

NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE O UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH W AUSTRII DLA PRZEDSIĘBIORCÓW (stan na 2016 rok) – ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego dla osób prowadzących działalność gospodarczą, dzielą się na:

1. świadczenia rzeczowe – uprawniony jest w tym wypadku ten, kogo dochody roczne, w trzecim roku prowadzenia działalności, podlegające składkom ubezpieczeniowym nie przekroczyły 68.040€ (wartość na 2016); osoby uprawnione do świadczeń rzeczowych okazują u lekarzy związanych umowami z ubezpieczycielem swoją kartę elektroniczną (E-Card) i korzystają ze świadczeń lekarskich na rachunek ubezpieczyciela, pokrywają jednak później samodzielnie część kosztów opieki medycznej, jako „udział własny”, który wynosi zasadniczo 20%;
2. świadczenia pieniężne – uprawniony jest ten, kogo dochody roczne przekroczyły wartość 68.040€; uprawnieni do świadczeń pieniężnych są traktowani jak pacjenci prywatni i sami opłacają honorarium lekarza, następnie otrzymują zwrot wydatków od ubezpieczyciela, zgodnie z obowiązującą taryfą; średnia wartość zwrotu kosztów wynosi 60%.

W ciągu pierwszych trzech lat ubezpieczenia zdrowotnego, wszyscy podlegają **świadczeniom rzeczowym**, dopiero po trzecim roku o świadczeniach decyduje wysokość dochodu.

Osoba ubezpieczona **może dostosować ochronę ubezpieczeniową** indywidualnie do swoich potrzeb. Jest to tzw. „opcja”. Osoby uprawnione do świadczeń rzeczowych mogą zatem:

- pozostać przy świadczeniach rzeczowych;
- wybrać opcję pełnego uprawnienia do świadczeń pieniężnych; opcja taka kosztuje 99,84€ miesięcznie (2016);
- wybrać opcję częściowego uprawnienia do świadczeń pieniężnych („świadczenia pieniężne w klasie specjalnej szpitala”); opcja taka kosztuje 79,89€ miesięcznie i upoważnia wyłącznie do uzyskania świadczeń pieniężnych w odniesieniu do „specjalnej klasy szpitala”.

Osoby uprawnione do świadczeń pieniężnych mogą:

- pozostać przy pełnym uprawnieniu do świadczeń pieniężnych;
- wybrać opcję częściowego uprawnienia do świadczeń pieniężnych; ta opcja jest bezpłatna i upoważnia do zwiększonego zwrotu kosztów w przypadku „specjalnej klasy szpitala”

Opcja **rozpoczyna się** zasadniczo pierwszego dnia miesiąca po złożeniu wniosku. Opcja może zostać uaktywniona także wraz z rozpoczęciem obowiązkowego ubezpieczenia.

Opcja **kończy się** wraz z końcem obowiązkowego ubezpieczenia. Można ją zakończyć także przez rezygnację. Rezygnację można złożyć najwcześniej na koniec roku kalendarzowego następującego po roku, w którym rozpoczęła się opcja. Później rezygnacja jest możliwa zawsze tylko na koniec roku kalendarzowego.

Dodatkowe ubezpieczenie prywatne

Opcje mogą być interesujące dla osób, które są uprawnione do świadczeń rzeczowych i zawarły dodatkowe prywatne ubezpieczenie szpitalne. W takim przypadku uprawnienie do świadczeń pieniężnych w zakresie klasy specjalnej w szpitalach może spowodować zmniejszenie składki ubezpieczenia prywatnego.

Przy świadczeniach rzeczowych, możliwe jest **zwolnienie z udziału własnego** w następujących przypadkach:

- konieczność opieki socjalnej (niski dochód rodziny),
- trwająca chemioterapia lub naświetlania,
- dializowanie,
- po transplantacji organu,
- przy stopniu niepełnosprawności co najmniej 50%,
- ciężki stopień inwalidztwa,
- dzieci włączone bezskładkowo w ubezpieczenie są zasadniczo zwolnione z udziału własnego.

Dodatkowo: w przypadku spełnienia wymogu szczególnej ochrony socjalnej przysługuje prawo do zwolnienia z opłaty za receptę.

Różnice w traktowaniu przy świadczeniach rzeczowych i pieniężnych:

Pomoc lekarska:

- świadczenia rzeczowe - osoby uprawnione do świadczeń rzeczowych okazują u lekarzy związanych umowami z ubezpieczycielem swoją kartę elektroniczną (E-Card) i korzystają ze świadczeń lekarskich na rachunek ubezpieczyciela, pokrywają jednak później samodzielnie część kosztów opieki medycznej, jako "udział własny", który wynosi zasadniczo 20%;
- świadczenia pieniężne - uprawnieni do świadczeń pieniężnych są traktowani jak pacjenci prywatni i sami opłacają honorarium lekarza, następnie otrzymują zwrot wydatków od ubezpieczyciela, zgodnie z obowiązującą taryfą; średnia wartość zwrotu kosztów wynosi 60%.

Lekarstwa:

- świadczenia rzeczowe - jeśli lekarstwa zostały zapisane na receptie z kasy, ubezpieczony otrzymuje lekarstwa w aptece za ryczałtową opłatą 5,70 euro;
- świadczenia pieniężne - za lekarstwa zapisane na receptie prywatnej ubezpieczony sam płaci w aptece i otrzymuje później zwrot w wysokości 80% kwoty lekarstwa po potrąceniu opłaty ryczałtowej za receptę; istnieje możliwość, aby również recepty prywatne rozliczać w aptekach bezpośrednio, w tym celu należy jednak podać dane personalne i wypełnić wytyczne zasad ekonomicznego wypisywania leków.

Środki rehabilitacyjne:

Nie ma różnicy między świadczeniem rzeczowym a pieniężnym.

Wszystkie osoby ubezpieczone w ramach Ustawy o ubezpieczeniu społecznym dla osób prowadzących działalność gospodarczą, mają prawo do środków rehabilitacyjnych i pomocniczych, takich, jak np. wkładki ortopedyczne lub pończochy uciskowe. Można je kupować jako świadczenie rzeczowe w punktach partnerskich Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Za środki rehabilitacyjne i pomocnicze udział własny wynosi 20%, min. 32,40 euro, a w przypadku okularów i soczewek kontaktowych – min. 97,20 euro.

Dzieci do 15 roku życia są zwolnione z udziału własnego.

Opieka szpitalna:

Klasa ogólna – nie ma różnicy między świadczeniem rzeczowym a pieniężnym. W celu uzyskania opieki szpitala kontraktowego w ogólnej klasie opłat należy jedynie opłacić dzienną składkę kosztów pobytu szpitala, która wynosi w zależności od szpitala 10-20 euro/dzień i jest opłacana przez maks. 4 tygodnie.

Klasa specjalna:

- świadczenia rzeczowe – za leczenie w szpitalu niezwiązanym umową z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, pacjent otrzymuje zwrot kosztów w wysokości 215,86 euro/dzień; odpowiada to dopłacie do kosztów opieki; nie zwraca się dodatkowych kosztów klasy specjalnej;
- świadczenia pieniężne – osoby uprawnione do świadczeń pieniężnych, które zdecydowały się na skorzystanie z klasy specjalnej, otrzymują:
 - ✓ zwrot kosztów opłaty za szpital
 - ✓ ryczałtowy zwrot dodatkowych opłat
 - ✓ ewentualnie zwrot kosztów operacji.

Osobom uprawnionym do świadczeń pieniężnych zwraca się maksymalnie 80% kosztów pobytu w szpitalu. Rzeczywista kwota najczęściej jest niższa. W celu pokrycia pozostałych kosztów zaleca się zawarcie dodatkowego prywatnego ubezpieczenia szpitalnego.

Świadczenia związane z macierzyństwem:

Nie ma różnicy między świadczeniem rzeczowym a pieniężnym.

Badania w ramach karty ciąży oraz pomoc położnych i dyplomowanych pielęgniarek dziecięcych i niemowlęcych są bezpłatne dla wszystkich ubezpieczonych.

Dodatkowe ubezpieczenie

Dobrowolne ubezpieczenie dodatkowe oferuje w zamian za wyższe składki możliwość otrzymania **zasiłku chorobowego** (w przypadku niezdolności do pracy z powodu choroby).

Dodatkowe ubezpieczenie można zawrzeć w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych poprzez złożenie wniosku. Składki ulegają zwiększeniu miesięcznie o 2,5% tymczasowej podstawy wymiaru składki, przy czym minimalna składka przewidziana jest w wysokości 30,05 euro (wartość w 2016 r.). Wysokość świadczenia zależy od podstawy składek.

Prawo do świadczeń z dodatkowego ubezpieczenia nabywa się po sześciomiesięcznym okresie ubezpieczenia.

Niezdolność do pracy należy zgłosić w ciągu 7 dni w jednym z oddziałów krajowych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie. Co 14 dni należy udokumentować, że niezdolność do pracy nadal występuje.

Zasiłek chorobowy wynosi dziennie minimalnie 29,23 euro (w 2016 r.). Od tymczasowej podstawy wymiaru składki w wysokości ok. 1505 euro miesięcznie (2016 r.) dzienny zasiłek chorobowy wyniesie 60% dziennej podstawy wymiaru składki.

Dzienna podstawa wymiaru składki = miesięczna podstawa wymiaru składki /30

Świadczenie można pobierać od 4-tego dnia niezdolności do pracy, przez maksymalnie 26 tygodni.

Zapomoga w przypadku długotrwałej choroby

Osoby prowadzące działalność gospodarczą, mają prawo po spełnieniu określonych wymogów, do zapomogi w przypadku długotrwałej choroby.

Ubiegający się o zapomogę musi spełniać następujące warunki:

- jest niezdolny do pracy na skutek długotrwałej choroby lub wypadku,
- jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z Ustawą o ubezpieczeniu społecznym dla osób prowadzących działalność gospodarczą,
- utrzymanie przedsiębiorstwa zależy od świadczonej przez niego osobiście pracy,
- zatrudnia regularnie mniej niż 25 pracowników (również w niepełnym wymiarze etatu).

Prawo do zapomogi przysługuje od 43 dnia niezdolności do pracy, stwierdzonej przez lekarza. Prawo to obowiązuje w okresie niezdolności do pracy w przypadku jednej i tej samej choroby maksymalnie przez 20 tygodni. Ponowne prawo do zapomogi przysługuje dopiero po upływie kolejnych 26 tygodni, w których to ubiegający się był objęty ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z Ustawą.

Świadczenie wynosi dziennie 29,23 euro i jest niezależne od wysokości dochodów. Zapomoga podlega opodatkowaniu jako przychód operacyjny przedsiębiorstwa.

Osoby, które zdecydowały się na dodatkowe ubezpieczenie (na wypadek niezdolności do pracy z powodu choroby), mogą pobierać oba świadczenia: zasiłek chorobowy i zapomogę.

Wniosek o zapomogę, wraz z potwierdzeniem niezdolności do pracy od lekarza, należy złożyć w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.