

# Zdravotní pojištění a nemocenské pojištění

## Zdravotní pojištění a nemocenské pojištění

- **Kde jsem pojištěn?**

Přeshraniční pracovníci jsou pojištěni ve státě, v němž pracují. Pokud pracují zároveň ve dvou státech, musí se pojistit v zemi bydliště. Je třeba mít na zřeteli, že mezi ČR, Německem a Polskem existují rozdíly ohledně druhů pojištění. Bližší informace o jednotlivých zemích najdete na následujících stránkách.

- **Co jsou věcné a peněžité dávky?**

**Věcné dávky** zahrnují například ambulantní a lůžkovou zdravotní péči, léky a léčiva, pomůcky a popř. refundaci nákladů na tyto služby, resp. dávky.

**Peněžité dávky** představují náhradu mzdy nebo platu při nemoci (nemocenské) a v mateřství (peněžita pomoc v mateřství).

Zákonné (veřejné) zdravotní a nemocenské pojištění zahrnuje jak věcné dávky, tak i peněžité dávky. Věcné dávky lze čerpat přeshraničně, zatímco pro peněžité dávky platí vždy předpisy státu pojištění.

- **Co znamená výpomoc při věcných dávkách?**

Rozumí se tím spolupráce zdravotních pojišťoven z různých zemí, jejímž cílem je přeshraniční poskytování věcných dávek pojištěncům. Je-li zaměstnanec pojištěn v zemi zaměstnání, mohou on i jeho společně s ním pojištění nezaopatření rodinní příslušníci čerpat věcné dávky také v zemi bydliště podle pravidel platných v této zemi. Je-li zaměstnanec zdravotně pojištěn v zemi bydliště, má zásadně nárok na ošetření/vyšetření a na poskytnutí zdravotní péče také ve státě, ve kterém pracuje. Výpomoc při věcných dávkách se však vztahuje pouze na zaměstnance účastné zákonného (resp. veřejného) zdravotního pojištění. Je-li zaměstnanec zdravotně pojištěn u soukromé zdravotní pojišťovny resp. formou tzv. soukromého tarifu, měl by se předem informovat, zdali má nárok na čerpání služeb, resp. péče (tj. tzv. věcných dávek) i ve druhém státě.

**Výpomoc při věcných dávkách v praxi:** Je-li zaměstnanec pojištěn v zemi zaměstnání a jde-li on sám nebo jeho nezaopatřený rodinný příslušník v místě bydliště k lékaři nebo chce využít jiné zdravotní služby, musí se předem obrátit na svou zdravotní pojišťovnu a požádat o vystavení formuláře S1. Příslušná pojišťovna v místě bydliště tento formulář potřebuje na proplacení poskytnutých služeb, resp. zdravotní péče ve vztahu vůči lékaři, lékárně, nemocnici apod. Od zdravotní pojišťovny v místě bydliště obdrží zaměstnanec potvrzení o registraci, jehož prostřednictvím může čerpat zákonem stanovené dávky v zemi bydliště, jako kdyby tam byl pojištěn.

- **Zdravotní pojištění nezaměstnaných a důchodců**

Nezaměstnaní jsou zdravotně pojištěni v místě bydliště, pokud tam pobírají dávky pojištění pro případ nezaměstnanosti. Důchodci jsou zpravidla zdravotně pojištěni ve státě, v němž bydlí. Avšak pokud pobírají důchod přiznaný výlučně na základě výdělečné činnosti v zahraničí, musí se v zahraničí také pojistit. U předchozích vět se jedná pouze o obecné směrnice. V konkrétních případech se doporučuje

objasnit nebo nechat objasnit otázku povinné účasti na pojištění.

### • **Zdravotní pojištění a nemocenské pojištění v Německu**

V Německu se rozlišuje mezi tzv. zákonným a tzv. soukromým zdravotním pojištěním. Zaměstnanci jsou zpravidla povinně pojištěni v zákonném zdravotním pojištění (které je zároveň také nemocenským pojištěním). Některé skupiny osob mohou přejít do soukromého zdravotního pojištění: zaměstnanci vykonávající závislou činnost s hrubým ročním příjmem ve výši nejméně 60 750 EUR, resp. 5 062,50 EUR měsíčně (hranice povinné účasti na zákonném zdravotním pojištění), příslušníci tzv. svobodných povolání, OSVČ a státní úředníci. Pojištěnci účastníci se zákonného pojištění mají možnost uzavřít soukromé připojištění, které pokrývá dodatečné služby nad rámec služeb hrazených ze zákonného zdravotního pojištění. Informace o službách a plněních ze soukromého zdravotního pojištění poskytují jednotlivé zdravotní pojišťovny.

### **Následující informace se vztahují výlučně na zákonné zdravotní pojištění.**

Pojištěnec obdrží od své zdravotní a nemocenské pojišťovny elektronický průkaz pojištěnce (čipová karta), jehož prostřednictvím může využívat veškeré zdravotní služby. Služby (tj. péči i dávky) poskytované z německého zdravotního a nemocenského pojištění mohou přeshraniční pracovníci čerpat jak v Německu, tak i v Česku nebo Polsku.

### **Nemocenské**

Pokud je zaměstnanec z důvodu nemoci dočasně pracovní neschopný, vyplácí mu jeho zaměstnavatel zpravidla dále mzdu (náhrada mzdy při dočasné pracovní neschopnosti; viz informace k pracovnímu právu). V návaznosti na to mají pojištěnci účastní zákonného zdravotního a nemocenského pojištění v rámci zdravotní péče v případech nemoci právo na nemocenské, pokud jsou dočasně práce neschopni nebo jsou na náklady zdravotní a nemocenské pojišťovny hospitalizováni v nemocnici (nemocniční péče) nebo jim je poskytována ústavní léčebná nebo preventivní péče (léčení). Nemocenské činí 70 % hrubého příjmu dosaženého před nemocí, avšak nanejvýš 90 % čistého příjmu. Výše nemocenského je v roce 2020 max. 109,38 EUR za kalendářní den. Z nemocenského se platí pojistné na důchodové pojištění a na pojištění pro případ nezaměstnanosti. Někteří zaměstnavatelé svým zaměstnancům vyplácejí příplatek k nemocenskému za účelem vyrovnání rozdílu mezi nemocenským a čistým výdělkem. Informujte se u svého zaměstnavatele, zdali i on vyplácí takový příplatek.

V případech dočasné pracovní neschopnosti pro tutéž nemoc je nemocenské vypláceno nejdéle 78 týdnů v období tří let. Od začátku nového tříletého období má pojištěnec opět nárok na nemocenské pro tutéž nemoc, pokud byl pojištěnec účastný zdravotního pojištění s nárokem na nemocenské od ukončení pracovní neschopnosti pro tutéž nemoc po dobu nejméně 6 měsíců výdělečně činný a nebyl z tohoto důvodu dočasně pracovní neschopný, resp. pokud byl uchazečem o zprostředkování zaměstnání (tj. byl veden v evidenci úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání).

### **Ošetřovné v případě onemocnění dítěte**

Dávku ošetřovného v případě onemocnění dítěte obdržíte od zdravotní a nemocenské pojišťovny, pokud jste výdělečně činná/činný, od zaměstnavatele nedostáváte mzdu ani náhradu mzdy, vaše dítě je zdravotně pojištěno v systému tzv. zákonného pojištění a zároveň je mladší 12 let nebo je zdravotně postižené a je odkázáno na vaši pomoc. Podmínkou je, že v domácnosti není k dispozici nikdo jiný, kdo by mohl o dítě pečovat nebo ho ošetřovat místo vás, že máte jako zaměstnankyně/zaměstnanec nárok na nemocenské a že vám lékař potvrdí, že se o dítě musíte starat či o něj pečovat nebo ho ošetřovat.

Váš zaměstnavatel je zásadně (tj. až na určité výjimky) povinen uvolnit vás z práce a dále vám platit

mzdu/plat. V tom případě vám nevznikne nárok na výplatu dávky ošetřovného v případě onemocnění dítěte od zdravotní a nemocenské pojišťovny. Ale pokud vám zaměstnavatel mzdu nebo náhradu mzdy nevyplácí, například na základě příslušných ustanovení obsažených v platné kolektivní smlouvě nebo ve vaší pracovní smlouvě, obdržíte od zdravotní a nemocenské pojišťovny ošetřovné. Výše dávky je stejná jako u nemocenského (viz nahoře).

Tuto dávku můžete čerpat na každé dítě maximálně 10 pracovních dnů v kalendářním roce. Pokud pracují oba rodiče, přísluší dávka nejen matce, ale také otci dítěte. Takže na jedno dítě to je celkem max. 20 pracovních dnů. Osamělým zaměstnancům přísluší na každé dítě max. 20 dnů. Máte-li více než 2 děti, můžete čerpat vy i druhý rodič ošetřovné v případě onemocnění dítěte v délce max. 25 pracovních dnů ročně. Pro tyto rodiny to znamená, že jsou zabezpečeny až po dobu max. 50 pracovních dnů.

### **Svobodná volba lékaře**

Pojištěnci mohou zásadně vyhledat kteréhokoliv lékaře své důvěry. Pozor: V případě pracovního úrazu byste rozhodně měl/-a sdělit ošetřujícímu lékaři, že se jedná o pracovní úraz. Pro úrazy přihodivší se při výkonu práce anebo na cestě do zaměstnání či ze zaměstnání není příslušná zdravotní pojišťovna, nýbrž nositel úrazového pojištění. Pokud jste měl/-a úraz při práci nebo cestou do práce nebo z práce, měl by první ošetření/vyšetření provést odborný lékař v oboru chirurgie nebo ortopedie a traumatologie, pověřený nositelem nebo nositeli úrazového pojištění ošetřováním a léčbou pracovních úrazů (německy tzv. „Durchgangsarzt“). Tento lékař rozhodne také o tom, zdali další ošetření/vyšetření musí probíhat u něj, nebo zdali v návaznosti můžete jít k jinému lékaři. Viz rovněž informace k úrazovému pojištění.

### **Regulační poplatky u léků a léčiv**

Pojištěnci ve věku do 18 let jsou od regulačních poplatků u léků osvobozeni. Pojištěnci starší 18 let musejí u léků sami hradit 10 % ceny, avšak nejméně 5 EUR a nanejvýš 10 EUR. Pokud lék stojí méně než 5 EUR, platí pojištěnec pouze skutečnou cenu v plné výši. Mimoto platí, že pojištěnec není povinen vynaložit na léky (a jiné dávky zákonného zdravotního pojištění, na které se vztahují regulační poplatky) více než 2 % svého hrubého příjmu ročně. Proto se vyplácí uchovávat veškeré doklady o platbách a na konci roku je popřípadě předložit zdravotní pojišťovně. Pojištěnci s vážným (chronickým) onemocněním musí na regulační poplatky vynaložit nanejvýš 1 % ročního hrubého příjmu. O tom, zdali se jedná o vážné (chronické) onemocnění, rozhodne zdravotní pojišťovna. Ohledně kritérií se informujte u své zdravotní pojišťovny.

### **Ošetřovatelská péče a léčba**

Na základě žádosti podané zdravotní pojišťovně nebo na základě lékařského předpisu mají pojištěnci nárok na následující služby (dávky), přičemž sami hradí část nákladů (spoluúčast):

- nemocniční péče: do 28. kalendářního dne poskytování nemocniční péče v průběhu jednoho kalendářního roku činí spoluúčast pojištěnců starších než 18 let 10 EUR za kalendářní den, nejvýše však 280 EUR v jednom kalendářním roce. Děti a mladiství do 18 let tento regulační poplatek neplatí. Pojištěnci platí regulační poplatek přímo nemocnici, která zdravotní péči poskytl.
- ošetřovatelská péče a nelékařská zdravotní péče (mimo nemocnice): dospělí platí 10 % nákladů za služby poskytované logopedy, fyzioterapeuty, maséry a ergoterapeuty a 10 EUR za lékařský předpis. Stejně jako u léků je výše regulačních poplatků, resp. spoluúčasti omezena hranicí 2 %, resp. 1 % hrubého ročního příjmu. Informace o dalších dávkách a službách poskytují příslušné zdravotní pojišťovny.

### **Zdravotní prevence a rehabilitace**

Zdravotní pojišťovna hradí náklady v případech, pokud je nehradí některý jiný nositel sociálního zabezpečení (např. důchodové pojištění). I zde se uplatňuje princip regulačních poplatků ve výši 10 EUR za celou dobu trvání. V případě tzv. návazné rehabilitace, např. v návaznosti na pobyt v nemocnici, to je 10 EUR po dobu ne delší než 28 dní. Přitom se sčítají doba hospitalizace v nemocnici a doba strávená v rehabilitačním zařízení.

### **Zdravotnické pomůcky**

Zdravotnickými pomůckami jsou např. ortopedické vložky do bot, hole, berle či chodítka, invalidní vozíky apod. U zdravotnických pomůcek se připlácí 10 % ceny hrazené zdravotní pojišťovnou, avšak nejméně 5 EUR a nanejvýš 10 EUR za každou zdravotnickou pomůcku.

### **Náhrada cestovních nákladů**

U cestovních nákladů nezbytných z lékařského hlediska, resp. indikovaných ošetřujícím lékařem (převoz pacienta, záchranná služba) a dopravy z důvodu poskytované ambulantní péče (např. dialýza) činí regulační poplatek 10 % nákladů na danou jízdu, avšak nejméně 5 EUR a nanejvýš 10 EUR a zároveň ne více, než jsou skutečné náklady dotyčné jízdy. Tyto regulační poplatky se vztahují také na osoby mladší 18 let.

### **Zubní protéza (stomatologická protetická náhrada)**

Náklady zubní protézy zdravotní pojišťovna hradí pouze částečně v podobě pevné částky stanovené na základě indikace. Pojištěnci je nezávisle na druhu stomatologické protetické náhrady poskytnuta pevná částka a on sám si může vybrat, pro kterou zubní protézu se rozhodne.

#### **• Německo: Pojištění pro případ dlouhodobé péče**

V Německu musí zaměstnanci platit kromě pojistného na zdravotní pojištění také pojistné na pojištění pro případ dlouhodobé péče. Předpokladem získání plného nároku na dávky pojištění pro případ dlouhodobé péče je doba pojištění jako člen účastný pojištění nebo jako společně pojištěný rodinný příslušník v délce nejméně 2 let v období uplynulých 10 let před podáním žádosti. Při uplatnění nároku na věcné dávky, tj. služby sociální péče, v Polsku nebo v ČR se dávky pojištěncům vyplácejí prostřednictvím institutu výpomoci při věcných dávkách (viz zdravotní pojištění). Příspěvek na péči (peněžitá dávka) vám bude v případě potřeby vyplácen z německého systému pojištění pro případ dlouhodobé péče.

Podle stupně jejich soběstačnosti se osoby závislé na pomoci jiných osob zařazují do jednoho z pěti nově zavedených stupňů závislosti na pomoci jiných osob. Výše dávek se liší podle stupně závislosti na pomoci jiné osoby. Zařazení do jednotlivých stupňů závislosti se zakládá na posudku zpracovaném tzv. Lékařskou posudkovou službou zdravotních pojišťoven (MDK). Proti rozhodnutí příslušného odboru dlouhodobé péče své zdravotní pojišťovny může pojištěnec podat odvolání.

Informace v různých jazycích k posuzování závislosti na pomoci jiných osob najdete na adrese:

<https://www.mdk-sachsen.de/start.html>

Upozornění: Zařazení podle stupně soběstačnosti do jednoho z pěti nově zavedených stupňů závislosti („Pflegrade“) platí od 1. 1. 2017. Do tohoto data platila (stará) klasifikace založená na zařazení do „starých“ stupňů závislosti („Pflegestufen“) podle časové náročnosti a rozsahu potřebné pomoci. Pokud už někdo byl zařazen do jednoho ze „starých“ stupňů závislosti na pomoci jiných osob („Pflegestufe“), bude automaticky přeřazen do jednoho z „nových“ stupňů závislosti („Pflegrad“), aniž by musel podávat novou žádost.

Stupeň soběstačnosti se posuzuje na základě těchto oblastí: mobilita, kognitivní a komunikační schopnosti,

chování a psychické problémy, sebezpěče, zvládání požadavků a zátěže související s nemocí a léčbou a samostatné zacházení s nimi, uspořádání každodenního života a sociální kontakty.

Závisle na omezení schopnosti zvládat základní všední činnosti se při posuzování udělují body. Čím více je omezena schopnost zvládat základní životní potřeby, tím vyšší je počet bodů a také stupeň závislosti na pomoci jiných osob.

### **Stupeň závislosti 1:**

lehké omezení soběstačnosti (od 12,5 do méně než 27 bodů)

Výše měsíčních dávek činí v r. 2020: v případě ústavní péče v zařízení sociální péče 125 EUR. V případě domácí péče se v tomto stupni závislosti neposkytují ani věcné dávky, ani příspěvek na péči.

### **Stupeň závislosti 2:**

značné omezení soběstačnosti (od 27 do méně než 47,5 bodů)

Výše měsíčních dávek činí v r. 2020: v případě ústavní péče v zařízení sociální péče 770 EUR; při domácí péči jsou poskytovány věcné dávky až do výše 689 EUR anebo příspěvek na péči ve výši 316 EUR.

### **Stupeň závislosti 3:**

těžké omezení soběstačnosti (od 47,5 do méně než 70 bodů)

Výše měsíčních dávek činí v r. 2020: v případě ústavní péče v zařízení sociální péče 1 262 EUR; při domácí péči jsou poskytovány věcné dávky až do výše 1 298 EUR anebo příspěvek na péči ve výši 545 EUR.

### **Stupeň závislosti 4:**

velmi těžké omezení soběstačnosti (od 70 do méně než 90 bodů)

Výše měsíčních dávek činí v r. 2020: v případě ústavní péče v zařízení sociální péče 1 775 EUR; při domácí péči jsou poskytovány věcné dávky až do výše 1 612 EUR anebo příspěvek na péči ve výši 728 EUR.

### **Stupeň závislosti 5:**

velmi těžké omezení soběstačnosti se zvláštními požadavky na ošetrovatelskou péči (od 90 do 100 bodů)

Výše měsíčních dávek činí v r. 2020: v případě ústavní péče v zařízení sociální péče 2 005 EUR; při domácí péči jsou poskytovány věcné dávky až do výše 1 995 EUR anebo příspěvek na péči ve výši 901 EUR.

Další informace o dalších dávkách týkajících se péče, peněžitých a věcných dávkách a o možnostech kombinace věcných dávek a příspěvku na péči najdete na webových stránkách Spolkového ministerstva zdravotnictví SRN: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)