

# Informacione për sigurimin shëndetësor për sans-papiers-at në Zvicër

Në Zvicër jetojnë së paku 100.000 njerëz pa leje qëndrimi (të ashtuquajturit sans-papiers-a ose njerëz pa letra). Edhe në mungesë të dokumenteve njeriut i takojnë të drejtat themelore. Të drejtat e njeriut nuk kanë lidhje me statusin e qëndrimit. Ato vlejnë për të gjithë. Kjo përfshin edhe të drejtën për shëndet. Në Zvicër, kush është i sëmurë ose i lënduar, ka të drejtën për trajtim të domosdoshëm mjekësor.



## Sigurimi shëndetësor

Sans-papiers-at (njerëzit pa letra) kanë të drejtën dhe detyrimin që të lidhin sigurimin e obligueshëm shëndetësor te ndonjë sigurim shëndetësor zviceran. Sigurimet shëndetësore janë të detyruara që cilindo që banon në Zvicër, pavarësisht nga statusi i qëndrimit, ta pranojnë në sigurimin themeltar.

Nga sigurimi shëndetësor merren përsipër shërbimet në vijim:

- Trajtimet dhe ekzaminimet mjekësore
- Qëndrimet në spital
- Barërat me receta mjekësore (sipas listës së specialiteteve)
- Shtatzënia dhe lindja (pa vetëpjesëmarrje)
- Fatkeqësitë

Trajtimet dentare nuk janë të siguruara.

## Mbrojtja e të dhënave

Mjekëve, personelit spitalor dhe sigurimeve shëndetësore nuk u lejohet t'u dorëzojnë të dhëna për pacientët ose pacientet enteve (zyrave) për migracion ose policisë, dhe as të marrin ndonjë të dhënë për këta persona prej tyre. Ata i nënshtrohen detyrimit për heshtje. Shkelja e detyrimit për heshtje mund të ketë për pasojë masa penale.

## Ndërrimi i sigurimit themelor dhe dalja nga një sigurim shëndetësor

Sigurimi themelor mund të ndërrohet dy herë brenda një viti përmes një afati tremujor të pezullimit (fletë-pezuillimi duhet të arrijë tek sigurimi përkatës shëndetësor më së largu deri më 31 mars ose 30 shtator).

Nga një sigurim shëndetësor mund të dilet vetëm pas kontraktimit të një sigurimi të ri në një kompani tjetër sigurimesh ose në rast të ikjes nga Zvicra.

## Sigurimi nga fatkeqësitë

Sigurimi i obligueshëm shëndetësor (sigurimi themeltar) bashkë me atë për fatkeqësi, mbulon shpenzimet e kurimit edhe për një rast fatkeqësie.

Personat që punojnë më shumë se 8 orë në javë te një punëdhënës janë të siguruar tashmë nga fatkeqësitë përmes punëdhënësit të tyre. Ata mund ta përjashtojnë nga sigurimi i tyre shëndetësor mbrojtjen nga fatkeqësitë (kjo gjë, varësisht nga kompania, shpie në një reduktim kontributësh prej më së shumti 10 për qind).



## Shpenzimet

Një sigurim shëndetësor nuk bëhet falas. Për t'i gëzuar shërbimet e një sigurimi duhet paguar **për çdo muaj** një kontribut. Sigurimet shëndetësore, me gjithë se ofrojnë shërbime të njëjta, kanë nivele të ndryshme kontributësh. Fëmijët deri 18 vjeç paguajnë më pak. Për të rinjtë 19-25-vjeçarë shumica e kompanive ofrojnë kontribute të reduktuara.

Përpos kontributeve duhet marrë përsipër dhe një pjesë e shpenzimeve nga trajtimet mjekësore. Kjo shumë përfshin, me një zgjedhje sipas dëshirës, midis 300 dhe 2500 franga në vit (**franshisat**), të cilat personi i siguruar duhet t'i paguajë vetë. Sapo që shpenzimet e trajtimit e tejkalojnë franshisën, nga shpenzimet e mëpasme merren përsipër 10 për qind (**vetëpjesëmarrja**). Brenda një viti vetëpjesëmarrja

arrin maksimalisht deri në 700 franga. Fëmijët nuk paguajnë franshisë. Vetëpjesëmarrja e tyre arrin maksimalisht deri 350 franga në vit.

Ekzistojnë modele sigurimesh që janë më të lira dhe që për këtë shkak përmbajnë dhe kufizime të caktuara. (Informacionet lidhur me të i ofrojnë sigurimet).

### **Është e domosdoshme që kontributet të paguhen për do muaj!**

Në rast se kontributet nuk paguhen më shumë se tre muaj, është rrezik që sigurimi shëndetësor të mos i marrë përsipër më as shpenzimet për trajtim dhe medikamente (ndërprerja e shërbimeve). Pas një vërejtjeje me shkrim (dhe një afati prej 30 ditësh), sigurimi shëndetësor mund t'i informojë autoritetet kantonale dhe të iniciojë një masë hetimore.

## **Ulja e kontributeve**

Sipas rregullit, personat me të ardhura të ulëta kanë mundësi që të bëjnë kërkesë për reduktim kontributesh të sigurimit shëndetësor. (Niveli përcaktues i të ardhurave ndryshon nga kantoni në kanton). Kërkesa duhet dorëzuar tek enti për uljen e kontributeve në kantonin e banimit (për adresën në kantonin tënd shih

► <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=de>



### **Kështu mund të lidh një sigurim shëndetësor:**

1. Përzgjedh një sigurim shëndetësor zviceran. Përcaktoj lartësinë e franshisës dhe zgjedh (sipas nevojës) mbrojtjen nga fatkeqësitë. Kontributet e sigurimeve shëndetësore mund të krahasohen në ► [www.comparis.ch](http://www.comparis.ch).
2. Te sigurimi i përzgjedhur shëndetësor paraqes një kërkesë për pranim. Për këtë arsye sigurimit shëndetësor i jap emrin tim, vitin e lindjes bashkë me një adresë kontaktimi, si dhe numrin e kontos sime bankare ose postare (ose të një të afërmi timin).
3. Për çdo muaj paguaj kontributin e sigurimit shëndetësor (afërsisht 300 franga në muaj) përmes fletëpagesave që i marr prej kompanisë.
4. Kopjet e të gjitha llogarive ia dërgoj sigurimit shëndetësor dhe më pas i paguaj vetë llogaritë për trajtime dhe medikamente. Sigurimi shëndetësor mi paguan (rimburson) shumat sipas kopjes së faturës (duke zbritur franshisat dhe vetëpjesëmarrjen): ajo e transferon shumën e parave në konton e dhënë prej meje (rimbursimi).
5. Marr pjesë në shpenzimet e sëmundjes në lartësinë e franshisës sime dhe të 10 për qind të shpenzimeve për trajtim dhe medikamente (gjithësej jo më shumë se 700 franga në vit).
6. Informoj sigurimin në rast të ndërrimit të adresës sime të kontaktimit ose të ikjes nga Zvicra.



**Në rast se keni pyetje ose nevojë për ndihmë, luteni t'i drejtoheni një qendre në rajonin tuaj ► [www.sante-sans-papiers.ch](http://www.sante-sans-papiers.ch)**

