

PRAWIE WSZYSTKO O... LECZENIU W UNII EUROPEJSKIEJ

Wakacje tuż-tuż... Otwarte granice sprawiają, że wypoczniesz coraz chętniej łącząc z możliwością poznawania świata. Pochłonięci wizją wymarzonego wypoczynku i oderwania się od rzeczywistości często zapominamy o tym, by zawnoczyć o naszym zdrowiu i bezpieczeństwie. A o uraz czy wypadek podczas nawet najwspanialszych wakacji niestety. O czym należy więc pamiętać, by tak długo oczekiwany wyjazd nie stał się dla nas przykrym wspomnieniem?

♦ ABY UZYSKAĆ ŚWIADCZENIA

Pamiętajmy, że ze świadczeń powszechnej opieki zdrowotnej, zarówno w Polsce, jak i w pozostałych krajach Unii Europejskiej, mogą korzystać osoby **ubezpieczone**, a więc objęte powszechnym **ubezpieczeniem obowiązkowym** (wynikającym z tytułu np. zatrudnienia, prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pozarolniczej działalności gospodarczej) lub **dobrowolnym** (dotyczy osób, które np. zarabiają wyłącznie na podstawie umów o dzieło, zawiesiły działalność gospodarczą lub które przebywają na urlopie bezpłatnym). Osobami uprawnionymi do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej są również:

- członkowie rodziny zgłoszeni do ubezpieczenia przez osobę ubezpieczoną:
 - dziecko (własne, małżonka, przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę bądź w ramach rodziny zastępczej) – do ukończenia 18. roku życia lub 26 lat (jeżeli kształci się dalej) albo też bez ograniczeń wiekowych w przypadku dziecka posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
 - małżonek
 - krewny wstępny (a więc rodzic, dziadek, pradiadek) pozostający z ubezpieczonym w wspólnym gospodarstwie domowym

- osoby uprawnione do świadczeń na podstawie decyzji samorządu - osoby nieubezpieczone spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 *Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. z 2008 roku nr 115, poz. 728 z późn. zm.)*

- osoby do ukończenia 18. roku życia
- kobiety w ciąży oraz w okresie porodu i pólgu
- osoby ubezpieczone w innym kraju członkowskim Unii, które są uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zarejestrowanego formularza E109 lub E121

Osoba ubiegająca się o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zobowiązana jest do okazania **ważnego dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń zdrowotnych**.

W Polsce dokumentem takim jest elektroniczna Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ) lub każdy inny aktualny **dokument, potwierdzający fakt opłacania składek**. W krajach Unii Europejskiej posługujemy się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ).

♦ EUROPEJSKA KARTA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (EKUZ)

DO CZEGO SŁUŻY?

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego jest dokumentem potwierdzającym nasze prawo do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej oraz w państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).



EKUZ wydawana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

WAŻNE!!! Jeżeli posiadasz obywatelstwo polskie i zamieszkujeś na terenie Polski, ale **pracujesz lub prowadzisz działalność gospodarczą w którymś z państw członkowskich**, podlegasz wtedy ubezpieczeniu społecznemu tegoż państwa (na którego terytorium jest wykonywana praca). W takim przypadku nie masz uprawnień do uzyskania opieki zdrowotnej na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia, a tym samym nie możesz posługiwać się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego wydaną przez NFZ!

W JAKI SPOSÓB OTRZYMAĆ EKUZ?

Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego bezpłatnie otrzymasz w miejscowym oddziale NFZ po złożeniu następujących dokumentów:

1. **wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego** (druk wniosku dostępny jest w oddziale NFZ, a także na stronach internetowych: www.nfz-katowice.pl oraz www.nfz.gov.pl).

UWAGA!!! w przypadku wyjazdu całej rodziny wniosek należy wypełnić dla każdej osoby oddzielnie! Wnioski wypełniamy czytelnie, wskazując cel wyjazdu, kraj, okres planowanego pobytu oraz sposób odbioru karty.

2. **dokumentu potwierdzającego aktualne ubezpieczenie zdrowotne:**

- osoby pracujące - druk ZUS RMUA lub zaświadczenie wystawione przez płatnika składek
- osoby prowadzące działalność na własny rachunek - ostatni dowód wpłaty na ubezpieczenie zdrowotne
- osoby bezrobotne - zaświadczenie z Urzędu Pracy, zawierające informację o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego
- emeryci - aktualny odcinek emerytury oraz legitymacja emeryta
- renciści - aktualny odcinek renty oraz legitymacja rencisty
- osoby posiadające umowę o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia - dowód wpłaty ostatniej składki na ubezpieczenie zdrowotne
- członkowie rodziny (wszystkie niżej wymienione dokumenty łącznie):

- a. dokument potwierdzający uprawnienia do świadczeń osoby ubezpieczonej
 - b. zgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny (ZUS ZCNA, ZUS ZCZA lub zaświadczenie od pracodawcy)
 - c. w przypadku osób, które ukończyły 18. rok życia, dodatkowo dokument potwierdzający kontynuację nauki lub niepełnosprawność
3. **legitymacja szkolna lub studencka** – dotyczy tylko uczniów i studentów
 4. **decyzja wójta, burmistrza lub prezydenta gminy** – dotyczy tylko osób nieubezpieczonych, uprawnionych do świadczeń, spełniających kryteria dochodowe
 5. **zaświadczenie lekarskie** – dotyczy nieubezpieczonych kobiet będących w ciąży

JAK ZŁOŻYĆ DOKUMENTY I ODEBRAĆ EKUZ?

Wniosek możesz złożyć:

- osobiście lub poprzez osobę upoważnioną (upoważnienie powinno zawierać: imię, nazwisko, numer PESEL i podpis osoby upoważniającej oraz imię, nazwisko oraz numer dokumentu ze zdjęciem, którym legitymować się będzie osoba upoważniona)
- przesyłając wniosek wraz z dokumentami pocztą na adres: Śląski OW NFZ, ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice
- przesyłając zeskanowane dokumenty wraz z podpisanym wnioskiem na adres e-mail: zdrowieue@nfz-katowice.pl
- przesyłając wniosek faksem na numer 032 254 18 94 – należy jednak wówczas odebrać EKUZ osobiście w związku z koniecznością potwierdzenia tożsamości wnioskującego.

Complete wnioski wraz z dokumentami składane osobiście realizowane są w dniu ich złożenia w oddziale NFZ.

Miejsca wydawania EKUZ w Śląskim OW NFZ:

Wydział Spraw Świadczeniobiorców
40-844 Katowice, ul. Kossutha 13, telefon: 032 735 1872, 735 18 87, 735 18 82, 735 1878; faks: 032 254 18 94
oraz 40-615 Katowice, ul. Jankego 15a,
a także w Sekcjach Obsługi Ubezpieczonych (lista adresowa na stronie internetowej www.nfz-katowice.pl)

JAK DŁUGO JEST WAŻNA EKUZ?

Jeżeli celem naszego wyjazdu jest tylko **pobyt turystyczny**, EKUZ wydawana jest na okres:

- dla osoby pracującej lub prowadzącej działalność na własny rachunek oraz dla członków ich rodzin - **do czterech miesięcy**, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który została zapłacona składka
- dla emeryta - maksymalnie **do pięciu lat**
- dla rencisty - **na okres przyznanego świadczenia**, jednak nie dłużej niż na pięć lat

- dla członków rodziny emeryta i rencisty - **dwa miesiące**, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który została zapłacona składka przez ubezpieczonego
- dla osób bezrobotnych ubezpieczonych przez Urząd Pracy i członków ich rodzin - **do trzydziestu dni** od daty wydania zaświadczenia z Urzędu Pracy
- dla członków rodziny (uczeń, student) - zgodnie z **legitymacją szkolną lub studencką**
Data ważności jest podana na karcie.

ZAGUBIENIE, ZNISZCZENIE LUB KRADZIEŻ EKUZ

Może się zdarzyć, że zgubisz EKUZ, ulegnie ona zniszczeniu lub kradzieży. Co w takiej sytuacji? Jeżeli jesteś jeszcze w kraju, zgłoś zdarzenie w oddziale NFZ, a na podstawie oświadczenia otrzymasz *Certyfikat Tymczasowo Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego*. *Certyfikat* ten daje takie same uprawnienia, jak EKUZ. Jeżeli jesteś już za granicą, a potrzebujesz pomocy medycznej, skontaktuj się z oddziałem NFZ, zgłoś zdarzenie, a faksem na podany przez ciebie numer telefonu przesyłany zostanie *Certyfikat*. Jeżeli z jakichś względów będzie to niemożliwe, będziesz zmuszony uiścić opłatę za leczenie. Pamiętaj jednak, aby w takim przypadku nie zapomnieć o wszystkich rachunkach, dowodach wpłat oraz innych wymaganych dokumentach (patrz poniżej w: **REFUNDACJA PONIESIONYCH KOSZTÓW LECZENIA**), aby po powrocie ubiegać się o zwrot poniesionych kosztów leczenia.

♦ JAKIE ŚWIADCZENIA PRZYSŁUGUJĄ W RAMACH POWSZECHNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ?

Zgodnie z przepisami wspólnotowymi, podczas czasowego pobytu w innym państwie członkowskim UE lub EFTA przysługują nam te wszystkie świadczenia zdrowotne, które są niezbędne z medycznego punktu widzenia i zostały udzielone w celu uniknięcia sytuacji, w której zmuszeni byłibyśmy do powrotu do Polski, w celu uzyskania niezbędnej opieki medycznej. Mamy zatem prawo do korzystania z opieki medycznej w państwie członkowskim w zakresie, który umożliwi nam kontynuowanie zaplanowanego pobytu w tym państwie w bezpiecznych dla naszego zdrowia i życia warunkach. O tym, jakie są to świadczenia, decyduje każdorazowo lekarz udzielający pomocy.

W przypadku nagłego zachorowania bądź wypadku w państwie pobytu, mamy prawo do świadczeń zdrowotnych w tych placówkach służby zdrowia, które funkcjonują w ramach **powszechnego systemu ubezpieczeniowego** oraz **na zasadach obowiązujących w danym kraju**. Zakres oraz forma świadczonego usług medycznych powinny być więc w standardzie takie same, jak dla objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym mieszkańców danego państwa. Musimy pamiętać przy tym, że w większości państw unijnych obowiązuje **zasada współpłacenia (tzw. wkład własny pacjenta w leczenie) lub nawet ponoszenia w całości kosztów leczenia**. Oznacza to, że w takiej sytuacji będziemy musieli pokryć część lub nawet całą opłatę za leczenie, która nie będzie podlegała zwrotowi przez NFZ.

Przed wyjazdem wskazane jest zatem uzyskanie szczegółowych informacji o zasadach korzystania z opieki zdrowotnej w państwach, do których się udajemy. Informacje te możemy znaleźć na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia pod adresem <http://www.nfz.gov.pl/new/> w dziale serwisu „**Nasze zdrowie w UE**” w zakładce „**Wyjeżdżam do...**”, a także uzyskać w oddziale wojewódzkim NFZ.

W sytuacji, kiedy potrzebujemy nagłej pomocy medycznej, Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego należy możliwie najwcześniej okazać lekarzowi lub administracji szpitala. Dobrze jest więc zawsze mieć ją przy sobie. Często wymagany dokumentem jest również dowód tożsamości (np.: paszport, dowód osobisty itp.). Pamiętajmy, że w wielu zagranicznych miejscowościach wypoczynkowych lekarze przyjmują tylko prywatnie, w związku z tym nie honorują oni EKUZ, a za leczenie trzeba zapłacić wtedy pełną kwotę, której NFZ nie zwróci. Warto pamiętać także, że ratownictwo górskie w wielu krajach Unii jest w pełni odpłatne, a koszty leczenia skutków uprawiania sportów są zdecydowanie wyższe.

WAŻNE!!! Aby uniknąć nieprzyjemnych sytuacji, a przede wszystkim wysokich kosztów ewentualnego leczenia, warto przed wyjazdem wykupić prywatne ubezpieczenie, które w razie potrzeby zapewni nam dodatkową ochronę.

♦ REFUNDACJA PONIESIONYCH KOSZTÓW LECZENIA

WAŻNE!!! O wysokości zwrotu poniesionych kosztów leczenia zawsze decyduje państwo, w którym udzielono świadczeń. Ponadto refundacja dotyczy tylko świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia.

JAK UBIEGAĆ SIĘ O ZWROT KOSZTÓW?

Jeżeli chcesz uzyskać zwrot kosztów leczenia, złóż w Śląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ komplet dokumentów niezbędnych do rozpoczęcia procedury:

1. wniosek o zwrot kosztów leczenia
 2. oryginały opłaconych rachunków
 3. dowody zapłaty kwot wyszczególnionych na rachunkach
 4. dokumentację potwierdzającą, że udzielone świadczenia były niezbędne z medycznego punktu widzenia
 5. oświadczenie
 6. dowód ubezpieczenia, aktualny na czas, w którym udzielono świadczenia – jeżeli ubezpieczony nie posiadał EKUZ
- dotądowo:**

7. jeżeli leczyliśmy się w **Belgii**: zaświadczenia wydane przez lekarza (Attestation de soins donnes/Getuigschrift voor verstrekte hulp)
8. jeżeli leczyliśmy się w **Francji**:
 - a. wystawiona przez lekarza oraz w aptece „Feuille de Soins”
 - b. wystawiona przez stomatologa karta leczenia „Feuille de Soins Bucco de Dentaires”
 - c. pokwitowanie „Volet de Facturation”, jeżeli wniosek dotyczy tylko kosztu lekarstwa
 - d. „vignettes” - nalepki znajdujące się na opakowaniach lekarstw (biała, niebieska lub biała z symbolem prostokąta przekreślonego po przekątnej)
9. jeżeli leczyliśmy się w **Hiszpanii**: dokumentacja medyczna otrzymana od hiszpańskiego świadczeniodawcy (przetłumaczona przez tłumacza przysięgłego na język polski), z której wynikać będzie, że udzielone świadczenie spełniało kryteria świadczenia ratującego życie.

CO DALEJ?

1. po dostarczeniu przez nas kompletu dokumentów oddział NFZ sprawdzi ich poprawność oraz czy mieliśmy prawo do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej (czy byliśmy ubezpieczeni)
2. rozpoczyna się procedura rozliczenia kosztów przez nas poniesionych. Oddział NFZ zwraca się do stosownej instytucji w państwie, w którym udzielono nam pomocy, z zapytaniem o kwotę przysługującego zwrotu.
3. po uzyskaniu żądanej informacji wypłacone zostają nam środki w wysokości ustalonej przez zagraniczną instytucję. **WAŻNE!!!** Jeżeli leczyłeś się w takich krajach jak Włochy czy Grecja, czas uzyskania zwrotu kosztów leczenia od momentu złożenia wniosku trwa średnio rok.

♦ TRANSPORT SANITARNY

Pamiętajmy, że koszty transportu sanitarnego z zagranicy do Polski musimy pokryć sami! Oddział wojewódzki NFZ może jednak pokryć koszty naszego transportu z zagranicy do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, ale tylko i wyłącznie w sytuacji, kiedy spełnione zostaną następujące warunki, a więc gdy:

1. uzyskamy zgodę dyrektora oddziału NFZ na pokrycie kosztów transportu
2. podlegamy za granicą leczeniu szpitalnemu
3. przewidywane koszty leczenia w kraju członkowskim UE lub EFTA przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju
4. posiadamy ubezpieczenie zdrowotne i stosowny dokument (np. EKUZ, *Certyfikat* itp.)

JAKIE FORMALNOŚCI NALEŻY ZAŁATWIĆ?

W celu uzyskania zgody dyrektora oddziału NFZ na pokrycie kosztów transportu należy złożyć stosowne dokumenty:

1. wniosek do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ o pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju
2. szczegółowe rozpoznanie kliniczne, z uwzględnieniem kodu ICD 10
3. opis aktualnego stanu zdrowia
4. prawdopodobny zakres i czas trwania leczenia
5. wstępny kosztorys leczenia
6. wskazanie ściśle określonego środka transportu, w szczególności środka transportu sanitarnego, możliwego do zastosowania ze względu na stan zdrowia wnioskodawcy
7. oświadczenie

UWAGA!!! W przypadku, gdy dokumentacja dołączona do wniosku została sporządzona w języku innym niż język angielski, do wniosku należy dołączyć jej uwierzytelnione tłumaczenie na język polski.

CO DALEJ?

Oddział Wojewódzki NFZ dokonuje:

- weryfikacji wniosku i dokumentacji
- w terminie pięciu dni roboczych od dnia otrzymania wniosku dyrektor oddziału wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu, wskazując najtańszy środek transportu możliwy do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy lub odmawia wydania zgody
- niezwłocznie doręcza decyzję wnioskodawcy

GDZIE I CO MOGĘ ZAŁATWIĆ

Kontakt z Wydziałem Współpracy Międzynarodowej Śląskiego OW NFZ
Śląski OW NFZ, ul. Kossutha 13; 40-844 Katowice
Informacja: 032 735 19 00

Refundacja kosztów leczenia poniesionych w krajach UE/EFTA
telefon: 032 735 16 73, 032 735 16 25, faks: 032 735 17 29

Planowe leczenie poza granicami kraju – formularz E112
telefon: 032 735 16 97, faks: 032 735 17 29

Rozliczanie świadczeń udzielonych pacjentom z krajów UE/EFTA
telefon: 032 735 17 65, 032 735 15 67, 032 735 17 63
faks: 032 735 17 29

Formularz E123
telefon: 032 735 16 25, faks: 032 735 17 29

Podstawa prawna:

1. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210; poz. 2135 z późn. zm.)*.
2. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu*.
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej*.
4. *Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71*
5. *Rozporządzenie Rady (EWG) NR 574/72*



Narodowy Fundusz Zdrowia
Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

www.nfz-katowice.pl www.nfz.gov.pl

Informacja ogólna
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 19 00
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice, tel. 032 735 05 05

Biurowisko Rzecznika Praw Pacjenta Śląskiego OW NFZ
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 17 07

Biurowisko Skarg i Wniosków
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,
tel. 032 735 05 90; 032 735 05 63; 032 735 05 13; 032 735 05 45

Informacja dotycząca Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 00

Informacja dotycząca zasad wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) oraz dokumentów potrzebnych do jej otrzymania
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 87, 032 735 18 78, 032 735 18 72

Informacja dotycząca zasad rozliczania (refundacji) kosztów leczenia poniesionych przez ubezpieczonych w krajach UE/EFTA
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. (0048) 032 735 16 73, 032 735 15 67, 032 735 16 25

Informacja dotycząca planowego leczenia poza granicami kraju
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice,
tel. 032 735 16 25, 032 735 16 73

Informacja Działu Lecznictwa Uzdrawiskowego
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice, tel. 032 735 05 22

Dział ds. Środków Pomocniczych i Przedmiotów Ortopedycznych
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,
tel. 032 735 05 56, 032 735 05 57