

Szwajcaria

Zasady korzystania z Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ):

Na podstawie EKUZ przysługują rzeczowe świadczenia zdrowotne, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie pobytu w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (UE) lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA): Islandii, Liechtensteinu, Norwegii lub Szwajcarii. Ich udzielenie ma na celu zapobieżenie przymusowemu powrotowi świadczeniobiorcy do Polski przed końcem planowanego pobytu w celu uzyskania rzeczowych świadczeń zdrowotnych. O tym, czy w konkretnym przypadku dane świadczenia są niezbędne decyduje lekarz, biorąc pod uwagę charakter tych świadczeń oraz przewidywany okres pobytu polskiego świadczeniobiorcy w danym państwie członkowskim UE/EFTA. Każde państwo członkowskie UE/EFTA ustala własne kryteria i zasady udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych. Dlatego polski świadczeniobiorca udający się tymczasowo do jednego z państw członkowskich ma prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w tym kraju, na takich samych zasadach, jak osoby podlegające tamtejszemu ustawodawstwu. Zgodnie z ustawodawstwem większości państw członkowskich UE/EFTA pacjent zobowiązany jest do ponoszenia częściowych kosztów udzielanych mu rzeczowych świadczeń zdrowotnych, jako jego współudział w kosztach leczenia. Wiąże się to z koniecznością ponoszenia takich, dodatkowych opłat także przez polskiego świadczeniobiorcę. Koszty współpłacenia pacjenta nie podlegają zwrotowi przez NFZ. W przypadku korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w państwie pobytu, należy możliwie najwcześniej okazać EKUZ lekarzowi lub administracji szpitala. W niektórych państwach wymagane jest także okazanie dokumentu potwierdzającego tożsamość (preferowany paszport) wraz z EKUZ oraz pozostawienie lekarzowi kserokopii karty. Warto jest, więc mieć przy sobie kilka jej kserokopii.

W wielu kurortach turystycznych lekarze przyjmują tylko prywatnie. W związku z tym nie honorują EKUZ. Ponadto, rzeczowe świadczenia zdrowotne związane z leczeniem skutków wypadków podczas uprawiania sportów, np. zimowych mogą być obciążone wyższymi opłatami, niż rzeczowe świadczenia zdrowotne z tym niezwiązane. Zaleca się wykupienie dodatkowego, prywatnego ubezpieczenia obejmującego koszty opieki zdrowotnej, do której finansowania NFZ nie jest uprawniony, w tym przede wszystkim, tzw. koszty współpłacenia pacjenta, o których mowa poniżej.

UWAGA!

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) zachowuje ważność do daty na niej wskazanej, chyba, że w czasie, w którym była ważna, dana osoba utraciła status świadczeniobiorcy. W takiej sytuacji EKUZ traci ważność w tym samym dniu, co utrata statusu świadczeniobiorcy uprawnionego do korzystania z opieki zdrowotnej na koszt NFZ.

Jak uzyskać opiekę medyczną, na podstawie EKUZ w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej:

Należy korzystać ze świadczeń udzielanych w placówkach służby zdrowia, które funkcjonują w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Placówki te można znaleźć na stronie internetowej http://www.doctorfmh.ch/index_en.cfm

112 lub 144
Numer alarmowy, pod który może zadzwonić pacjent w nagłych przypadkach zdrowotnych

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

Jeżeli zachodzi potrzeba skorzystania z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, skierowanie nie jest wymagane.

Leczenie stomatologiczne:

Świadczenia stomatologiczne są dostępne w ograniczonym zakresie.

Leczenie szpitalne:

Jeżeli zachodzi potrzeba leczenia szpitalnego, niezbędne jest uzyskanie skierowania od lekarza, jednak w nagłych przypadkach pacjent może się zgłaszać bezpośrednio do szpitala, bez skierowania.

Recepty:

Lekarze praktykujący w ramach systemu publicznej opieki zdrowotnej są uprawnieni do wystawiania recept na leki objęte refundacją. Leki można uzyskać w aptekach na podstawie recepty wystawionej przez lekarza.

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

Za poradę lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty, lekarza dentystry, leczenie stacjonarne w szpitalu należy uiścić opłatę ryczałtową w wysokości 33 CHF (osoby poniżej 18 r. ż.) lub 92 CHF (osoby powyżej 18 r. ż.). Wniesiona opłata daje prawo do korzystania ze wszystkich świadczeń przez kolejnych 30 dni. Dodatkowo, koszty hospitalizacji wynoszą 15 CHF dziennie, z tej opłaty zwolnione są dzieci i osoby do 25 roku życia, o ile kontynuują naukę.

Pacjentki korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej związanych z macierzyństwem są zwolnione z opłat.

Leczenie prywatne:

Koszty leczenia uzyskane w placówce funkcjonującej poza publicznym systemem ochrony zdrowia w Szwajcarii pacjent pokrywa w całości we własnym zakresie. Koszty te nie podlegają zwrotowi przez NFZ.

Pogotowie ratunkowe w Szwajcarii:

Pacjent korzystający z transportu karetką jest zobowiązany do poniesienia 50% kosztów (obowiązuje limit refundacji kosztów transportu karetką w wysokości 500 CHF rocznie).

Pacjent korzystający z transportu lotniczym pogotowiem ratunkowym jest zobowiązany do poniesienia 50% kosztów (obowiązuje limit refundacji kosztów transportu lotniczym pogotowiem ratunkowym w wys. 5000 CHF rocznie).

Transport międzynarodowy:

Co do zasady, pacjent ponosi pełne koszty transportu powrotnego do Polski. W wyjątkowych sytuacjach polski świadczeniobiorca może ubiegać się o zgodę dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju. Szczegółowe informacje na ten temat można znaleźć na stronie <https://www.ekuz.nfz.gov.pl/transport-transgraniczny/transport-powrotny-w-celu-kontynuacji-leczenia-rozpoczetego-w-innym-panstwi>.

Zasady uzyskania zwrotu poniesionych kosztów leczenia:

O zwrot kosztów można ubiegać się jeszcze w trakcie pobytu w Szwajcarii, zwracając się z wnioskiem do Gemeinsame Einrichtung KVG (Gibelinstrasse 25, Postfach, CH-4503 Solothurn, TEL.: +41 32 625 30 30, E-mail: info@kvg.org) . Do wniosku o zwrot kosztów trzeba załączyć: oryginały rachunków, dowodów wpłaty, kompletne dane bankowe (IBAN, BIC, nazwę i adres banku oraz dane właściciela rachunku).

Istnieje także możliwość ubiegania się o zwrot kosztów we właściwym oddziale NFZ po powrocie do Polski. Do wniosku o zwrot kosztów należy załączyć: oryginały rachunków i dowodów zapłaty.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje:

Wszelkie informacje można uzyskać w instytucji łącznikowej:

Institution commune LAMal

Gibelinstrasse 25,

CH-4503 Soleure

Tel. +41 32 625 30 30

Fax +41 32 625 30 90

www.kvg.org