ośrodku zdrowia nie wymaga skierowania. Po godzinach przyjęć ośrodków zdrowia należy zgłaszać się do szpitali IKA lub mających umowę z IKA.

Przedstaw swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lekarzowi lub personelowi szpitala.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Za dodatkowe badania, np. prześwietlenia oraz za niektóre dodatkowe świadczenia, jak fizykoterapia i protezy zębowe, będziesz musiał ponieść opłaty.

Za leki na receptę zapłacisz maksymalnie 25% ceny.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **166**. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz, który podpisał umowę z IKA. Recepty należy realizować w aptece objętej systemem IKA w ciągu 5 dni od wystawienia. Wykaz takich aptek możesz otrzymać w biurze IKA.

Leczenie prywatne

W wielu miejscowościach, zwłaszcza na wyspach, nie ma placówek służby zdrowia IKA. Jeżeli w pobliżu miejsca Twojego pobytu nie ma takiej placówki i skorzystałeś ze świadczeń lekarza, stomatologa lub w szpitalu, który nie ma umowy z IKA, musisz opłacić wszystkie koszty takiego leczenia. IKA może zwrócić Ci część kosztów (według stosowanych przez siebie stawek) po przedstawieniu szczegółowych rachunków.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały dowodów zapłaty z perforowanymi numerami (perforacja oznacza, że rachunek wystawiła placówka publiczna) i oryginały recept (należy żądać ich zwrotu). Odklej nalepki z opakowań lekarstw i przyklej je na receptę.

Wniosek o refundację możesz złożyć podczas pobytu w Grecji w lokalnym oddziale IKA bądź we właściwym oddziale NFZ po powrocie do Polski.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Lokalne oddziały IKA (Zakładu Ubezpieczenia Społecznego).

Instytucja łącznikowa

Idruma Koinonikon Asphaliseon (I.K.A.)

Odos Agiou Konstantinou 8

10241 Athens, Greece

Tel. 0030 210 674 11 40/ 674 25 91

Fax. 0030 210 674 13 77

HISZPANIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń pogotowia (*Servicio de Urgencias*), przychodni (*ambulatorio, consultorio*), ośrodków zdrowia (*centro de salud*) lub szpitali działających w ramach państwowej służby zdrowia (*Sistema Nacional de Salud*). Ich wykaz można uzyskać w Wydziałach Zdrowia lokalnych władz (*Consejerías Sanitarias, Servicios Regionales de Salud*) i lokalnych oddziałach *Instituto Nacional de Seguridad Social* (INSS).

Korzystaj ze świadczeń w godzinach przyjęć dla pacjentów leczonych w ramach państwowej opieki zdrowotnej, gdyż w innym przypadku zostaniesz potraktowany jako pacjent prywatny. W każdym przypadku korzystania z opieki zdrowotnej zaznacz, że chcesz być traktowany zgodnie z przepisami UE.

UWAGA: W wielu miejscowościach odwiedzanych przez turystów większość lekarzy praktykuje prywatnie i obciąża pacjentów pełnymi kosztami leczenia.

Leczenie specjalistyczne wymaga skierowania lekarza ogólnego. Jeśli konieczna jest hospitalizacja, lekarz wystawi skierowanie do określonego szpitala. W nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala. Zażądaj umieszczenia na sali wieloosobowej, w przeciwnym przypadku zostaniesz potraktowany jako pacjent prywatny. Przedstaw lekarzowi lub personelowi szpitala swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i dowód tożsamości.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Obowiązuje pełna odpłatność za leczenie stomatologiczne.

Niektóre leki są refundowane, wówczas zapłacisz 40% ich ceny. Pozostałe leki dostępne są za pełną odpłatnością. Z opłat za leki zwolnieni są emeryci i renciści.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Jeśli transport był niezbędny i został zalecony przez lekarza, jest nieodpłatny.

Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz państwowej służby zdrowia.

Leczenie prywatne

W przypadku leczenia prywatnego zostaniesz obciążony jego kosztami. Nie przysługuje zwrot tych wydatków.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Lokalne oddziały INSS - Krajowego Instytutu Ubezpieczenia Społecznego (*Agencia, Dirección Provincial*), Wydziały Zdrowia (*Consejerías Sanitarias, Servicios Regionales de Salud*).

Instytucja łącznikowa

Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS)
Subdirección General de Relaciones Internacionales
Padre Damian, 4
Madrid 16, España
Tel. 0034 91 568 83 00
Fax 0034 91 563 29 08/ 3027/ 2085
www.seg-social.es

HOLANDIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń lekarzy (*Huisarts*), stomatologów (*Tandarts*), ośrodków zdrowia i szpitali, które działają w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Lokalny oddział funduszu ubezpieczeń zdrowotnych (*zorgverzekeraar*) udostępnia listę nazwisk i adresów lekarzy posiadających umowę z danym funduszem.

Wizyta u lekarza powinna się odbywać w godzinach przyjęć. Przedstaw lekarzowi swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Leczenie specjalistyczne i szpitalne wymaga skierowania lekarza ogólnego. W nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala. Wówczas w ciągu 48 godz. należy przedstawić Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego administracji szpitala i poprosić o niezwłoczne skontaktowanie się z *AGIS*.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Leczenie szpitalne jest bezpłatne, chyba że zdecydujesz się na wyższy standard (pierwszą lub drugą klasę), wówczas będziesz musiał ponieść część kosztów pobytu i leczenia.

Bezpłatna opieka stomatologiczna (z wyjątkiem koron, mostków i ortodoncji) dostępna jest tylko dla dzieci. Dorosłym przysługuje nieodpłatnie wyłącznie opieka profilaktyczna, w przypadku innych świadczeń stomatologicznych ponoszą całość lub część ich kosztów.

Leki na receptę są w pełni refundowane, chyba że istnieje tańszy lek o tym samym działaniu, co lek przepisany na receptę - wówczas będziesz musiał pokryć różnicę ich cen.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Za część kosztów transportu sanitarnego na terytorium Holandii musisz zapłacić. Koszty transportu powrotnego do Polski są pokrywane w całości przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz praktykujący w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych. W aptece należy okazać Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty. Na dowodzie zapłaty za leki powinny być wyszczególnione zakupione leki oraz dane lekarza, który je przepisał. W przypadku transportu sanitarnego powinieneś dołączyć zaświadczenie lekarskie o niezbędności transportu.

Zwrotu kosztów można dochodzić jeszcze w trakcie pobytu w Holandii w *AGIS Zorgverzekeringen* bądź po powrocie do kraju we właściwym oddziale NFZ.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

AGIS Zorgverzekeringen

Van Asch van Wijckstraat 55

3811 LP Amersfoort

Tel. 0031 33 445 69 11

Fax 0031 33 461 27 33

lub lokalne oddziały funduszy ubezpieczeń zdrowotnych (*zorgverzekeraar*).

Instytucja łącznikowa

College voor zorgverzekeringen

Postbus 320

1110 AH Diemen, The Netherlands

Tel. 0031 20 797 85 55

Fax 0031 20 797 85 00

IRLANDIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń lekarzy, stomatologów lub szpitali działających w ramach publicznej służby zdrowia (*General Medical Services - GMS*). Ich listę można uzyskać w miejscowej Radzie ds. Zdrowia (*Health Service Executive*).

Przedstaw lekarzowi swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i zaznacz, że chcesz być leczony zgodnie z przepisami UE.

UWAGA: Wielu specjalistów przyjmuje zarówno w ramach publicznej służby zdrowia, jak prywatnie.

Leczenie szpitalne wymaga skierowania. W nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala. Powinieneś zawiadomić administrację szpitala, że chcesz być leczony zgodnie z przepisami UE i okazać Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Leczenie w państwowym oddziale szpitala publicznego jest nieodpłatne, z wyjątkiem leczenia skutków wypadków drogowych, którego koszty pokrywa pacjent.

Transport sanitarny

Nr pogotowia – **112** lub **999**. Każda Rada ds. Zdrowia stosuje własne rozwiązania w zakresie przewozu pacjentów w nagłych przypadkach. W niektórych przypadkach będziesz musiał ponieść opłatę. Koszty transportu powrotnego do Polski są pokrywane w całości przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz posiadający umowę z publiczną służbą zdrowia.

Leczenie prywatne

Jeśli leczyleś się na prywatnym oddziale szpitala publicznego, w placówce służby zdrowia działającej poza publiczną służbą zdrowia lub u lekarza nieposiadającego umowy z GMS, będziesz musiał pokryć koszty leczenia. Nie przysługuje zwrot tych wydatków.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Rady ds. Zdrowia (*Health Service Executives*).

Instytucja łącznikowa

Department of Health and Children

Hawkins House

Hawkins Street

Dublin 2, Ireland

Tel. 0035 316354000

Fax 0035 316354001

ISLANDIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń państwowych ośrodków zdrowia (*heilsugæslustöð*) lub lekarzy zarejestrowanych w systemie państwowej służby zdrowia. Listę tych placówek można uzyskać w Państwowym Zakładzie Ubezpieczenia Społecznego - *Tryggingastofnun*. Lokalne ośrodki zdrowia znajdują się we wszystkich dystryktach. W dni powszednie poza godzinami przyjęć i w weekendy opiekę lekarza ogólnego można uzyskać w rejonie Reykjavíku w ośrodku Læknavaktin (tel. 1779, adres: Smáratorg 1, Kópavogur), lub, w przypadkach nagłych, w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Leczenie szpitalne wymaga skierowania lekarza. Jednakże w nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala.

Zaznacz, że chcesz być leczony zgodnie z przepisami UE i przedstaw lekarzowi lub administracji szpitala swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Za porady i wizyty lekarskie musisz wnieść zryczałtowaną opłatę (maksymalnie 18000 IKR). Za badania wnosi się dodatkowe opłaty. Emeryci i renciści mają prawo do zniżki.

Odpłatne jest również leczenie ambulatoryjne w szpitalu (3320 IKR), natomiast za pobyt w szpitalu nie poniesiesz żadnych opłat.

Jeśli korzystasz z leczenia stomatologicznego, co do zasady musisz ponieść pełne koszty. Niektóre osoby uprawnione są do częściowego zwrotu: dzieci poniżej 16 roku życia - w wysokości 75%, młodzież w wieku 16-18 lat: 50% oraz emeryci i renciści: 50 lub 75%. Zwrot nie dotyczy kosztów koronek, mostków i złotych zębów.

Odpłatność za leki jest zróżnicowana – od 0 do 100%. Jeśli istnieje tańszy lek o tym samym działaniu, co lek przepisany na receptę, będziesz musiał pokryć różnicę ich cen. Możesz poprosić farmaceutę o wydanie tańszego leku.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Za transport sanitarny na terytorium Islandii pacjent ponosi zryczałtowaną opłatę. Koszty transportu powrotnego do Polski są całkowicie płacone przez pacjenta.

Recepty

Uprawnionym do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz zarejestrowany w systemie państwowej służby zdrowia.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków, dowodów zapłaty.

O zwrot części kosztów leczenia stomatologicznego możesz zwrócić się do Głównego Urzędu Państwowego Instytutu Ubezpieczenia Społecznego (*Triggingastofnun Ríkisins*) lub po powrocie do Polski do właściwego oddziału NFZ.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje – instytucja łącznikowa

Triggingastofnun Ríkisins

Laugavegur 114-116

150 Reykjavik, Iceland

Tel.: 00354 560 44 60

Fax: 00354 560 44 51

international@tr.is

LIECHTENSTEIN

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać z opieki zdrowotnej we wszystkich placówkach służby zdrowia.

W Liechtensteinie jest tylko jeden szpital (w Vaduz). Leczenie szpitalne wymaga skierowania lekarza, jednak w nagłych przypadkach można się zgłaszać bezpośrednio do szpitala.

Przedstaw lekarzowi lub administracji szpitala swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i dowód tożsamości.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Za porady lekarskie i leczenie ambulatoryjne w szpitalu musisz wnieść opłaty ryczałtowe. Zwolnione z tych opłat są osoby poniżej 20 roku życia, zaś emeryci mają zniżkę w wysokości 50%.

Pobyty w szpitalu jest bezpłatny, chyba że wybierzesz salę jednoosobową i inne świadczenia ponadstandardowe – wówczas poniesiesz ich koszty.

Leczenie dentystyczne nie jest objęte państwowym systemem ubezpieczenia zdrowotnego i jest w pełni płacone.

Ubezpieczenie pokrywa pełne koszty leków na receptę znajdujących się na liście leków refundowanych. Za pozostałe musisz zapłacić pełną cenę.

Transport sanitarny

Transport sanitarny na terytorium Liechtensteinu jest nieodpłatny. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest każdy lekarz.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje – instytucja łącznikowa

Amt für Volkswirtschaft

Austrasse 15

FL-9490 Vaduz, Liechtenstein

Tel. 00423 236 68 99

Fax 00423 236 74 20

info@avw.llv.li

LITWA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń lekarza pierwszego kontaktu (*bendrosios praktikos gydytojas*) lub stomatologa (*odontologas*), którzy podpisali umowę z regionalną kasą chorych (*Teritorinė Ligoniu Kasa*). Aktualne informacje na temat tych lekarzy i stomatologów możesz uzyskać w pięciu regionalnych kasach chorych.

Do specjalisty możesz udać się w przypadku, gdy skieruje Cię do niego lekarz pierwszego kontaktu. Również leczenie szpitalne wymaga skierowania, lecz w nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala.

Przedstaw lekarzowi lub administracji szpitala swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i dowód tożsamości.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Większość świadczeń jest nieodpłatna, jednak musisz pokryć koszty materiałów stomatologicznych. Niektóre leki na receptę (*vaistai*) są w pełni refundowane, a za niektóre zapłacisz 10%, 20% lub 50% ceny. Leki spoza listy sprzedawane są za pełną odpłatnością.

Transport sanitarny

W przypadku, gdy potrzebna jest pomoc pogotowia (*greitoji medicinos pagalba*), należy dzwonić na nr **03**. Transport sanitarny na terytorium Litwy jest nieodpłatny. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest każdy lekarz.

Leczenie prywatne

Jeśli leczysz się u lekarza nieposiadającego umowy z regionalną kasą chorych, poniesiesz pełne koszty leczenia, niepodlegające zwrotowi.

UWAGA: Większość stomatologów praktykuje poza państwową służbą zdrowia.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty. O zwrot kosztów leczenia możesz ubiegać się w trakcie pobytu na Litwie w regionalnej kasie chorych lub, po powrocie do Polski, we właściwym Oddziale NFZ.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Regionalne kasy chorych (*Teritoirinė Ligonijų Kasa*).

Instytucja łącznikowa

Valstybinė ligonių kasa

Kalvarijų 147

08221 Vilnius

Lithuania

Tel: 0037 052 364 150

Fax: 0037 052 364 111

spfund@vlk.lt

LUKSEMBURG

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń każdego lekarza, stomatologa i szpitala. Do specjalisty możesz udać się bez skierowania, natomiast do szpitala kieruje lekarz. W nagłych wypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala.

Przedstaw lekarzowi lub personelowi szpitala swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Jeśli skorzystasz z leczenia, musisz najpierw pokryć pełne koszty udzielonych Ci świadczeń, a następnie możesz ubiegać się o zwrot ich części w lokalnej kasie chorych. Kasa zwraca koszty pomniejszone o udział własny pacjenta, który wynosi:

- do 20% stawki minimalnej za pierwszą wizytę domową lekarza, 5% za kolejne wizyty w ciągu 28 dni;
- 5% za poradę lekarza w przychodni;
- 5% kosztów leczenia stomatologicznego (do określonej kwoty jest ono bezpłatne); jeśli stomatolog stosuje wyższe stawki niż uzgodnione z kasą, powinien Cię o tym poinformować przed rozpoczęciem leczenia;
- dzienną stawkę za pobyt w szpitalu (12 EUR), maksymalnie za 30 dni rocznie; z opłaty tej zwolnione są osoby poniżej 18 roku życia; pobyt w sali szpitalnej 1. klasy wiąże się z dodatkowymi opłatami;
- do 20% za dodatkowe badania, urządzenia medyczne i fizykoterapię;
- 0%, 20% lub 60% ceny leku, w zależności od jego rodzaju.

Udzielenie niektórych świadczeń wymaga zgody kasy chorych.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Transport sanitarny na terytorium Luksemburga jest nieodpłatny, jeśli miał miejsce w nagłym przypadku; w innych sytuacjach wiąże się z odpłatnością 30%. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta..

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków, dowodów zapłaty, recept i skierowań. O refundację można ubiegać się w trakcie pobytu w Luksemburgu w oddziale Robotniczej Kasy Chorych (*Caisse de Maladie des Ouvriers*) lub we właściwym oddziale NFZ po powrocie do Polski.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Lokalne oddziały Robotniczej Kasy Chorych (*Caisse de Maladie des Ouvriers – CMO*).

Instytucja łącznikowa

Union des Caisses de Maladie

125, route d'Esch

L-1471 Luxembourg

Tel. 00352 49 83311

Fax 00352 49 8332

ucm@secu.lu

ŁOTWA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń placówek posiadających umowę z Państwową Agencją Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego (*Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra - VOAVA*). Leczenie specjalistyczne i szpitalne wymaga skierowania, lecz w nagłych przypadkach można udać się bezpośrednio do szpitala.

Przedstaw lekarzowi lub personelowi szpitala swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Opłaty za świadczenia zdrowotne

Za wizytę u lekarza oraz wizytę domową musisz wnieść standardową opłatę (0,5-2 LVL). Opłata za badania diagnostyczne wykonane w związku z leczeniem ambulatoryjnym wynosi od 0,50 do 9 LVL.

Leczenie szpitalne wiąże się z poniesieniem opłaty za przyjęcie (5 LVL), stawki dziennej od drugiego dnia pobytu (1,50 LVL) oraz pewnego udziału w kosztach opieki. Suma opłat nie może przekroczyć 25 LVL za jeden pobyt w szpitalu i 80 LVL w danym roku.

Opłata za leczenie stacjonarne w ośrodkach dziennego pobytu (np. dializy) wynosi 2,50 LVL za pierwszy dzień i 1 LVL za następne dni.

Powyższe opłaty nie obowiązują dzieci poniżej 18 roku życia, leczenia w nagłych przypadkach oraz świadczeń związanych z ciążą i porodem do 42 dnia połogu.

Leczenie stomatologiczne jest nieodpłatne tylko dla dzieci poniżej 18 roku życia, dorośli płacą za większość świadczeń.

Za leki refundowane zapłacisz stawkę ryczałtową (0,10 LVL) oraz 0%, 10%, 25% lub 50% ich ceny. Pozostałe leki są w pełni odpłatne. Ważność recepty na leki refundowane wynosi 15 dni, natomiast recepty na pozostałe leki ważne są przez 3 miesiące.

Transport sanitarny

Nr pogotowia – **03** lub **112**. Transport sanitarny na terytorium Łotwy jest bezpłatny, jeśli miał miejsce w nagłym przypadku. Transport powrotny do Polski jest płatny przez pacjenta.

Leczenie prywatne

Za leczenie w placówce nieposiadającej umowy z VOAVA musisz zapłacić pełną cenę. Wydatki te nie podlegają zwrotowi.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

O refundację kosztów leków można ubiegać się w Państwowej Agencji Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego lub we właściwym oddziale NFZ po powrocie do Polski.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje– instytucja łącznikowa

Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra

(Państwowa Agencja Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego)

Baznīca iela 25

LV 1010 Rīga

Latvia

Tel. 00371 7043767

Fax 00371 7043746

eiropa@voava.lv

MALTA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń państwowych ośrodków zdrowia i szpitali. Na leczenie specjalistyczne potrzebne jest skierowanie. Przedstaw lekarzowi swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i dokument tożsamości.

Na Malcie są 2 szpitale przyjmujące w nagłych przypadkach, do których można się zgłaszać ze skierowaniem z ośrodka zdrowia lub bezpośrednio w szczególnie nagłych przypadkach oraz 2 szpitale specjalistyczne, do których można się zgłaszać wyłącznie ze skierowaniem ze szpitali przyjmujących w nagłych przypadkach lub z ośrodków zdrowia.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Pacjent musi pokryć pełne koszty protez i leków, poza lekami zaordynowanymi podczas leczenia szpitalnego i podczas pierwszych 3 dni po wypisaniu ze szpitala.

W przypadku stanów ostrych leczenie stomatologiczne jest bezpłatne w szpitalach (leczenie ambulatoryjne) lub w ośrodkach zdrowia. Jednakże dostęp do bezpłatnej opieki stomatologicznej jest ograniczony; z reguły jest ona udzielona prywatnie, za odpłatnością pacjenta.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Transport do publicznego szpitala lub ośrodka zdrowia na Malcie jest bezpłatny. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Leczenie prywatne

Leczenie prywatne jest w pełni odpłatne i nie przysługuje zwrot poniesionych opłat.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje– instytucja łącznikowa

Ministeru tas-Sahha l-Anzjani u Kura fil-Komunità (Ministerstwo Zdrowia)

23, Triq San Gwann

Valletta

Malta

Tel. 0035 621224071

Fax. 0035 621230863

entitlement.mhec@gov.mt

NIEMCY

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń placówek służby zdrowia mających umowę z kasą chorych. W lokalnej kasie (*Krankenkasse*) można otrzymać ich listę.

Przedstaw lekarzowi swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i dowód tożsamości. Otrzymasz druk w języku polskim (*Erklärung*), na którym powinieneś podać planowany czas pobytu w Niemczech oraz podpisać oświadczenie, że nie przybyłeś do Niemiec w celu leczenia, a także wybrać kasę chorych.

Leczenie specjalistyczne i szpitalne wymaga skierowania. W nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala, okazując Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Przy pierwszej wizycie u lekarza rodzinnego w danym kwartale pobierana jest dopłata w wysokości 10 EUR. Podczas kolejnych wizyt u tego samego lekarza wystarczy okazać dowód zapłaty. Za pierwszą wizytę u stomatologa w danym kwartale również musisz wnieść dopłatę 10 EUR. Taka sama dopłata należy się także za każdą pierwszą wizytę u innego lekarza lub stomatologa. Wizyta u specjalisty ze skierowaniem lekarza rodzinnego jest nieodpłatna, natomiast w przypadku braku skierowania zapłacisz 10 EUR.

Dopłata za leczenie szpitalne wynosi 10 EUR za dzień pobytu, nie więcej niż za 28 dni w ciągu roku. Musisz pokryć także koszty świadczeń ponadstandardowych dostępnych w szpitalu.

Dopłaty za rehabilitację wynoszą 10 EUR za dzień.

Odpłatność za leki przepisane na różowej receptce (*Kassenrezept*) wynosi 10% ceny, jednak nie mniej niż 5 EUR i nie więcej niż 10 EUR. W przypadku, gdy istnieje tańszy odpowiednik przepisanego leku, poza tą dopłatą musisz pokryć także różnicę cen. Odpłatność za leki przepisane na innych receptach wynosi 100%. Opłat za leki nie ponoszą kobiety w ciąży. Z opłat za leczenie szpitalne i leki zwolnione są dzieci do 18 roku życia.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Ponieważ transport sanitarny w Niemczech zapewniają instytucje niezwiązane ze szpitalami, przewoźnikowi także należy okazać Europejską Kartę Ubezpieczenia

Zdrowotnego. Jeśli będzie to niemożliwe, w przypadku otrzymania rachunku, kopię Karty należy przesłać do instytucji, która wystawiła rachunek za transport.

Za transport sanitarny do szpitala na terytorium Niemiec obowiązuje dopłata w wysokości 10%, jednak nie mniej niż 5 EUR i nie więcej niż 10 EUR. Koszty przewozu na leczenie ambulatoryjne są refundowane tylko w wyjątkowych przypadkach.

Transport powrotny do Polski jest płatny w całości przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz, który podpisał kontrakt z daną kasą chorych.

Leczenie prywatne

Jeśli nie przedstawiś wymaganych dokumentów, lekarz obciąży Cię kosztami leczenia jako pacjenta prywatnego. Recepty wystawione w takim przypadku będą realizowane przez apteki za pełną odpłatnością. Nie obowiązuje wówczas system dopłat.

Lekarz zwróci Ci pobrane honorarium, jeśli dostarczysz mu Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego do końca kwartału, w którym skorzystałeś z leczenia. W przypadku stomatologa termin ten wynosi 10 dni od udzielenia świadczenia.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Dowody zapłaty, recepty i zalecenia lekarskie (akceptowane są kopie).

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Kasy chorych np. AOK, DAK, BARMER, TK.

Instytucja łącznikowa

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA)

Pennefeldsweg 11 – 15

53177 Bonn

Deutschland

Tel. 00 49 228 95 30-0

Fax 00 49 228 95 30-6 00

post@dvka.de

NORWEGIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń placówek posiadających umowę z Narodowym Biurem Ubezpieczeniowym (*Rikstrygdeverket*). Ich listę można otrzymać w lokalnym oddziale Biura (*lokale trygdekontor*). Przedstaw lekarzowi swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i dowód tożsamości.

Leczenie specjalistyczne wymaga skierowania. Za wizytę u lekarza specjalisty bez skierowania poniesiesz dodatkową opłatę.

Na leczenie szpitalne także potrzebne jest skierowanie, lecz w nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala, okazując administracji Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Opłaty za świadczenia zdrowotne

Zryczałtowane opłaty obowiązują za:

- wizytę u lekarza rodzinnego (125 NOK),
- poradę specjalisty (265 NOK),
- badania laboratoryjne,
- materiały wykorzystane w trakcie udzielania porady,
- opiekę ambulatoryjną w szpitalu. Leczenie stacjonarne w szpitalu jest bezpłatne.

Leczenie stomatologiczne jest w pełni odpłatne.

Za leki przepisane na „białej receptce” zapłacisz pełną cenę. Za leki przepisane na „niebieskiej receptce” (na choroby przewlekłe) zapłacisz 36% ceny do pewnego limitu.

Z powyższych opłat zwolnieni są: kobiety w ciąży w przypadku świadczeń związanych z ciążą i porodem, dzieci poniżej 12 roku życia w przypadku porad lekarskich i niektórych leków, oraz dzieci poniżej 18 roku życia w przypadku psychoterapii i leczenia stomatologicznego.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **113**. Za transport sanitarny poniesiesz zryczałtowaną opłatę. Transport powrotny do Polski jest w pełni płacony przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz, który posiada umowę z Narodowym Biurem Ubezpieczeniowym. Recepta jest ważna 12 miesięcy.

Aby wykupić leki z „niebieskiej recepty” po cenie refundowanej, musisz okazać w aptece Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i dowód tożsamości, w innym przypadku zapłacisz pełną cenę.

Leczenie prywatne

Jeśli leczyleś się w placówce nieposiadającej umowy z Narodowym Biurem Ubezpieczeniowym, musisz pokryć pełne koszty leczenia, bez prawa do ich zwrotu.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Lokalne oddziały Narodowego Biura Ubezpieczeniowego (*lokale trygdekontor*).

Instytucja łącznikowa

Rikstrygdeverket

(Narodowe Biuro Ubezpieczeniowe)

Sannergata 2

Oslo

Norway

Tel. 0022 92 70 00

Fax 0022 92 70 00

rtv@trygdeetaten.no

PORTUGALIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Porad lekarskich udzielają lekarze w ośrodkach zdrowia (*Centro de Saúde*). Co do zasady obowiązują godziny przyjęć 8 – 20, choć niektóre ośrodki w większych miastach przyjmują całodobowo. Przedstaw lekarzowi swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i zaznacz, że chcesz być leczony zgodnie z przepisami UE.

Specjalistyczne leczenie i badania wymagają skierowania lekarza ogólnego. Niektóre ośrodki zdrowia zapewniają leczenie stomatologiczne.

Leczenie szpitalne wymaga skierowania, lecz w przypadkach nagłych można zwrócić się bezpośrednio do pogotowia ośrodków zdrowia i do szpitali Narodowej Służby Zdrowia (*Serviço Nacional de Saúde - SNS*).

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Za wizytę u lekarza, leczenie stomatologiczne i dodatkowe badania poniesiesz opłaty.

Niektóre leki są bezpłatne, za inne zapłacisz 30%, 60% lub 100% ceny. Leki spoza listy sprzedawane są za pełną odpłatnością.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Transport powrotny do Polski jest w pełni płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz.

Leczenie prywatne

Jeśli leczyleś się w placówce działającej poza Narodową Służbą Zdrowia, będziesz musiał pokryć pełne koszty leczenia. Co do zasady nie podlegają one zwrotowi, poza wyjątkowymi przypadkami.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Regionalne urzędy opieki zdrowotnej (*Administração Regional de Saúde*).

Instytucja łącznikowa

Portugalia kontynentalna i Azory:

Departamento de Acordos Internacionais de Segurança Social

Rua da Junqueira, 112

1300-344 Lisboa

Portugal

Tel: 0035 1213 652 300

Fax: 0035 1213 652 498

daiss@seg-social.pt

Madera:

Direcção Regional de Saúde

Pública de Funchal

Rua das Pretas 1

9000 Funchal

Madeira

SŁOWACJA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń placówek, które podpisały umowę z jednym z 5 towarzystw ubezpieczeń zdrowotnych (*Zdravotna Poistovna*). Korzystając z opieki zdrowotnej, musisz wybrać jedno z towarzystw ubezpieczeniowych. Informacje na temat świadczeniodawców posiadających umowy dostępne są w biurach towarzystw. Lekarzowi przedstaw swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Na leczenie specjalistyczne i szpitalne wymagane jest skierowanie. W przypadkach nagłych można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala, okazując Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Za wizytę u lekarza lub stomatologa wnosi się ryczałtową opłatę (20 Sk), natomiast w przypadku leczenia szpitalnego trzeba opłacić stawkę dzienną (50 Sk), maksymalnie za 21 dni hospitalizacji. Tylko podstawowe świadczenia stomatologiczne są bezpłatne, w przypadku pozostałych musisz ponieść część kosztów.

Za leki na receptę zapłacisz zryczałtowaną opłatę (20 Sk za receptę), a w niektórych przypadkach także pewną część ich ceny. Inne leki sprzedawane za pełną odpłatnością.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **155**. Z wyjątkiem transportu w sytuacjach zagrożenia życia, musisz opłacić część kosztów transportu sanitarnego na terytorium Słowacji (2 Sk za 1 km). Opłatę wnosi się bezpośrednio przewoźnikowi.

Uwaga: w przypadku transportu zrealizowanego przez górskie służby ratownicze (*Horská služba*) musisz ponieść jego koszty we własnym zakresie.

Również transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Leczenie prywatne

Jeśli skorzystałeś ze świadczeń lekarza, który nie podpisał umowy z towarzystwem ubezpieczeniowym, będziesz musiał pokryć pełne koszty leczenia. Nie podlegają one zwrotowi.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Biura towarzystw ubezpieczeń zdrowotnych (*Zdravotna Poistovna*).

Instytucja łącznikowa

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (Health Care Supervision Authority)

Odbor medzinárodných vzťahov a zúčtovania (Department of international relations and clearance)

Grösslingova 5

SK-812 62 Bratislava

Slovakia

Tel. 00421-2-59311301, 59311304; 59311303

Fax 00421-2-59311371

SŁOWENIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń placówek, które podpisały umowę ze Słoweńskim Zakładem Ubezpieczeń Zdrowotnych (ZZZS). Ich adresy są dostępne w regionalnych (*območna enota*), jak i w terenowych (*izpostava*) oddziałach ZZZS. Oddziały są czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 12.00 oraz dodatkowo w środy w godz. 14.00 – 16.30.

Leczenie specjalistyczne i szpitalne wymaga skierowania od lekarza ogólnego, jednak w nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala, okazując Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

W przypadku niektórych świadczeń musisz pokryć część ich kosztów, np. 5% za dializę, 15% lub 25% za leczenie specjalistyczne, 75% za protezy dentystyczne.

Niektóre leki na receptę są bezpłatne, za inne zapłacisz część (25% lub 75%) lub pełną cenę.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Transport sanitarny wymaga skierowania lekarza. Za transport na terytorium Słowenii zapłacisz 70% kosztów, poza nagłymi przypadkami, w których transport jest nieodpłatny. Transport powrotny do Polski jest w pełni płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz, który podpisał umowę z ZZZS.

Leczenie prywatne

Jeśli skorzystałeś z leczenia w placówce nieposiadającej umowy z ZZZS, poniesiesz pełne koszty. Nie podlegają one zwrotowi.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Regionalne oddziały Słoweńskiego Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych (ZZZS).

Instytucja łącznikowa

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)

(Słoweński Zakład Ubezpieczeń Społecznych)

Miklošičeva ulica 24

1507 Ljubljana

Slovenia

Tel. 00386 1 2329084

Fax: 00386 1 2312182

info@zzzs.si

SZWAJCARIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Można zgłaszać się bezpośrednio do lekarza. Lekarze, którzy praktykują poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, mają obowiązek poinformować o tym fakcie przed rozpoczęciem leczenia.

Jeśli Twój stan zdrowia wymaga leczenia szpitalnego, lekarz skieruje Cię do szpitala. W nagłych przypadkach można bezpośrednio zgłaszać się do szpitala. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego zostanie pokryty koszt pobytu na zwykłym oddziale zatwierdzonego szpitala. Informacji o tym, czy dany szpital jest zatwierdzony, można zasięgnąć w *Institution commune LAMal* lub w samym szpitalu.

Przedstaw Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lekarzowi lub personelowi szpitala.

Opłaty za świadczenia zdrowotne

W większości przychodni, aptek i w niektórych szpitalach należy opłacić rachunek z góry. Następnie możesz zwrócić się do instytucji łącznikowej *Institution commune LAMal* lub do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawiając dowody zapłaty i recepty. Otrzymasz zwrot poniesionych kosztów, pomniejszony o udział własny pacjenta. Większość szpitali i niektórzy lekarze nie obciążają pacjenta pełnymi kosztami, lecz rozliczają je z *Institution commune LAMal*. W takiej sytuacji otrzymasz rachunek opiewający wyłącznie na udział własny pacjenta. Za każdy okres leczenia trwający do 30 dni należy wnieść zryczałtowaną stawkę, która wynosi obecnie: 92 CHF w przypadku dorosłych lub 33 CHF w przypadku dzieci i osób do 18 roku życia. Obowiązuje także opłata za każdy dzień pobytu w szpitalu (10 CHF).

Co do zasady leczenie dentystyczne jest w pełni odpłatne (chyba że ma miejsce w związku z wypadkiem).

Transport sanitarny

Transport sanitarny na terytorium Szwajcarii jest częściowo odpłatny. Z ubezpieczenia zdrowotnego pokrywane jest 50% kosztów transportu, w przypadku zagrożenia życia - do granicy 5000 CHF rocznie, natomiast w przypadku przewozu na badania - do 500 CHF rocznie. Pozostałe

koszty opłaca pacjent.

Koszty transportu powrotnego do Polski są płatne w całości przez pacjenta.

Recepty

Leki przepisane na receptę można wykupić w każdej aptece za okazaniem recepty.

Leczenie prywatne

Jeśli skorzystasz ze świadczeń lekarza praktykującego poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego lub z opieki niezatwierzonego szpitala, musisz ponieść pełen koszt leczenia. Nie przysługuje zwrot tych kosztów.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty, recepty .

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

kasy chorych (*Krankenkassen*)

Instytucja łącznikowa

Institution commune LAMal

Gibelinstrasse 25, CH-4503 Soleure

Tel. +41 32 625 30 30

Fax +41 32 625 30 29

info@kvg.org

SZWECJA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń państwowych i prywatnych placówek, które funkcjonują w ramach publicznej służby zdrowia. Listy prywatnych lekarzy i stomatologów, którzy należą do tego systemu, znajdują się w aptekach. Przedstaw lekarzowi swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Aby uzyskać pomoc stomatologiczną, zwróć się do samodzielnie praktykującego dentysty należącego do publicznej służby zdrowia lub do państwowej kliniki stomatologicznej (*folktandvården*).

Leczenie szpitalne nie wymaga skierowania, możesz zgłosić się bezpośrednio na izbę przyjęć (*akutmottagningen*) publicznego szpitala, okazując Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Za poradę lekarza ogólnego i specjalisty musisz zapłacić opłatę, której wysokość jest zróżnicowana w poszczególnych hrabstwach.

Leczenie stomatologiczne jest bezpłatne tylko dla osób do 20 roku życia. Pozostałe osoby ponoszą koszty takich świadczeń do pewnego limitu, natomiast w przypadku droższego leczenia opłacają część nadwyżki ponad kwotę limitu (30 – 65%). Warto pamiętać, że dentyści ustalają dowolnie ceny swoich usług.

Jeśli udzielono Ci porady ambulatoryjnej w szpitalu, zapłacisz zryczałtowaną opłatę, natomiast w przypadku pobytu w szpitalu zostaniesz obciążony stawką dzienną.

Za leki na receptę zapłacisz pełną cenę, chyba że przekracza ona ustalony limit, wówczas zapłacisz tylko część nadwyżki ponad tę kwotę (10 - 50%).

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **112**. Za transport sanitarny w nagłym przypadku zapłacisz część kosztów.

Transport powrotny do Polski jest w pełni płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz pracujący w ramach publicznej służby zdrowia.

Leczenie prywatne

Jeśli skorzystasz z opieki placówki nienależącej do publicznej służby zdrowia, poniesiesz pełne koszty leczenia. Nie przysługuje ich zwrot.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Lokalne oddziały Państwowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (*Lokala Försäkringskassan*).

Instytucja łącznikowa

Försäkringskassan (Państwowy Zakład Ubezpieczenia Społecznego)

Adolf Fredriks kyrkogata 8

103 51 Stockholm

Sweden

Tel: 0046 8786 90 00

Fax: 0046 8786 94 40

huvudkontoret@forsakringskassan.se

WĘGRY

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń placówek, które mają umowę z Narodowym Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego (*Országos Egészségbiztosítási Pénztár, OEP*). Placówki te oznaczone są tablicą z napisem „OEP”.

Przedstaw lekarzowi Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz dowód tożsamości.

Leczenie specjalistyczne i szpitalne wymaga skierowania, lecz w nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio do szpitala.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Porady lekarskie są udzielane z reguły nieodpłatnie. Jednakże, gdy nie udasz się do lekarza bez wymaganego skierowania lub wybierzesz innego specjalistę niż ten, do którego skierował Cię lekarz ogólny, będziesz musiał ponieść pewne opłaty.

Również leczenie szpitalne jest co do zasady bezpłatne, z wyjątkiem dodatkowych usług, takich jak wyższy standard zakwaterowania czy wyżywienia.

Niektóre zabiegi stomatologiczne są wykonywane nieodpłatnie, lecz za protezy i aparaty ortodontyczne naliczana jest opłata. Szerszy zakres świadczeń z zakresu stomatologii przysługuje dzieciom do 18 roku życia i osobom uczącym się, kobietom w ciąży i osobom powyżej 60 roku życia. Niektóre lekarstwa są nieodpłatne, za inne zapłacisz pełną cenę, ze zniżką 50%, 70%, 90% lub opłatę ryczałtową.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **104**. Transport sanitarny na terytorium Węgier jest nieodpłatny. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz posiadający umowę z Narodowym Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Leczenie prywatne

Nie przysługuje zwrot kosztów leczenia prywatnego.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały szczegółowych rachunków i recept oraz inna związana z leczeniem dokumentacja, np. karta wypisu ze szpitala.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Lokalne oddziały OEP - *Orszagos Egeszsegbiztositasi Penztar* (Narodowego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego)

Instytucja łącznikowa

Orszagos Egeszsegbiztositasi Penztar
(Narodowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego)
Nemzetkozi Es Europai Integraciso Foosztaly
Vaci Ut 73/A
1139 Budapest
Hungary
Tel. 0036 13501618
Fax 0036 13501638
sajto@oep.hu

WIELKA BRYTANIA

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń placówek *National Health Service* - NHS (Narodowej Służby Zdrowia), tzn. lekarzy rodzinnych (GP), przychodni (NHS Walk-in Centres) i szpitali NHS. Przedstaw lekarzowi Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz dowód tożsamości.

Na leczenie specjalistyczne i szpitalne potrzebne jest skierowanie, lecz w nagłych przypadkach można zgłaszać się bezpośrednio na oddział ratunkowy szpitala (*Accident and Emergency Department*).

Adresy lekarzy NHS można uzyskać pod nr NHS Direct – 0845 46 47, a także w lokalnym urzędzie ds. opieki zdrowotnej: w Anglii są to *Primary Care Trusts*, w Walii – *Local Health Boards*, w Szkocji – *Health Boards*, a w Irlandii Północnej – *Health and Social Services Boards*.

Opłaty za świadczenia zdrowotne

Leki na receptę wydawane są bezpłatnie dzieciom do lat 16, uczniom do 18 roku życia, kobietom w ciąży i osobom powyżej 60 roku życia, natomiast pozostałe osoby muszą ponieść opłatę ryczałtową (£ 6,40) za każdy lek.

Część kosztów musisz ponieść także w przypadku leczenia stomatologicznego: ryczałtowaną opłatę za badanie oraz 80% kosztów leczenia. Z opłat zwolnione są kobiety w ciąży i dzieci do 16 bądź do 18 roku życia, jeśli się uczą.

Transport sanitarny

Nr pogotowia - **999** lub **112**. Transport powrotny do Polski jest całkowicie płatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz praktykujący w ramach NHS.

Leczenie prywatne

Jeśli skorzystasz z opieki placówki działającej poza systemem NHS, będziesz musiał opłacić pełne koszty leczenia, bez prawa do ich zwrotu.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

Instytucja łącznikowa - Department for Work and Pensions

The Pension Service

International Pension Centre

Tyneview Park

NE98 1BA

Newcastle Upon Tyne

United Kingdom

Tel. 0044 191 2181999

Fax 0044 191 2187376

lub NHS Direct tel. 08 45 46 47

WŁOCHY

Jak uzyskać opiekę zdrowotną

Możesz korzystać ze świadczeń placówek państwowej służby zdrowia (*Servizio Sanitario Nazionale, S.S.N.*). Listę tych placówek można uzyskać w lokalnym urzędzie ds. opieki zdrowotnej ASL (*Azienda Sanitaria Locale*). W niektórych miejscowościach znajdują się specjalne ośrodki zdrowia dla turystów (*Servizio di guardia turistica, Servizio di guardia medica estiva*). Przedstaw lekarzowi swoją Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Leczenie specjalistyczne i szpitalne wymaga skierowania, jednak w nagłych przypadkach można udać się bezpośrednio do szpitala, okazując Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Oplaty za świadczenia zdrowotne

Obowiązują opłaty za wizytę u lekarza (do 36 EUR za poradę specjalisty lub badanie) i leczenie stomatologiczne.

Leczenie szpitalne jest bezpłatne, chyba że pacjent wybierze salę o podwyższonym standardzie.

Za niektóre leki na receptę trzeba zapłacić wyłącznie opłatę ryczałtową (do 3,10 EUR), za pozostałe trzeba zapłacić pełną lub częściową cenę (na pełną odpłatność wskazuje słowo *ticket* na rachunku).

Zniżki lub całkowite zwolnienie z opłat przysługują m.in. niepełnosprawnym, dzieciom do lat 6, niewidomym i głuchoniemym, przewlekle chorym, kobietom w ciąży.

Transport sanitarny

Nr pogotowia – **118**. Transport powrotny do Polski jest całkowicie odpłatny przez pacjenta.

Recepty

Uprawnionym do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz praktykujący w państwowej służbie zdrowia. Jeśli zapłacisz pełną cenę leku, zachowaj metkę z opakowania.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Oryginały rachunków, dowodów zapłaty i metki z ceną z opakowań lekarstw.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje

lokalne urzędy ds. opieki zdrowotnej - *Azienda Sanitaria Locale* (ASL)

Instytucja łącznikowa

Ministero della Salute

DG RUERI Ufficio II

Piazzale dell'Industria, 20

00144 Roma

Italia

5. Dane teleadresowe polskich instytucji odpowiedzialnych za realizację przepisów wspólnotowych w zakresie opieki zdrowotnej

Na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia: www.nfz.gov.pl, pod hasłem: „Nasze zdrowie w UE” znajdują się niezbędne informacje dotyczące zasad korzystania z opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich. Na stronie tej znajdują się również łącza do stron internetowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

5.1. Dane teleadresowe oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)

Numer kierunkowy do Polski **00 48**

1. Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Joannitów 6

50-252 Wrocław, tel. (71) 79 79 131; fax (71) 79 79 129, e- mail: wf01@nfz.gov.pl

2. Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Mickiewicza 15

85-071 Bydgoszcz, tel. (52) 325 27 04; fax (52) 325 28 68, e- mail: wf02@nfz.gov.pl

3. Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Szkolna 16

20-124 Lublin, tel. (81) 748 36 57 wew. 173; fax (81) 748 36 57 wew. 165, e- mail:

wf03@nfz.gov.pl

4. Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Podgórna 9B

65-057 Zielona Góra, tel. (68) 328 77 77; fax (68) 328 77 53, e- mail: wf04@nfz.gov.pl

5. Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Kopcińskiego 58

90-032 Łódź, tel. (42) 677 49 40; fax (42) 677 49 12, e- mail: wf05@nfz.gov.pl

6. Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Ciemna 6

31-053 Kraków, tel. (12) 29 88 386; fax (12) 29 88 318, e- mail: wf06@nfz.gov.pl

7. Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Prosta 69

00-944 Warszawa, tel. (22) 444 15 01; fax (22) 444 15 30, e- mail: wf07@nfz.gov.pl

8. Opolski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Głogowska 37

43-315 Opole, tel.(77) 402 01 02; fax (77) 402 01 01, e- mail: wf08@nfz.gov.pl

9. Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Zamkowa 8

35-032 Rzeszów, tel. (17) 860 41 02; fax (17) 860 42 28, e- mail: wf09@nfz.gov.pl

10. Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Pałacowa 3

15-042 Białystok, tel. (85) 745 95 31, fax (85) 745 95 39, e- mail: wf10@nfz.gov.pl

11. Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Podwale Staromiejskie 69

80-844 Gdańsk, tel. (58) 321 86 26, fax (58) 321 85 15, e- mail: wf11@nfz.gov.pl

12. Śląski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Kossutha 13

40-844 Katowice, tel. (32) 735 19 00, fax (32) 735 17 29, e- mail: wf12@nfz.gov.pl

13. Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Jana Pawła II 9

25-025 Kielce, tel. (41) 36 46 100; fax (41) 34 30 490, e- mail: wf13@nfz.gov.pl

14. Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Żołnierska 16

10-561 Olsztyn, tel.(89) 539 19 27, fax (89) 533 96 70, e- mail: wf14@nfz.gov.pl

15. Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Grunwaldzka 158

60-309 Poznań, tel. (61) 850 61 37, fax (61) 850 61 02, e- mail: wf15@nfz.gov.pl

16. Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ

ul. Arkońska 45

71-470 Szczecin, tel. (91) 425 10 00, fax (91) 425 11 88, e- mail: wf16@nfz.gov.pl

5.2. Dane teleadresowe polskiej instytucji łącznikowej

Biuro Współpracy Międzynarodowej - Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

ul. Grójecka 186

02-390 Warszawa, tel. (22) 572 62 68, fax (22) 572 63 19, e- mail: ca17@nfz.gov.pl