

Ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie chorobowe

Ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie chorobowe

- **Gdzie jestem ubezpieczony?**

Jako pracownik transgraniczny ubezpieczony jesteś w kraju, w którym pracujesz. Jeżeli pracujesz jednocześnie w dwóch krajach, musisz ubezpieczyć się w kraju zamieszkania. Należy pamiętać, że między przedmiotowymi trzema krajami istnieją różnice w zakresie rodzajów ubezpieczeń. Konkretnie informacje znajdziesz na poniższych stronach o poszczególnych krajach.

- **Czym są świadczenia rzeczowe i pieniężne?**

Świadczenia rzeczowe obejmują przykładowo ambulatoryjną i stacjonarną opiekę medyczną, lekarstwa, środki rehabilitacji i pomocnicze oraz ewentualnie zwrot kosztów takich świadczeń.

Świadczenia pieniężne stanowią rekompensatę za utracone wynagrodzenie w razie choroby (zasiłek chorobowy) i macierzyństwa (zasiłek macierzyński/ porodowy).

Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne i chorobowe obejmuje zarówno świadczenia rzeczowe, jak i pieniężne. Ze świadczeń rzeczowych można korzystać za granicą. W odniesieniu do świadczeń pieniężnych obowiązują natomiast zawsze przepisy kraju ubezpieczenia.

- **Co należy rozumieć pod pojęciem pomocy w zakresie świadczeń rzeczowych?**

Pod tym pojęciem rozumie się współpracę zakładów ubezpieczeń zdrowotnych różnych krajów w celu zapewnienia ubezpieczonemu świadczeń rzeczowych również za granicą. Jeżeli pracownik jest ubezpieczony w kraju, w którym pracuje, może on wraz ze współubezpieczonymi członkami rodziny korzystać ze świadczeń w kraju zamieszkania według zasad tam obowiązujących. Jeżeli pracownik jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w kraju zamieszkania, zasadniczo może korzystać z leczenia i opieki medycznej również w kraju, w którym pracuje. Pomoc w zakresie świadczeń rzeczowych zachodzi jednak tylko wówczas, gdy pracownik jest ubezpieczony w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Jeżeli pracownik jest ubezpieczony w prywatnej kasie chorych lub według prywatnej taryfy, powinien się dowiedzieć, czy może korzystać ze świadczeń również w drugim kraju.

Praktyczna realizacja pomocy w zakresie świadczeń rzeczowych: Jeżeli pracownik jest ubezpieczony w kraju, w którym pracuje, a on lub jego rodzina chodzą do lekarza w miejscu zamieszkania lub korzystają z innych świadczeń medycznych, musi przedtem zwrócić się do swego zakładu ubezpieczenia zdrowotnego z prośbą o wystawienie formularza S1. Formularz ten jest potrzebny zakładowi ubezpieczenia zdrowotnego w kraju zamieszkania do rozliczeń z lekarzem, apteką, szpitalem itp. Od kasy chorych w miejscu zamieszkania pracownik otrzymuje dowód ubezpieczenia zdrowotnego. Z nim może korzystać z ustawowo przepisanych świadczeń rzeczowych w kraju zamieszkania, tak jakby był tam ubezpieczony.

- **Ubezpieczenie zdrowotne dla bezrobotnych i emerytów**

Bezrobotni są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym w miejscu zamieszkania, jeżeli pobierają tam świadczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek bezrobocia. Emeryci są z reguły objęci ubezpieczeniem

zdrowotnym w kraju, gdzie mieszkają. Jeżeli jednak emeryt pobiera emeryturę wyłącznie z tytułu pracy zarobkowej za granicą, musi się również tam ubezpieczyć. To są ogólne reguły. Zaleca się, by kwestie obowiązku ubezpieczeniowego wyjaśniać indywidualnie.

• **Ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech**

W Niemczech rozróżnia się ustawowe i prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Z reguły pracownicy ubezpieczeni są obowiązkowo w ustawowym zakładzie ubezpieczenia zdrowotnego. Następujące grupy osób mogą przejść do ubezpieczenia prywatnego: pracownicy najemni z rocznym dochodem brutto w wysokości co najmniej 60.750 euro wzgl. 5.062,50 euro miesięcznie (granica ubezpieczenia obowiązkowego), przedstawiciele wolnych zawodów, pracujący na własny rachunek i urzędnicy państwowi. Ustawowo ubezpieczeni mają też możliwość zawrzeć prywatne ubezpieczenie dodatkowe, pokrywające dodatkowe świadczenia poza zakresem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Informacje o świadczeniach z tytułu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego otrzymuje się od danej instytucji ubezpieczeniowej.

Poniższe informacje odnoszą się wyłącznie do ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ubezpieczeni otrzymują od swego ubezpieczyciela kartę ubezpieczeniową (chipową), z którą mogą korzystać z wszelkich świadczeń lekarskich. Pracownicy transgraniczni mogą korzystać ze świadczeń z niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego zarówno w Niemczech, jak i w Polsce czy w Czechach.

Zasiłek chorobowy

Jeżeli będąc pracownikiem rozchorowałeś się i otrzymałeś zwolnienie lekarskie, to z reguły na początku twój pracodawca dalej wypłaca ci wynagrodzenie (patrz informacje nt. prawa pracy). Następnie członkowie ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego mają w ramach leczenia prawo do zasiłku chorobowego, jeśli są niezdolni do pracy lub są na koszt kasy chorych stacjonarnie leczeni w szpitalach, placówkach profilaktycznych lub rehabilitacyjnych (sanatoriach). Zasiłek chorobowy wynosi 70 % wynagrodzenia brutto osiąganego przed chorobą i nie więcej niż 90 % wynagrodzenia netto. Zasiłek chorobowy wynosi w 2020 r. maksymalnie 109,38 euro za dzień kalendarzowy. Z zasiłku są opłacane składki na ubezpieczenie emerytalne i na wypadek bezrobocia. Niektórzy pracodawcy wypłacają dodatek do zasiłku chorobowego i wyrównują tym samym różnicę brakującą do pełnego wynagrodzenia netto. Spytaj swego pracodawcę, czy wypłaca taki dodatek. W razie niezdolności do pracy z powodu tej samej choroby wypłata zasiłku chorobowego jest ograniczona do co najwyżej 78 tygodni w okresie trzech lat. Po rozpoczęciu następnego okresu trzyletniego powstaje ponownie prawo do zasiłku chorobowego z powodu tej samej choroby, jeżeli w międzyczasie pracownik ubezpieczony przez co najmniej sześć miesięcy nie był niezdolny do pracy z powodu tej choroby oraz pracował zarobkowo lub pozostawał w dyspozycji pośrednictwa pracy.

Zasiłek chorobowy z tytułu opieki nad dzieckiem

Z kasy chorych otrzymasz zasiłek chorobowy z tytułu opieki nad dzieckiem, jeżeli pracujesz i nie otrzymujesz wynagrodzenia od swego pracodawcy, twoje dziecko jest ubezpieczone ustawowo, ma mniej niż dwanaście lat lub jest niepełnosprawne i zdane na pomoc, w gospodarstwie domowym nie ma nikogo, kto za Ciebie może opiekować się dzieckiem, tobie samemu jako pracownikowi przysługuje zasiłek chorobowy, a lekarz zaświadczy, że musisz nadzorować twoje chore dziecko, opiekować się nim lub je pielęgnować.

Twój pracodawca jest co do zasady zobowiązany zwolnić Cię z obowiązku świadczenia pracy i dalej wypłacać wynagrodzenie. W tym przypadku kasa chorych nie wypłaca zasiłku chorobowego z tytułu opieki nad dzieckiem. Jeżeli pracodawca nie płaci wynagrodzenia, na przykład, ponieważ układ zbiorowy

tak to przewiduje lub twoja umowa o pracę zawiera taką regulację, to otrzymasz ten zasiłek z kasy chorych. Jego wysokość odpowiada zasiłkowi chorobowym (patrz wyżej).

Na każde dziecko możesz otrzymać zasiłek chorobowy z tytułu opieki nad dzieckiem do dziesięciu dni roboczych na rok kalendarzowy. Przysługuje on zarówno matce jak też ojcu, jeżeli oboje pracują. Czyli na dziecko wychodzi w sumie maks. 20 dni roboczych. Samotnie wychowującym przysługuje do 20 dni roboczych na dziecko. Jeżeli masz więcej niż dwójkę dzieci, możesz ty lub drugi rodzic otrzymać ten zasiłek po maksymalnie 25 dni roboczych w roku kalendarzowym. W przypadku samotnie wychowujących z ponad dwójką dzieci jest to maksymalnie 50 dni roboczych. Tym samym łącznie zapewnionych jest maksymalnie 50 dni roboczych na rodzinę.

Swobodny wybór lekarza

Co do zasady ubezpieczeni mogą chodzić do każdego lekarza, do którego mają zaufanie. Uwaga: W razie wypadku przy pracy powinieneś przyjmującemu cię lekarzowi koniecznie powiedzieć, że chodzi o taki wypadek. Za wypadki przy pracy oraz tak zwane wypadki w drodze do/z pracy odpowiedzialna jest nie kasa chorych, lecz ubezpieczenie wypadkowe. Jeżeli miałeś wypadek przy pracy lub w drodze do/z pracy, to na początku powinieneś zostać przyjęty przez tak zwanego „Durchgangsarzt” (lekarza ubezpieczenia wypadkowego). Lekarz ten decyduje również, czy musisz być dalej przez niego leczony lub też czy możesz iść potem do innego lekarza. Patrz w tym zakresie na informacje dot. ubezpieczenia wypadkowego.

Dopłata do lekarstw

Ubezpieczeni w wieku poniżej 18 lat nie płacą za lekarstwa. Ubezpieczeni od 18 lat muszą płacić sami 10 % ceny lekarstwa, jednak nie mniej niż 5 euro i nie więcej niż 10 euro. Jeżeli lekarstwo kosztuje mniej niż 5 euro, to trzeba zapłacić tylko jego pełną faktyczną cenę. Nie jesteś zobowiązany do płacenia za lekarstwa (i inne świadczenia medyczne w ramach ustawowego ubezpieczenia, które są objęte dopłatami) więcej niż 2 % swego dochodu rocznego brutto. Dlatego warto zatrzymywać paragony i pokwitowania, aby móc je ewentualnie przedłożyć z końcem roku. W razie ciężkiej lub przewlekłej choroby ubezpieczony musi dokonywać dopłat tylko w granicach 1 % rocznego dochodu brutto. O tym, czy zachodzi przypadek ciężkiej choroby, rozstrzyga kasa chorych. Dowiedz się w swojej kasie chorych, jakie są kryteria w tym zakresie.

Opieka i terapia

Po złożeniu wniosku do kasy chorych lub na podstawie skierowania lekarskiego możesz domagać się następujących świadczeń, przy których sam musisz ponieść część kosztów (udział własny):

- Opieka szpitalna: do 28. dnia pobytu w szpitalu w ciągu roku udział własny osoby ubezpieczonej w wieku od 18. roku życia wynosi 10 euro za każdy dzień kalendarzowy, jednak nie więcej niż 280 euro w ciągu roku. Dzieci i młodzież w wieku poniżej 18 lat udziału własnego nie płacą. Ubezpieczony płaci kwotę stanowiącą udział własny bezpośrednio szpitalowi.
- Leczenie chorego i leki (poza szpitalem): Dorośli płacą 10 % kosztów oraz po 10 euro za skierowanie na usługi logopedów, trenerów gimnastyki rehabilitacyjnej, masażyści oraz ergoterapeutów. Dopłata jest tu – jak w przypadku lekarstw – ograniczona do 2 % lub 1 % rocznego dochodu brutto. Informacji o innych świadczeniach udzielają właściwe kasy chorych.

Profilaktyka medyczna i rehabilitacja

Kasa chorych pokrywa koszty, jeżeli nie pokrywa ich inna instytucja ubezpieczenia społecznego (np.

ubezpieczenie emerytalne). Tutaj również obowiązuje dopłata w wysokości 10 euro dziennie za cały okres. W przypadku rehabilitacji po pobycie w szpitalu dopłata wynosi 10 euro dziennie za maksymalnie 28 dni. Należy przy tym zliczyć dni spędzone w szpitalu i w placówce rehabilitacyjnej.

Środki pomocnicze

Środkami pomocniczymi są np. wkładki, pomoce w poruszaniu się, wózki inwalidzkie itp. W przypadku środków pomocniczych obowiązuje dopłata w wysokości 10 % ceny, którą przejmuje kasa chorych, co najmniej 5 euro i maksymalnie 10 euro za każdy środek pomocniczy.

Zwrot kosztów przejazdów

W przypadku niezbędnych z medycznego punktu widzenia kosztów przejazdów (przewóz z jednego szpitala do drugiego/przewóz ratunkowy) oraz dojazdów na leczenie ambulatoryjne (np. dializa) dopłata wynosi 10 % kosztów przejazdu, co najmniej 5 euro i maksymalnie 10 euro, jednak nie więcej, niż koszty danego przejazdu. Dopłaty te obowiązują również dla osób poniżej 18. roku życia.

Protetyka

Koszty protez są przez kasy chorych pokrywane tylko częściowo, w formie stałej dopłaty, stosownej do zdiagnozowanego stanu. Ubezpieczony otrzymuje pewną stałą kwotę, której wysokość jest zależna od rodzaju protezy. Ubezpieczony ma swobodę wyboru rodzaju protezy.

• Niemcy: Ubezpieczenie pielęgnacyjne

Pracownik w Niemczech musi uiszczać dodatkowo, oprócz składki na ubezpieczenie zdrowotne, także składkę na ubezpieczenie pielęgnacyjne. Aby w pełni korzystać ze świadczeń pielęgnacyjnych, trzeba w ostatnich dziesięciu latach przed złożeniem wniosku przez dwa lata wpłacać jako członek do kasy pielęgnacyjnej lub być ubezpieczonym członkiem rodziny. W razie korzystania ze świadczeń pielęgnacyjnych w Polsce lub w Czechach otrzymujesz świadczenia rzeczowe poprzez pomoc w wykonywaniu świadczeń (patrz ubezpieczenie zdrowotne). Pieniężne świadczenia pielęgnacyjne otrzymujesz w razie potrzeby od niemieckiego ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Odpowiednio do stopnia występującej jeszcze samodzielności, osoby wymagające pielęgnacji kwalifikowane są do jednego z pięciu stopni pielęgnacji. W zależności od stopnia pielęgnacji różna jest też wysokość świadczeń. Zakwalifikowanie odbywa się w oparciu o ekspertyzę Służby Medycznej Kas Chorych (MDK). Ubezpieczony ma możliwość złożenia odwołania od decyzji kasy pielęgnacyjnej.

Informacje w różnych językach na temat orzeczenia stopnia pielęgnacji znajdziesz tutaj: <https://www.mdk-sachsen.de/start.html>

Uwaga: Przyporządkowanie według stopnia samodzielności do pięciu stopni pielęgnacji obowiązuje od 01.01.2017. Do tego czasu obowiązywało przyporządkowanie do trzech grup pielęgnacyjnych według czasowego wymiaru potrzeby pomocy. Jeżeli przyznano już grupę pielęgnacyjną, to przejście do stopnia pielęgnacji następuje automatycznie. Nie musisz składać nowego wniosku.

Stopień samodzielności oceniany jest w oparciu o następujące obszary: mobilność, zdolności poznawcze i komunikatywne, sposób postępowania oraz kondycja psychiczna, samodzielność, pokonywanie trudności i radzenie sobie z wymaganiami oraz obciążeniami związanymi z chorobą i terapią, organizacja życia codziennego oraz kontakty społeczne.

Podczas klasyfikacji w zależności od ograniczenia przyznawane są punkty. Im wyższe ograniczenie, tym

wyższa ilość punktów i tym wyższy stopień pielęgnacji.

Stopień pielęgnacji 1:

Niewielkie upośledzenie samodzielności (12,5 do mniej niż 27 punktów)

Świadczenia wynoszą w 2020 r. miesięcznie: w przypadku opieki w pełni stacjonarnej 125 euro. W przypadku opieki domowej w tym stopniu pielęgnacji nie są przewidziane żadne rzeczowe świadczenia pielęgnacyjne ani zasiłek pielęgnacyjny.

Stopień pielęgnacji 2:

Istotne upośledzenie samodzielności (27 do mniej niż 47,5 punktów)

Świadczenia wynoszą w 2020 r. miesięcznie: w przypadku opieki w pełni stacjonarnej 770 euro; w przypadku opieki domowej na rzeczowe świadczenia pielęgnacyjne maksymalnie 689 euro lub zasiłek pielęgnacyjny 316 euro.

Stopień pielęgnacji 3:

Ciężkie upośledzenie samodzielności (47,5 do mniej niż 70 punktów)

Świadczenia wynoszą w 2020 r. miesięcznie: w przypadku opieki w pełni stacjonarnej 1.262 euro; w przypadku opieki domowej na rzeczowe świadczenia pielęgnacyjne maksymalnie 1.298 euro lub zasiłek pielęgnacyjny 545 euro.

Stopień pielęgnacji 4:

Najcięższe upośledzenie samodzielności (70 do mniej niż 90 punktów)

Świadczenia wynoszą w 2020 r. miesięcznie: w przypadku opieki w pełni stacjonarnej 1.775 euro; w przypadku opieki domowej na rzeczowe świadczenia pielęgnacyjne maksymalnie 1.612 euro lub zasiłek pielęgnacyjny 728 euro.

Stopień pielęgnacji 5:

Najcięższe upośledzenie samodzielności ze szczególnymi wymogami dot. opieki pielęgnacyjnej (90 do 100 punktów)

Świadczenia wynoszą w 2020 r. miesięcznie: w przypadku opieki w pełni stacjonarnej 2.005 euro; w przypadku opieki domowej na rzeczowe świadczenia pielęgnacyjne maksymalnie 1.995 euro lub zasiłek pielęgnacyjny 901 euro.

Dalsze informacje dotyczące innych pielęgnacyjnych świadczeń pieniężnych i rzeczowych oraz dotyczące łączenia świadczeń pielęgnacyjnych i zasiłku pielęgnacyjnego otrzymasz pod adresem www.bmg.bund.de