

Švica

Pristojni organ:

Gemeinsame Einrichtung KVG

Gibelinstrasse 25

CH-4503 Solothurn

Zdravstvene storitve med začasnim in stalnim bivanjem v Švici

Osebe, ki imajo v državi EU, v Islandiji, na Norveškem ali v Liechtensteinu urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje, so med začasnim bivanjem v Švici upravičene do zdravstvenih storitev v primeru bolezni, nezgode izven dela in nosečnosti. O upravičenosti zavarovanca do brezplačnih zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v Švici odloča Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG) v Solothurnu.

Zavarovanec, ki ima zavarovanje sklenjeno v tujini, je v Švici upravičen do enakih storitev zdravstvene nege kot zavarovanec, ki je zavarovan v Švici. Denarna nadomestila izplačuje pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja v državi, kjer ima zavarovanec urejeno stalno prebivališče. GE KVG poravnava račune za zdravstvene storitve, ki jih je zavarovanec prejel v Švici, nato pa izstavi račun pristojnemu nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

1. Obseg pravic

Obseg zavarovančevih pravic je odvisen od namena bivanja v Švico, nanj pa vpliva tudi predvideno trajanje bivanja v Švici. Kdor med začasnim bivanjem v Švici uveljavlja pravice iz zavarovanja, mora pri GE KVG predložiti EUKZZ oziroma veljaven obrazec, ki mu ga je izstavila GE KVG.

Osebe, ki trajno bivajo v Švici:

Obrazec E 121 za prejemnike tuje pokojnine: upravičenost do vseh storitev, ki so na voljo v okviru švicarskega zdravstvenega sistema

Obrazec E 106 za obmejne delavce, delegate, uslužbenke na ambasadah in konzulatih, uradnike: upravičenost do vseh storitev, ki so na voljo v okviru švicarskega zdravstvenega sistema

Obrazec E 109 za družinske člane zavarovanca, ki v tujini živi in opravlja pridobitno dejavnost: upravičenost do vseh storitev, ki so na voljo v okviru švicarskega zdravstvenega sistema

Osebe na začasnem bivanju v Švici:

EUKZZ za turiste, študente in druge osebe na začasnem bivanju: upravičenost do vseh storitev, ki so na voljo v okviru švicarskega zdravstvenega sistema, če gre za zdravljenje, ki ga zavarovanec nujno potrebuje in ga ni mogoče odložiti do vrnitve v deželo stalnega prebivališča.

Načrtovano zdravljenje v Švici:

Obrazec E 112 za paciente iz tujine, ki jim je nosilec zdravstvenega zavarovanja odobril povračilo stroškov za zdravljenje, opravljeno v Švici. Zavarovanec lahko zahteva povračilo stroškov samo za storitve, navedene v obrazcu.

2. Registracija upravičencev

Ko osebe, ki trajno bivajo v Švici, GE KVG predložijo obrazec, prejmejo posebni vprašalnik. Na podlagi podatkov v vprašalniku pristojni ugotovijo, če so zavarovanci upravičeni do uveljavljanja zdravstvenih storitev iz zavarovanja med bivanjem v Švici oziroma če so dolžni v Švici plačevati prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje. To se zgodi na primer, če zavarovanec opravlja pridobitno dejavnost v Švici oziroma v Švici prejema pokojnino ali nadomestilo v primeru brezposelnosti. Za otroka je treba v Švici plačevati prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje, če v Švici plačuje prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje vsaj eden od staršev.

Kdor je registriran kot upravičenec do zdravstvenih storitev na začasnem bivanju, prejme od GE KVG kartico zavarovanja. Kartica zavarovanja je dokazilo o upravičenosti zahtevka pri ponudnikih storitev v Švici. Če je vloga za registracijo iz katerega od omenjenih razlogov zavrnjena, prejme kanton, kjer vlagatelj biva, o tem obvestilo. Za nadzor nad plačevanjem prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje so pristojne kantonalne oblasti (6. člen švicarskega Zakona o zdravstvenem zavarovanju (Krankenversicherungsgesetz))

Za osebe na začasnem bivanju zadošča predložitev EUKZZ. Nadaljnja pojasnila so potrebna le v primeru, če zavarovanec nenehno prejema storitve v Švici oziroma storitve po obsegu in vrsti presegajo vrednost storitev, do katerih so upravičene osebe na začasnem bivanju v Švici. Posebej se preverja tudi sum, da so osebe pripotovale v Švico izključno zaradi zdravljenja.

Za osebe, ki so pripotovale v Švico zaradi zdravljenja, zadošča obrazec E 112, ki je dokazilo o upravičenosti zahtevka. Dodatna pojasnila niso potrebna.

3. Pregled nad storitvami v skladu s švicarskim Zakonom o zdravstvenem zavarovanju (KVG)

3. Pregled nad storitvami v skladu s švicarskim Zakonom o zdravstvenem zavarovanju (KVG)

Ambulantno zdravljenje po metodah uradne medicine	Povračilo stroškov pri pooblaščenih zdravnikih, kiropraktikih, babicah, logopedih, fizioterapevtih, delovnih terapevtih, patronažnih sestrah oziroma organizacijah za nego in pomoč na domu, pa tudi dietetikih
Ambulantno zdravljenje po alternativnih zdravilnih metodah (komplementarna medicina)	Akupunktura pri zdravnikih, ki so opravili certificirano dodatno izobraževanje (FMH (Zveza švicarskih zdravnikov)) na omenjenem področju.

Zdravila	Zdravila, ki jih je izdal oziroma predpisal zdravnik, če so navedena na pozitivni listi (Arzneimittel- oder Spezialitätenliste) v zvezi z določeno indikacijo (stroški zaradi ostalih zdravil niso povrnjeni, niti deloma ne)
Sredstva in predmeti	Sredstva in predmeti, ki jih je predpisal zdravnik in so namenjena terapiji oziroma zdravljenju, npr. ovratnica, bergla, inzulinske injekcije, inkontinenčni pripomočki, inhalatorji itd. v skladu s seznamom medicinsko tehničnih pripomočkov (Mittel und Gegenstände-Liste (MiGeL))
Očala in kontaktne leče	Do dopolnjenega 18. leta: 180 frankov na leto, od 19. leta starosti naprej: 180 frankov vsakih 5 let. Recept zdravnika je potreben le za prva očala/kontaktne leče. Če obstajajo posebne zdravstvene indikacije se povrnejo tudi stroški v vrednosti, ki presega navedeno.
Zobozdravstvene storitve (le v posebnih primerih)	Povračilo stroškov, če do poškodbe zoba pride zaradi nezgode in zdravljenja ne krije nezgodno zavarovanje. Pri hudem oralnem obolenju, če je zdravljenje potrebno zaradi hude bolezni in v določenih primerih, ki so opisani v švicarski Uredbi o zdravstvenih storitvah in negi (Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)). Stroški za ortodontsko zdravljenje se ne povrnejo.
Prirojene okvare	Povračilo za enake storitve kot pri bolezni, če oseba nima sklenjenega švicarskega invalidskega zavarovanja.
Psihoterapija	Povračilo stroškov za pooblaščenega psihiatra

	oziroma psihologa /psihoterapevta, ki mu je psihiater zaupal primer (vendar le pod nadzorom in v ordinaciji psihiatra)
Laboratorijske preiskave	Preiskave, ki jih je predpisal zdravnik, v skladu z listo preiskav
Hospitalizacija v bolnišnici	Povračilo stroškov za zdravljenje, za katerega obstajajo zdravstvene indikacije, na splošnem oddelku pooblaščne bolnišnice (večposteljna soba), v skladu z listo bolnišnic (Spitalliste) v kantonu, kjer ima pacient prebivališče.
Zdravstvena rehabilitacija	Povračilo stroškov za rehabilitacijsko terapijo, ki jo je predpisal zdravnik oziroma jo zdravnik izvaja (za terapijo v času hospitalizacije se povrnejo stroški le, če je bolnišnica na listi in se terapija izvaja na splošnem oddelku) ob odobritvi komisijskega zdravnika
Bivanje v domu za upokojence	Povračilo stroškov za nego in drugo ambulantno zdravljenje (pri zdravniku, fizioterapevtu, itd.), zdravila in laboratorijske analize
Zdraviliško zdravljenje na recept	10 frankov na dan (pavšal) za največ 21 dni na koledarsko leto, razen tega še stroški zdravnika, zdravil in fizioterapije v pooblaščenih zdraviliščih.
Zdravljenje v letovišču (npr. po hospitalizaciji)	Bivanje ni krito (storitve niso določene); povračilo stroškov za zdravnika, zdravila in terapije.
Ambulantna nega (patronažna služba)	Nega na domu, ki jo izvajajo pooblaščne patronažne službe in patronažne sestre.
Nosečnost	- Kontrolni pregledi, ki jih izvajajo zdravniki in babice (7 kontrolnih pregledov pri normalno potekajoči nosečnosti in 1 kontrolni pregled po

	<p>porodu).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pregled z ultrazvokom, ki ga opravi zdravnik (če nosečnost poteka brez posebnosti, potem 2 pregleda) - Stroški poroda doma, v bolnišnici (splošni oddelek) ali v porodni hiši in pomoč zdravnikov in/ali babic pri porodu - 3 obiski babice oziroma posebej usposobljene medicinske sestre za svetovanje pri dojenju - Priprave na porod, ki jih vodijo babice: največ 100 frankov. Telovadba za nosečnice ni krita.
Preventivni pregledi, ki jih predpiše zdravnik	<p>Povračilo za določene preglede v sklopu zgodnje diagnostike in preventivni pregledi za rizične skupine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preventivni kontrolni pregledi pri novorojencih - 8 sistematskih pregledov za otroke - Pregled kože, če obstaja v družini povečano tveganje za nastanek melanoma (melanom pri najmanj eni osebi v prvem kolenu) - Na vsaki dve leti mamografija pri ženskah po petdesetem letu; po zdravniški presoji, do največ en preventivni pregled na leto, če je za rakom dojke zbolela mati, hči ali sestra. - Cepljenja za otroke in odrasle v skladu z 12. členom švicarske Uredbe o zdravstvenih storitvah in negi.
Udeležba pri nujnem	50% stroškov, največ 500 frankov na koledarsko leto,

medicinskem prevozu pooblaščenega izvajalca	če prevoza ni mogoče opraviti z javnim ali zasebnim prevoznim sredstvom.
Udeležba pri stroških reševanja	50% stroškov, največ 5000 frankov na koledarsko leto. Stroški iskanja in reševanja: niso kriti.

4. Izbira ponudnika storitev in povračilo stroškov

Švicarski Zakon o zdravstvenem zavarovanju omogoča zavarovancu, da si sam izbere ponudnika zdravstvenih storitev, pod pogojem, da gre za ponudnika, ki nudi ustrezno zdravljenje in ima pooblastilo zavarovalnice.

Osebe, ki trajno bivajo v Švici:

Pri ambulantnem zdravljenju povrne GE KVG stroške največ do višine tarife, ki velja v vašem kraju oziroma okolici. Pri hospitalizaciji oziroma zdravljenju v dnevni kliniki povrne GE KVG stroške največ v višini tarife, ki velja za kanton, kjer bivate.

Če zaradi zdravstvenih indikacij potrebujete ponudnika storitev izven vašega kraja bivanja (ambulantno zdravljenje) oziroma kantona (hospitalizacija oziroma zdravljenje na dnevni kliniki), povrne zdravstvena zavarovalnica stroške po tarifi, ki velja za tega ponudnika storitev. Zdravstvena indikacija pomeni, da je zdravljenje nujno oziroma da v kraju oziroma kantonu bivanja ni primernega ponudnika storitev. Če izberete ponudnika storitev izven vašega kraja oz. kantona bivanja na lastno željo, morate razliko kriti sami.

Osebe na začasnem bivanju v Švici:

Pri ambulantnem zdravljenju zavarovanje v celoti krije stroške le v primeru, če se zdravite v kraju bivališča ali njegovi okolici. Pri hospitalizaciji ali zdravljenju na dnevni kliniki zdravstveno zavarovanje krije stroške v celoti (po odbitku samoudeležbe) le, če se zdravite v kantonu, kjer bivate.

Če zaradi zdravstvenih indikacij potrebujete ponudnika storitev izven vašega kraja bivanja oziroma kantona, povrne zdravstvena zavarovalnica stroške po tarifi, ki velja za tega ponudnika storitev. Zdravstvena indikacija pomeni, da je zdravljenje nujno oziroma da v kraju oziroma kantonu bivanja ni primernega ponudnika storitev. Če izberete ponudnika storitev izven vašega kraja oz. kantona bivanja na lastno željo, morate razliko kriti sami.

5. Ambulantno zdravljenje

Lečeči zdravniki, fizioterapevti, negovalci in drugi ponudniki storitev praviloma izstavijo račun pacientu. Ti račun plačajo in ga predložijo GE KVG, ki praviloma odobri zahteve zavarovancev.

GE KVG preveri račun in ugotovi, ali račun ustreza zakonskim določbam KVG in pripadajočim uredbam. Preveri se tudi, če se sklada z veljavnimi tarifami. S tem v zvezi lahko GE KVG od ponudnika storitev zahteva dodatne podatke o zdravljenju in jih predloži komisijem zdravniku. Pacientu

odobri povračilo v višini zneska na računu z odbitkom zneska v višini samoudeležbe pri plačilu (prim. točko 7)

6. Hospitalizacija

Če se osebe, upravičene do zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v Švici podajo v švicarsko bolnišnico (in uveljavljajo storitve s kartico zavarovanja GE KVG, z EUKZZ ali z obrazcem E112), GE KVG jamči za plačilo teh storitev bolnišnicam. GE KVG jamči za plačilo storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Švici in krije stroške zdravljenja, pa tudi bivanja na splošnem oddelku v skladu z veljavnimi tarifami.

Javne bolnišnice praviloma izstavljajo račune neposredno GE KVG. Sicer pa je to odvisno tudi od posamezne tarifne pogodbe. GE KVG preveri račun in bolnišnici povrne znesek na računu, pacientu pa izstavi račun v višini samoudeležbe pri plačilu (prim. točko 7).

Zasebne bolnišnice račun izstavijo pacientom. Ti račun plačajo in ga predložijo GE KVG ob zahtevku za povrnitev stroškov. GE KVG povrne znesek v višini nastalih stroškov zdravljenja in bivanja na splošnem oddelku. Od višine povrnjenega zneska se odšteje znesek samoudeležbe (prim. št. 7).

7. Samoudeležba pri stroških

Osebe, ki so zdravstveno zavarovane v Švici, plačajo delež stroškov. Ustrezen delež stroškov plačajo tudi osebe, ki med začasnim bivanjem v Švici uveljavljajo zdravstvene storitve.

Osebe, ki trajno bivajo v Švici:

Samoudeležba pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev je sestavljena iz franšize (fiksni znesek), ki trenutno znaša 300 frankov na koledarsko leto in 10% lastnim deležem pri stroških, ki presegajo znesek franšize. Na leto znaša lastni delež trenutno največ 700 frankov za odrasle in 350 frankov za otroke do dopolnjenega 18. leta starosti. Za otroke ni potrebno plačevati franšize. Lastni delež pri originalnih preparatih znaša 20%, če so na pozitivni listi navedena ustrezna generična zdravila. Za zdravstvene storitve v času nosečnosti in poroda ni potrebno plačati samoudeležbe.

Osebe, ki so v Švici na začasnem bivanju:

Osebe, ki med začasnim bivanjem v Švici potrebujejo zdravljenje v bolnišnici morajo plačati pavšalni znesek (franšizo) na vsakih 30 dni zdravstvene oskrbe, ki od 1.1.2011 dalje znaša 92 frankov za odrasle in 32 frankov za otroke do dopolnjenega 18. leta starosti. Prav tako morajo plačati tudi dnevni strošek za zdravljenje v bolnišnici, ki za odrasle osebe od 1.1.2011 dalje znaša 15 CHF. Dnevni strošek za zdravljenje v bolnišnici ni potrebno plačati otrokom do vključno 18. leta starosti in odraslim, ki so vključeni v izobraževalni proces do 25. leta starosti.

Za zdravstvene storitve v času nosečnosti in poroda ni potrebno plačati samoudeležbe.

8. Vprašanja

Če imate kakšno vprašanje v zvezi z zgoraj navedenim, vam bodo pri GE KVG z veseljem svetovali:

Telefon: +41 (0)32 625 30 30 (od ponedeljka do petka od 8.00 do 11.30 in od 14.00 do 16.00 ure)

Telefaks: +41 (0)32 625 30 29

Naslov: Gibelinstrasse 25, Postfach,CH-4503 Solothurn

E-pošta: info@kvg.org

[VEČ INFORMACIJ O ZDRAVSTVENIH IN DRUGIH SOCIALNIH PRAVICAH V ŠVICI](#)

Stanje: 6.04.2011