

Informacije o Zdravstvenom osiguranju za osobe bez boravišne dozvole u Švicarskoj

Osobe bez boravišne dozvole (tzv. Sans-Papiers = osobe bez papira) posjeduju osnovna ljudska prava. Ko je bolestan ili povrijeđen, ima u Švicarskoj pravo na neophodnu medicinsku pomoć. Po pravilu, medicinske usluge se moraju platiti, ili ih plaća pacijent sam ili troškove preuzima neko osiguranje,



Zdravstveno osiguranje

Osobe bez dozvole boravka imaju pravo i obavezu da zaključe osnovno zdravstveno osiguranje. Zdravstvena osiguranja su obavezna osigurati sve osobe koje borave i žive u Švicarskoj, i to neovisno o njihovom boravišnom statusu..

Troškove slijedećih usluga preuzima zdravstveno osiguranje:

- Liječničke tretmane i medicinske preglede,
- Bolničko liječenje
- Od ljekara propisane lijekove
- Trudnoću i porodaj (pacijentica ne plaća udio)
- Nesreće

Stomatološke usluge nisu osigurane.

Liječnici, bolničko osoblje ili osiguranja ne smiju davati informacije vezane za lične podatke pacijenata, npr. državnim ili kantonalnim službama zaduženim za pitanja migranata ili policiji. Isto tako, od ovih institucija se ne smiju zatražiti lični podaci pacijenata bez saglasnosti pacijenata.. Svi gore navedeni podliježu obavezi čuvanja tajne, tzv. profesionalnoj šutnji. Kršenje ovog pravila je kažnjivo.

Promjena u osnovnom osiguranju i otkaz

Osnovno osiguranje se može otkazati dva puta godišnje, uz tromjesečni otkazni rok, a otkazi moraju preporučeni pismom stići osiguranju do 31. marta ili 30 septembra..

Zdravstveno osiguranje možete promijeniti tek nakon što zaključite novo zdravstveno osiguranje, ili ako napustite Švicarsku.

Osiguranje u slučaju nesreće

Uz obavezno zdravstveno osiguranje možete zaključiti i osiguranje u slučaju nesreće, koje dodatno košta 20 franaka mjesečno. Ono pokriva troškove liječenja nakon nesreće.

Osobe, zaposlene na jednom radnom mjestu više od osam sati nedjeljno, bi po pravilu, trebale biti automatski osigurane od strane poslodavca i u slučaju nesreće van radnog mjesta. U tom slučaju, te osobe mogu od zdravstvenog osiguranja zatražiti da osiguranje izuzme slučaj udesa (što vodi, u zavisnosti od osiguranja, do smanjenja premije od oko deset posto).



Troškovi

Zdravstveno osiguranje nije besplatno. Za osiguranje se plaćaju mjesečne premije. Iako su osnovnim zdravstvenim osiguranjima obuhvaćene iste usluge, njihove premije su različite. Djeca do osamnaest godina plaćaju manje. Za mlađe odrasle osobe (od 19 do 25 godina) većina osiguranja nudi povoljnije premije.

Pored plaćanja premija morate još učestvovati i u troškovima liječenja, i to plaćanjem godišnjeg samodoprinosu u iznosu od 300 do 2500 franaka godišnje. Visinu samodoprinosu (franšize) možete sami odrediti. Ukoliko troškovi liječenja tokom godine prelaze visinu franšize, morate još platiti 10% vlastitog učešća u tim troškovima. Vlastito učešće može iznositi najviše 700 franaka godišnje. Djeca ne plaćaju godišnji doprinos, a vlastito učešće za njih iznosi maksimalno 350 franaka godišnje.

Postoje modeli osiguranja koji su jeftiniji, kao što su model porodičnog ljekara, HMO ili Telmed (putem telefona). ali imaju određena ograničenja. Ako ste ovako osigurani, onda se obavezujete da ćete se, u

slučaju bolesti, prvo obratiti Vašem porodičnom ljekaru ili zatražiti savjet putem telefona, osim ako se radi o hitnom slučaju. (Više informacija možete dobiti direktno od osiguranja.).

Važno je premije plaćati mjesečno!

Ukoliko se premije ne plate više od tri mjeseca, osiguranje može da, poslije pismene opomene (i u roku od 30 dana) o tome informisati kantonalne vlasti i zatraži od njih provodjenje daljih zakonskih mjera za vraćanje duga.

Sniženje premija

Osobe koje imaju mala mjesečna primanja mogu, u pojedinim kantonima, podnijeti zahtjev za sniženje premija zdravstvenog osiguranja. (Visina plaće, mjerodavna za dobijanje ovih premija, se razlikuje od kantona do kantona). Zahtjev se mora podnijeti u kantoalnoj službi za sniženje premija u boravšnom kantonu (Amt für Prämienverbilligung). Adresu u Vašem boravišnom kantonu možete naći na:

► www.priminfo.ch ► Prämienverbilligung



Ovako mogu zaključiti zdravstveno osiguranje

1. Prvo izaberem jedno osiguranje. Onda odredim visinu franšize i izaberem (ako je neophodno) pokriće za slučaj nesreće. Premije osiguranja se mogu usporediti na ► www.priminfo.ch ili www.comparis.ch .
2. Potom predam izabranom osiguranju zahtjev za prijem. Pri tome saopštavam osiguranju moje ime i prezime, datum rođenja i kontakt-adresu kao i moj poštanski ili bankovni konto (ili neke meni poznate osobe).
3. Svakog mjeseca plaćam premije za zdravstveno osiguranje (okok 300 franaka mjesečno) sa uplatnicom koju mi osiguranje dostavi.
4. Jednu kopiju svih mojih računa šaljem na osiguranje, a račune za liječenje i lijekove plaćem sam. Osiguranje mi na osnovu priloženih kopija računa (odbivši franšizu i samodoprinos) isplaćuje novac nazad: ono mi uplaćuje novac na moj konto. U pojedinim slučajevima (npr. slučaju lijekova), račun die direktno na zdravstveno osiguranje.
5. Moje učešće u troškovima liječenja u visini franšize i 10 posto troškova za liječenje i lijekove (ukupno ne više od 700 franaka godišnje). Osiguranje to odbije.
6. Ako promijenim adresu ili napustim Švicarsku, informisaću osiguranje..



Ukoliko imate pitanja ili Vam je potrebna pomoć, molimo da se obratite jednoj od službi u Vasem regionu ► www.sante-sans-papiers.ch

