

Podstawowe zasady

- Podczas pobytu czasowego (np. turystycznego) w innym kraju UE, ubezpieczony ma prawo do świadczeń zdrowotnych w razie nagłej choroby lub urazu.
- Świadczenia mogą być udzielone jedynie w zakresie koniecznym.
- Należy korzystać z usług zdrowotnych w placówce, która ma umowę z miejscową kasą chorych (powszechnym ubezpieczycielem, odpowiednikiem NFZ).
- Świadczenia udzielane są za okazaniem Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ); wymagany jest także dokument ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość.
- Świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach kraju pobytu.
- W większości krajów europejskich pacjent dopłaca do świadczeń z własnej kieszeni; jest to udział własny pacjenta w koszcie świadczenia i nie podlega on refundacji.
- Przed wszelkimi kosztami niepodlegającymi refundacji, chroni indywidualna polisa, którą zaleca się wykupić przed wyjazdem za granicę.
- Brak EKUZ może oznaczać konieczność zapłacenia za świadczenie z własnej kieszeni; oryginały rachunków lub faktur są podstawą wystąpienia o refundację do ubezpieczyciela w kraju pobytu lub do NFZ po powrocie do Polski; wniosek o zwrot kosztów leczenia należy złożyć do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania oddziału NFZ; refundacji nie podlegają koszty, które są udziałem własnym pacjenta.
- Leczenie planowe wymaga udokumentowanej zgody NFZ, inaczej odbywa się na koszt ubezpieczonego.

Objaśnienia:

- **Nagła choroba lub uraz** to niezaplanowane zdarzenia wymagające interwencji medycznej, której brak może doprowadzić do utraty zdrowia lub życia.
- **Zakres konieczny świadczeń** określa lekarz, który ich udziela w sytuacji nagłej choroby lub urazu: w nagłej potrzebie, w razie wypadku, nagłego zachorowania, nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Przysługują one osobom czasowo przebywającym w innym państwie członkowskim, w tym przede wszystkim turystom, emerytom i rencistom, osobom odbywającym studia lub szkolenia zawodowe oraz pracownikom wysłanym. Za niezbędne świadczenia uznaje się także dializy nerek i podłączenie do aparatu tlenowego, jeżeli stanowią część rozpoczętego, regularnego i ciągle trwającego leczenia. W przypadku chorób przewlekłych, przed wyjazdem należy się skontaktować z palcówką świadczącą dane usługi, by mieć gwarancję uzyskania świadczenia. Jeżeli jednak celem podróży chorego do innego kraju członkowskiego jest uzyskanie tych świadczeń, wówczas traktowane są one jako leczenie planowe.
- **Umowa placówki z tamtejszą kasą chorych** powoduje, że rachunek za leczenie polskiego pacjenta wysyłany jest do właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.
- **Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego** jest dowodem ubezpieczenia w NFZ i uprawnia do bezkosztowego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w danym kraju w sytuacji nagłej, w zakresie koniecznym, na zasadach kraju pobytu. Ubezpieczony pacjent nie musi za świadczenie zapłacić, jeśli to jest ono finansowane przez tamtejszą kasę chorych, będącą odpowiednikiem polskiego NFZ.
- **Zasady kraju pobytu** to zasady korzystania z opieki zdrowotnej w danym kraju. Są one bardzo zróżnicowane. W niektórych krajach płaci się za pierwszą wizytę u lekarza rodzinnego lub specjalisty, w innych trzeba pokryć koszt hotelowy hospitalizacji, w jeszcze innych za świadczenie należy zapłacić, a następnie wnioskować do ubezpieczyciela o zwrot poniesionych kosztów (tak jest w Belgii, Francji i Luksemburgu).
- **Przed wyjazdem za granicę** należy się zapoznać z zasadami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w krajach, przez które odbywać się będzie podróż, lub w których planowany jest odpoczynek. Szczegółowe informacje można znaleźć tutaj.
- **Koszt nierefundowany** to udział własny pacjenta w koszcie leczenia - obowiązuje on w większości krajów UE. Pacjent dopłaca do świadczenia zdrowotnego z własnej kieszeni i jest to koszt nierefundowany. Współpłacenie dotyczy wizyty u lekarza rodzinnego lub u specjalisty, dopłaty do leków na receptę, pobytu w szpitalu - pacjent opłaca koszty hotelowe i wyżywienie, świadczeń ratownictwa medycznego udzielanych w wyniku uprawiania sportów ekstremalnych, a także, w większości przypadków, kosztów transportu sanitarnego.
- **Polisy indywidualne.** W miejscowościach turystycznych często brakuje palcówek, które mają umowę na wykonywanie świadczeń dla osób ubezpieczonych w powszechnych systemach. W takich sytuacjach polisa pokrywa koszty związane z leczeniem w dowolnej palcówce, w określonym zakresie lub do kwoty wskazanej w polisie. Przed skorzystaniem ze świadczenia należy się skontaktować z ubezpieczycielem, który wystawił polisę. Polisy ubezpieczają także przed innymi kosztami, których NFZ nie finansuje (udział własny pacjenta w koszcie świadczenia, patrz: koszt nierefundowany)
- **Turyści z krajów UE w Polsce.** Turyści przyjeżdżający do Polski z krajów UE mają prawo do świadczeń zdrowotnych w Polsce na takich samych zasadach, jak ubezpieczeni Polacy, ale prawo to dotyczy jedynie nagłego zachorowania lub urazów, w zakresie koniecznym do ratowania zdrowia i życia. Na podstawie EKUZ lub tymczasowego certyfikatu mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych w palcówkach, które mają umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.