



Ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie chorobowe

Pracownicy są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym w kraju, w którym pracują. Jeżeli pracują jednocześnie w dwóch krajach, muszą ubezpieczyć się w kraju zamieszkania. Należy pamiętać, że między przedmiotowymi krajami istnieją różnice w zakresie rodzajów ubezpieczeń.

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 (zasilek chorobowy) i macierzyństwa (zasilek 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 E 106. 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 od co najmniej 44.550 € (granica ubezpieczenia obowiązkowego), przedstawiciele wolnych zawodów, pracujący na własny rachunek i urzędnicy.

Ustawowo ubezpieczeni mają też możliwość zawrzeć dodatkowe ubezpieczenie, 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 / niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego zarówno w Niemczech, jak i w Polsce.

Zasiłek chorobowy

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 przysługuje bez ograniczenia czasowego od chwili, kiedy upłynął okres prawa do dalszej wypłaty wynagrodzenia. Zasiłek chorobowy wynosi 70% wynagrodzenia brutto, osiąganego przed chorobą, i nie więcej niż 90% wynagrodzenia netto. Z zasiłku są opłacane składki na ubezpieczenie emerytalne i na wypadek bezrobocia. 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.



Swobodny wybór lekarza i opłaty za wizytę u lekarza

Ubezpieczeni mogą chodzić do każdego lekarza, do którego mają zaufanie. Ubezpieczeni ustawowo muszą w Niemczech uiścić przy pierwszej wizycie u lekarza w danym kwartale 10 € tytułem opłaty za wizytę u lekarza (dotyczy też szpitali i pogotowia ratunkowego). Opłatę za wizytę u lekarza ubezpieczeni uiszczają bezpośrednio u lekarza. Jeżeli odwiedzają lekarza więcej razy w kwartale, to opłata należy się tylko raz. Obowiązuje to również wtedy, kiedy ubezpieczony odwiedza różnych lekarzy, o ile ma od swego lekarza rodzinnego skierowanie do innego lekarza. Bez skierowania uiszcza się opłatę za każdą wizytę u lekarza oddzielnie. Przy zabiegach stomatologicznych opłata za wizytę u lekarza musi być uiszczana oddzielnie, nawet jeśli w danym kwartale została już uiszczona u lekarza rodzinnego. Przy wszystkich badaniach profilaktycznych i wczesnego rozpoznania u lekarzy rodzinnych, specjalistów i stomatologów nie ma obowiązku uiszczania opłaty za wizytę u lekarza. Nie ma go również, jeżeli ubezpieczony ma mniej niż 18 lat.

Dopłata do lekarstw

Ubezpieczeni w wieku poniżej 18 lat nie płacą za lekarstwa. Ubezpieczeni od 18 lat muszą płacić sami 10% ceny każdego lekarstwa, jednak nie mniej niż 5 € i nie więcej niż 10 €. Jeżeli lekarstwo kosztuje mniej niż 5 €, to trzeba zapłacić jego pełną faktyczną cenę.

Pielęgnacja i terapia

Po złożeniu wniosku do kasy chorych lub na podstawie orzeczenia lekarskiego ubezpieczeni mogą domagać się następujących świadczeń, przy których sami ponoszą część kosztów (udział własny):

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

Profilaktyka i rehabilitacja (kuracja)

Pojęcie „kuracja” nie jest już używane oficjalnie. Wcześniejsze „kuracje” są obecnie określane jako medyczne świadczenia profilaktyczne lub rehabilitacja. Kasa chorych pokrywa te koszty, jeżeli nie pokrywa ich inna instytucja ubezpieczenia



społecznego (np. ubezpieczenie emerytalne). Tu również obowiązują dopłaty omówione przy pielęgnacji chorych. Niektóre kasy chorych pokrywają również koszty „kuracji” za granicą.

Świadczenia związane z macierzyństwem

- badania profilaktyczne podczas ciąży i po porodzie.
- zasiłek macierzyński (patrz przepisy prawa pracy)
- zasiłek chorobowy (patrz powyżej)

Środki pomocnicze

Środkami pomocniczymi są np. aparaty słuchowe, buty ortopedyczne, wózki inwalidzkie itp., okulary lub szkła kontaktowe. Ich koszty podlegają zwrotowi dopiero w razie uznania ograniczenia zdolności do zarobkowania na poziomie co najmniej 50%. W wypadku środków pomocniczych również obowiązują dopłaty omówione przy pielęgnacji chorych.

Zwrot kosztów przejazdów

Niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty przejazdów są pokrywane przez kasy chorych bez dopłat (przewóz z jednego szpitala do drugiego/przewóz ratunkowy). O zwrot kosztów dojazdów w celu otrzymania ambulatoryjnej pomocy medycznej (np. dializy) ubezpieczeni mogą w indywidualnych przypadkach wystąpić do kasy chorych. Także w razie akceptacji muszą uiścić dopłatę.

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.

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 ubezpieczeni otrzymują świadczenia rzeczowe poprzez pomoc w wykonywaniu świadczeń (patrz ubezpieczenie zdrowotne). Pieniężne świadczenia pielęgnacyjne otrzymuje się w razie potrzeby od niemieckiego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Odpowiednio do zakresu potrzeby pomocy, osoby wymagające pielęgnacji kwalifikowane są do jednej z trzech grup pielęgnacyjnych. W zależności od grupy pielęgnacyjnej różna jest też wysokość świadczeń.



Grupa pielęgnacyjna I: Poważna potrzeba pielęgnacji

występuje, jeżeli osoby co najmniej jeden raz w ciągu dnia potrzebują pomocy przy co najmniej dwóch czynnościach z jednego lub kilku zakresów zasadniczej pielęgnacji (przy pielęgnacji ciała, wyżywieniu lub przemieszczaniu się). Dodatkowo kilkakrotnie w ciągu tygodnia musi być potrzebna pomoc w zaopatrzeniu gospodarstwa domowego. O wysokości świadczeń informują www.bmg.bund.de lub kasy chorych.

Grupa pielęgnacyjna II: Ciężka potrzeba pielęgnacji

występuje, jeżeli osoby co najmniej trzy razy w ciągu dnia w różnych porach potrzebują pomocy przy zasadniczej pielęgnacji (przy pielęgnacji ciała, wyżywieniu lub przemieszczaniu się). Dodatkowe informacje otrzymują Państwo w kasie chorych lub pod www.bmg.bund.de.

Grupa pielęgnacyjna III: Bardzo ciężka potrzeba pielęgnacji

występuje, jeżeli potrzeba pomocy jest tak duża, że wymaga jej stale, w dzień i w nocy. Dodatkowe informacje otrzymują Państwo w kasie chorych lub pod www.bmg.bund.de.

Tekst ten został wzięty dzięki uprzejmej autoryzacji partnerstwa transgranicznego EURES TriRegio z broszury *Informacje dla pracowników transgranicznych w Trójkącie Państw Polska, Niemcy i Czechy* (www.eures-triregio.eu)



Wykluczenie odpowiedzialności: Niniejsza broszura zawiera ogólne informacje służące orientacji. Autorzy nie przejmują odpowiedzialności za poprawność wszystkich zawartych danych, które nie mogą być podstawą roszczeń prawnych. Stan informacji: kwiecień 2010 r.



Ten tekst został zrealizowany przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej.

Tekst lub publikacja odzwierciedlają jedynie stanowisko ich autora i Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za umieszczoną w nich zawartość merytoryczną.