

SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD EN ALEMANIA

El Seguro de Enfermedad en Alemania existe desde el año 1883. Este seguro está recopilado en el Sozialgesetzbuch V (SGB).

Están asegurados obligatoriamente en el Seguro de Enfermedad los trabajadores por cuenta ajena, los empleados, los aprendices, los perceptores de prestaciones por desempleo y los pensionistas (Art. 5 SGB V).

También están asegurados los cónyuges y los hijos, que no tengan seguro propio y carezcan de ingresos superiores a 340 € al mes. Los hijastros, los hijos tutelados y los nietos acogidos en el hogar están igualmente asegurados.

Los hijos tienen derecho al seguro hasta los 18 años de edad. Si no trabajan y se encuentran inscritos en la Oficina de Empleo (Arbeitsamt), como demandantes de un puesto de aprendizaje o un empleo, tienen derecho a asistencia sanitaria hasta los 23 años. Si estudian, hasta los 25 años más el tiempo que duró el servicio militar o servicio sustitutorio, si es que, por ese motivo, se interrumpieron los estudios o el aprendizaje. No existe límite de edad para los hijos que, debido a una enfermedad física o psíquica, no sean capaces de mantenerse económicamente por sí mismos, si la incapacidad les sobrevino durante el seguro como miembros de familia (Art. 10 SGB V), los estudiantes tienen seguro propio si trabajan más de 20 horas a la semana, si no, sólo están asegurados en el Seguro de Pensiones, si ganan más de 325 € al mes.

Hay que tener en cuenta que, tanto los empleados, como los trabajadores, que tengan unos ingresos en bruto superiores al importe, que para el **año 2003 es de 3.825 €** al mes, no pertenecen al seguro obligatorio de enfermedad y pueden optar por pertenecer voluntariamente a la misma Caja de Enfermedad oficial en la que estaban asegurados o suscribir una póliza con un seguro privado. El tope para el año 2002 era de 3.375 € al mes y las personas con ingresos superiores a esta cantidad estaban aseguradas. Estas últimas podrán continuar con el seguro privado, voluntariamente en el seguro público o privadamente en una compañía de Seguros. Estos últimos podrán continuar, como hasta ahora, si sus ingresos mensuales, año 2003, son superiores a 3.450 €. A ellos no se les aplica el nuevo tope de 3.825 € mensuales. Es aconsejable permanecer asegurados voluntariamente en la Caja de Enfermedad oficial, aunque las cuotas sean más elevadas que la de los seguros privados, pues, una vez fuera de la caja oficial no se puede volver más a ella, aunque se desee, y las cajas privadas, según aumenta la edad del asegurado, aumentan las cuotas. Muchos pensionistas que un día abandonaron la Caja de Enfermedad oficial han lamentado esta decisión al no poder volver a la citada caja oficial, cuando más lo necesitaban. Si el trabajador o empleado vuelve a tener unos ingresos inferiores al tope arriba indicado, tienen de nuevo derecho al seguro obligatorio.

En el seguro voluntario el empresario abona también la mitad de las cuotas.

Pueden acogerse al seguro voluntario las personas a las que se les haya agotado el seguro obligatorio y hayan estado anteriormente aseguradas obligatoriamente o bien 12 meses inmediatamente antes de agotarse el seguro obligatorio ó 24 meses en los últimos 5 años. El plazo para solicitar el seguro voluntario caduca 3 meses después de finalizar el seguro

obligatorio. Este plazo es muy importante tenerlo en cuenta por los estudiantes, que cumplen los 25 años de edad y dejan de tener derecho al seguro obligatorio con sus padres.

AFILIACIÓN

La afiliación en el Seguro de Enfermedad obligatorio se inicia con el primer día de la relación laboral y consecuentemente termina el día en que se rescinde la citada relación laboral (Art. 186 y 190 SGB V).

En el caso de los pensionistas se tiene derecho al seguro, reunidos ciertos requisitos, desde la fecha en que se solicita la pensión (Art. 189 SGB V).

Importante: Mientras dura la relación laboral se sigue asegurado obligatoriamente, aunque no se perciba sueldo, por ejemplo, durante las vacaciones no pagadas, hasta un máximo de cuatro semanas. Esto es importante tenerlo en cuenta a la hora de solicitar vacaciones no pagadas, pues, hay que saber que si éstas superan las cuatro semanas se interrumpe el seguro de enfermedad (Art.192 SGB V).

En caso de huelga laboral o cierre patronal no se interrumpe la afiliación en el seguro durante todo el tiempo que dura la lucha laboral, aunque ésta supere las cuatro semanas (Art. 192 SGB V).

EXTINCIÓN DE LAS PRESTACIONES

El derecho a las prestaciones y al seguro de enfermedad se extingue con la terminación de la afiliación, sin embargo, cuando finaliza la afiliación en el seguro obligatorio de enfermedad, se sigue teniendo derecho a asistencia sanitaria e incluso al subsidio por enfermedad durante cuatro semanas después de haber terminado la afiliación obligatoria, si no se ha adquirido un nuevo derecho al seguro por haber iniciado, por ejemplo, una nueva relación laboral o por tener derecho a prestaciones por desempleo (Art. 19 SGB V).

Los familiares del asegurado fallecido permanecen también cuatro semanas con derecho a seguro después del fallecimiento del familiar.

No hay que olvidar que, aunque durante cuatro semanas se sigue teniendo derecho al seguro de enfermedad sin pagar cuotas, no ocurre lo mismo con el Seguro de Asistencia (Pflegeversicherung).

En éste último habrá que abonar voluntariamente las cuotas, pues, de lo contrario quedaría la afiliación interrumpida.

CUOTAS

Las cuotas para el Seguro de Enfermedad son abonadas a partes iguales por el trabajador y por el empresario. El tipo de cotización no es uniforme, sino que depende de la Caja de Enfermedad. Por lo regular se viene pagando entre el 13,5 y el 14,9 % del salario bruto. La cotización media al Seguro de Enfermedad está a primeros del año 2003 en el 14,5 %.

Existe un tope máximo de base de cotización, que en el año 2003 asciende a 41.400 € al año, es decir, 3.450 € al mes.

No abonan cuotas al Seguro de Enfermedad los perceptores de subsidio por enfermedad, subsidio por maternidad o por educación de los hijos (Art. 224 SGB V) ni los que perciben prestaciones por desempleo (Arbeitslosengeld o Arbeitslosenhilfe). En este último caso las cuotas son abonadas íntegramente por la Oficina de Empleo (Arbeitsamt).

No están obligatoriamente aseguradas, y por lo tanto no abonan cuotas, las personas que trabajan menos de 15 horas a la semana o perciben menos de 325 € al mes (400 € a partir del 1.4.2003 y desaparece el requisito de las 15 horas). En estos casos la empresa paga una cantidad global del 11 % para el Seguro de Enfermedad, desde el 1.4.03, que no da derecho, sin embargo, a la asistencia sanitaria.

COTIZACIONES EXCLUSIVAS A CARGO DE LA EMPRESA

Las cuotas a los Seguros de Enfermedad, de Pensiones, y Desempleo se abonan, a partes iguales, por la empresa y por el trabajador. Sin embargo, si el salario mensual bruto no supera la cantidad de **400 €** como puede ocurrir con los aprendices, está la empresa obligada a pagar el importe total de las cotizaciones.

EMPLEO REDUCIDO

Al trabajar por cuenta ajena se produce automáticamente la afiliación a la Seguridad Social y con ello la obligación de cotizar y el derecho a las prestaciones.

No existe, sin embargo, afiliación obligatoria a los Seguros de Enfermedad cuando se trata de un empleo reducido.

Este empleo reducido se da cuando se ganan **400 €** o menos al mes.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que cuando se trabaja en varios lugares y cada uno de por sí es un empleo reducido, éstos deben sumarse y si sumados los importes, éstos son superiores a 400 € al mes, se está afiliado en cada uno de los empleos en la Seguridad Social.

El empleador paga un global del 25 %; 12 % está destinado para el Seguro de Pensiones, 11 % para el Seguro de Enfermedad y el 2 % en concepto de impuestos. El trabajador o trabajadora no está obligado a pagar ni impuestos, ni cuotas para la Seguridad Social. Las personas interesadas que deseen, sin embargo, adquirir o no perder los derechos del Seguro de Pensiones, deben abonar el 7,5 % del salario al Seguro de Pensiones.

Cuando este mini-empleo se realice por tareas domésticas en domicilios privados, el global que pagará el empleador será el 12 % del mini-salario; 5 % para el Seguro de

Enfermedad, 5 % para el Seguro de Pensiones y el 2 % en concepto de impuestos.

Igual que se ha indicado anteriormente, las personas que deseen mantener los derechos del Seguro de Pensiones, voluntariamente, deben abonar el 14,5 %.

Hay que tener muy en cuenta que la nueva normativa se aplicará en su totalidad para los mini-empleos que coincidan paralelamente con un empleo normal asegurado. Son los llamados "Nebenjobs".

Las personas que tengan unos ingresos mensuales entre 401 € y 800 € pagarán unas cuotas reducidas a la Seguridad Social que oscilarán entre el 4 % y el 21 % progresivamente. Los empresarios pagarán las cuotas completas que correspondan.

Los impuestos sobre el salario por parte del trabajador serán los que correspondan, conforme al grupo impositivo, sin reducción.

ASISTENCIA SANITARIA

La asistencia sanitaria en caso de enfermedad abarca lo siguiente:

- a.-Asistencia sanitaria o médica
- b.-Derecho a hospitalización y
- c.-Subsidio por enfermedad en caso de incapacidad laboral

TRATAMIENTO MÉDICO

La asistencia médica habrá de ser suficiente y apropiada; pero sólo en la medida en que esta asistencia sea necesaria (Art. 12 SGB V).

La Ley no define qué se entiende por enfermedad. La han definido los Tribunales, que han dicho que la enfermedad es un estado anormal físico o psíquico que requiere tratamiento médico y que puede producir, al mismo tiempo, incapacidad laboral.

Se ha dicho que la asistencia sanitaria debe ser suficiente y apropiada, por ejemplo: Si hubiese garantía de que un determinado cirujano realizara una operación de transplante de corazón con suficientes probalidades de éxito, la Caja de enfermedad tendría que costearle la operación y demás gastos al asegurado, que necesitase de esa operación para curarse.

En lo que se refiere a la elección del médico no existe restricciones. El asegurado puede elegir el médico que más le guste.

TARJETA DE SEGURO - VERSICHERTENKARTE (Art. 291 SGB V)

A fin de que el asegurado no tenga que abonar dinero alguno, la Caja de Enfermedad proveerá de una Tarjeta llamada "Krankenversichertenkarte", que habrá de presentar al médico cada vez que inicie un tratamiento médico. Desaparece el "Krankenschein" y la obligación de tener que presentar éste cada trimestre. (Art. 15 y 291).

Tanto el asegurado como cada uno de sus familiares recibe de su Caja de Enfermedad una tarjeta con su nombre, número de asegurado y fecha de validez. Cada vez que se visite al médico o dentista debe presentarse a los mismos la mencionada tarjeta. En caso de extravío de la tarjeta, debe comunicarse, lo antes posible, a la Caja de Enfermedad. Todavía seguirán existiendo los "volantes" ("Überweisung") para los especialistas y el volante internacional (E-111). La tarjeta tiene cada interesado que firmarla; en caso de hijos/as menores de 15 años la tarjeta la firmará uno de los padres.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Las cajas de enfermedad dan gran importancia al tratamiento preventivo, pues, la medicina preventiva es mucho más económica que la medicina asistencial y preserva de los peligros que ponen en riesgo la salud de las personas.

Los asegurados mayores de 35 años pueden cada dos años dejarse hacer chequeos generales para la prevención de enfermedades cardíacas, de riñones, de diabetes y del riesgo sanguíneo. Las cajas de enfermedad asumen el 100 % de los gastos (Art. 25 SGB V).

Los asegurados mayores de 45 años y las aseguradas mayores de 20 años tendrán derecho a un reconocimiento anual como medida preventiva contra las enfermedades cancerosas.

Los niños recibirán tratamiento preventivo hasta que cumplan los 6 años de edad (Art. 26 SGB V). Según las nuevas reformas habrá un último reconocimiento antes de la pubertad, es decir, después de cumplidos los 10 años de edad.

CASOS DE RIGOR EXCESIVO -Härtefälle- (Art. 61, 62 SGB V)

En números sucesivos veremos que los asegurados tienen que contribuir con sus propias aportaciones, cuando desean recibir ciertas prestaciones del Seguro de Enfermedad.

En los casos que estas aportaciones le supongan al asegurado un rigor excesivo, puede ser librado totalmente o en parte de tener que abonar esa aportación.

Existen dos cláusulas:

A.-Cláusula Social, que libera totalmente a los asegurados de pagar las aportaciones, que normalmente están obligados a pagar los que reciben prestaciones, a excepción de los gastos por estancia en el hospital, que deben ser abonados por todos los asegurados independientemente de sus ingresos.

Están dentro de esta cláusula social automáticamente sin necesidad de examinar sus ingresos los perceptores de:

- Ayuda Social (Sozialhilfe)
- Ayuda por Desempleo (Arbeitslosenhilfe)
- Becas por estudios (BAföG)

También se les aplica esta cláusula social a las personas con ingresos reducidos. El tope, cuando se trata de una persona sola, es para el año 2003: **952 € en bruto al mes.**

Domicilio compuesto por dos personas: **1.309.-€**
" " " tres " " : **1.547.-€**

por cada persona más **238 €**

B.- Cláusula por rigor excesivo, que libera en parte a los asegurados de pagar las aportaciones propias. Esta cláusula libera sólo en parte, porque el asegurado tiene que hacerse cargo hasta una cierta cantidad de los gastos.

Los asegurados están libres de pagar los gastos que superen el 2 % de sus ingresos.

Los enfermos crónicos, después de 1 año de tratamiento continuo en el que hayan estado pagando el 1 %, quedarán libres de abonar las aportaciones propias (copago). No estarán libres, sin embargo, sus familiares, aunque estén asegurados con él.

El cálculo para obtener el importe del 2 % o el 1 % (enfermos crónicos) a partir del cual se está libre de la aportación propia se hace de la siguiente manera:

Ingresos familiares anuales:	30.000 €
Cantidades libres por el primer familiar:	4.284 €
" " " " cada miembro más:	2.856 €
Al tratarse, por ejemplo, de matrimonio con un hijo: <u>Libres</u>	7.140 €

El resto sería de **22.860 €** El 2 % supondría un importe de **457,80 €** Si se trata de un enfermo crónico el 1 % sería **228,60 €** Esto significa que el asegurado tendría que pagar al año

229,65 € en concepto de medicinas, gastos de viajes al hospital, etc.. Los gastos que superasen esos **228,60 €** serían asumidos por la Caja de Enfermedad. No se incluyen, a la hora de calcular los gastos tenidos, los gastos del dentista, ni los gastos por estancia en el hospital.

PAGOS POR MEDICAMENTOS

A partir del 1.1.2002 los importes que deben pagar los asegurados al adquirir los medicamentos en la farmacia son los siguientes:

Por el envase pequeño. Tamaño N°. 1 hay que abonar	4,00 €
Por el envase mediano. Tamaño N°. 2 " " "	4,50 €
Por el envase grande. Tamaño N°. 3 " " "	5,00 €

Aquí también se tiene en cuenta la cláusula de rigor excesivo.

Los menores de 18 años no pagan nada.

El certificado de exención se solicita en la correspondiente Caja de Enfermedad.

HOSPITALIZACIÓN

El asegurado y los familiares incluidos en su seguro de enfermedad tienen derecho, sin límite de tiempo, a asistencia hospitalaria, siempre que la gravedad de la enfermedad así lo requiera y no sea posible la curación a través de un tratamiento ambulante, incluida la asistencia médica domiciliaria.

Por la estancia en el hospital se abonan 9 € diarios por un máximo de 14 días al año. Aquí no se aplica la cláusula de rigor excesivo. Los menores de 18 años, sin embargo, no pagan nada.

MEDICAMENTOS Y VENDAJES (Art. 31 SGB V)

En principio se puede afirmar que las medicinas y vendajes que sean recetadas por un médico serán abonados por el seguro de enfermedad; pero hay que tener en cuenta lo siguiente:

A- Importes fijos (Festbeträge - Art. 35 SGB V)

Los médicos y las cajas de enfermedad han establecido tres grupos de medicamentos que caen bajo el concepto de "Importes fijos". Se consideran medicamentos con importes fijos aquellos que:

- 1.-Tienen sustancias que producen el mismo efecto
- 2.-Que producen un efecto semejante o parecido
- 3.-Preparados con efectos semejantes o parecidos

A esta clase de medicamentos se les asigna un importe fijo y las cajas de enfermedad sólo se hacen cargo, después de descontar la aportación propia del asegurado, de la cantidad hasta ese importe o tope fijo. La cantidad que sobrepase ese importe fijo tiene que abonarla el propio asegurado de su propio peculio. Esta cantidad no la asume el Seguro de Enfermedad, aunque el asegurado no disponga de ingresos. No se aplica la Härtefallregelung, ni tampoco están libre los menores de 18 años.

Cuando se trate de esta clase de medicamentos, el médico debe informar debidamente al paciente, advirtiéndole de que debe pagar privadamente parte del medicamento.

B.-Medicamentos que no están incluidos en los denominados "Importes fijos".

Se trata de medicamentos:

- Que están patentados
- Que producen efectos nuevos y que
- producen una mejoría, aunque, al mismo tiempo, produzcan efectos secundarios de escasa consideración.

Los gastos por esta clase de medicamentos, exceptuando las aportaciones propias de los asegurados, son asumidos íntegramente por el Seguro de Enfermedad. Aquí se tiene en cuenta la Härtefallregelung y los menores de 18 años no tienen que pagar nada.

C.-Medicamentos "bagatela".

Se consideran medicamentos "bagatela", los que no son asumidos por el seguro de enfermedad, aquellos que se emplean para curar resfriados, estreñimiento, etc..

Sólo son asumidos por el seguro si esas enfermedades son consecuencia de otra enfermedad más grave, por ejemplo si la persona es parapléjica, etc..

D.-Lista Negativa -Negativliste-

Existe un número de medicamentos que son caros y no está probada su eficacia y no están compuestos por sustancias que tengan efectos medicinales. Estos medicamentos se encuentran en la llamada lista negativa y no son asumidos sus gastos por el Seguro de Enfermedad.

E.-Lista Positiva -Positivliste-

El Gobierno actual aprobará una lista positiva que contenga los medicamentos que están reconocidos como eficaces y que el Seguro de Enfermedad sólo se haga cargo de los gastos de los medicamentos que estén incluidos en esa lista.

ESTANCIAS EN BALNEARIOS Y SANATORIOS- REHABILITACIÓN (KUR)

La concesión de una estancia en una Kur es una prestación facultativa (Kannleistung) de las cajas de enfermedad. Esta prestación no debe confundirse con las Kur del Seguro de Pensiones.

Cuando sea necesario, desde el punto de vista médico, la estancia en un balneario o sanatorio de rehabilitación, abonará la Caja los gastos de estancia, manutención, etc..

El asegurado mayor de 18 años pagará 9 € diarios por cada día de Kur. La duración será de 3 semanas y no se concederán nuevas Kuren, si no han transcurrido cuatro años desde la última.

Excepción: Cuando se conceda la Kur como continuación de un tratamiento hospitalario o se trate de una Kur para las madres con sus hijos se abonará solamente 9 € diarios, por un máximo de 14 días, menos lo que se haya pagado por el hospital en ese mismo año de calendario.

DENTISTA

Se intenta invertir el sistema de prioridades, consiguiendo que no superen los gastos en prótesis o dentaduras postizas a los gastos por tratamiento preventivo dental. A través de un cuidado de la dentadura propia y de evitar daños en la misma se intenta mantener sanos dientes y muelas, para no hacer necesario el uso de dentaduras postizas.

La prevención se debe iniciar en guarderías infantiles y escuelas con los niños menores de 12 años. Los niños y jóvenes entre 6 y 19 años deben hacer uso de las medidas preventivas cada 6 meses. También para evitar las caries. Los gastos de todas estas medidas preventivas son asumidos en un 100 % por las cajas de enfermedad (Art. 21 y 22 SGB V).

TRATAMIENTO DE MANDÍBULAS Y ORTODONCIAS PARA NIÑOS (Art. 29 SGB V)

En los tratamientos mandibulares para niños y jóvenes resarcen las cajas de enfermedad el 80 % de los gastos, siempre que los defectos mandibulares o dentales dificulten considerablemente el masticar, al hablar o la respiración. A partir del 1.1.02 se trata de un asunto de milímetros. Si, p.e., los dientes están torcidos menos de 3 mm o la mandíbula superior está superpuesta sobre la inferior menos de 6 mm no se hará cargo de los gastos de ortodoncia la Caja de Enfermedad.

Una vez concluido el tratamiento completo, que estuviese autorizado, devuelve la Caja de Enfermedad el resto del 20 %, que antes había adelantado el asegurado. Ese 20 % se reduce al 10 % para el segundo y demás hijos, si se encuentran al mismo tiempo en tratamiento.

Cuando el tratamiento se inicie en personas mayores de 18 años, el Seguro de Enfermedad no asumirá los gastos a excepción de anomalías graves de mandíbula (Art. 29 SGB V).

PROTECCIÓN DENTAL -Nuevas medidas

Se trata de que se le dé más importancia a la prevención que a curar. Con una buena prevención y con medidas profilácticas se pueden evitar que el día de mañana se tenga que recurrir a una dentadura postiza. Además en la confianza que tienen en la actualidad los asegurados de que si necesitan una dentadura postiza, recibirán una subvención, hace que se descuiden las medidas de prevención. Las cajas de enfermedad, en lo que se refiere a dentaduras postizas y prótesis dentales, se harán cargo de parte de los gastos. La subvención asciende al 50% de los gastos. Además de ese 50% existe una bonificación del 10% para los asegurados que ininterrumpidamente hayan hecho uso de los servicios del dentista (tratamiento preventivo) en los últimos 5 años. Después de 10 años ininterrumpidos de tratamiento preventivo la bonificación será del 15%. En este último caso la Caja de Enfermedad se haría cargo de un total del 65% de los gastos. El asegurado pagaría el 35%.

Muy importante: Aquí también se tendrá en cuenta una cláusula movible de rigor excesivo, llamada "gleitende Härtefallregelung", que es distinta de la que se aplica en el pago de las medicinas.

Ejemplo:

Gastos de dentista:	1.000 €
La Caja asume, por ejemplo, el 60%:	600 €
La parte del asegurado:	400 €
Ingresos de la familia al mes en bruto:	1.600 €
Tope general de rigor excesivo (matrimonio + 1 hijo):	1.547 €
Diferencia: 53 € . El asegurado puede soportar el triple: 53 €x 3= 159 €	

De la parte que normalmente debía pagar el asegurado (400 €), sólo pagará el importe que puede soportar (**159 €**). El resto de **241 €** lo pagaría la Caja de Enfermedad. En total, de los 1.000 € de gastos de dentista, la Caja pagaría **841 €** (600 € - 241 €).

GASTOS DE VIAJE

Para los viajes de ida y vuelta por tratamiento estacionario en una clínica u hospital pagará el asegurado hasta 13 € por viaje y las cajas de enfermedad lo que supere a esos 13 €.

Para los viajes de socorro o salvamento pagará el asegurado 13 € por viaje y la Caja de Enfermedad el resto.

Cuando las circunstancias médicas en que se encuentre el paciente hagan necesario el uso de una ambulancia, aunque se trate de un viaje para un tratamiento ambulante, el asegurado abonará 13 € por viaje y el resto lo asumirá la Caja de Enfermedad.

Los viajes normales al médico, tratamiento ambulante en el hospital sin ser necesario ambulancia, serán abonados en su totalidad por el asegurado a no ser que con el tratamiento ambulante se consiga evitar el tratamiento estacionario en un hospital. En estos casos el asegurado abonará 13 € por viaje. Cuando por el mismo tratamiento sea necesario realizar varios viajes (Serienbehandlung) el asegurado pagará hasta un máximo de 13 € por el primero y por el último viaje. Los otros viajes los abonará íntegramente la Caja de Enfermedad.

Se tendrá en cuenta la cláusula de rigor excesivo. También menores de 18 años están libres.

ASISTENCIA DOMICILIARIA PARA ENFERMOS (Art. 37 SGB V)

En lugar de la asistencia hospitalaria las cajas de enfermedad pueden conceder asistencia médica domiciliaria, haciéndose cargo de los gastos correspondientes durante cuatro semanas. Este periodo puede ampliarse.

GAFAS (Art. 33 SGB V)

Según la normativa actual sólo se conceden gafas, asumiendo los gastos las cajas de enfermedad, cuando la disminución de la capacidad visual se haya reducido en, al menos, 0,5 dioptrías. Esta limitación no afecta a los menores de 14 años.

Desde el 01.01.97 las cajas de enfermedad no abonan nada por la armadura de las gafas.

Las lentillas sólo serán pagadas por las cajas de enfermedad, cuando su uso sea médicamente imprescindible. También aquí habrá una cantidad fija garantizada. En los casos en que el uso de lentillas no sea desde el punto de vista médico imprescindible, las cajas de enfermedad sólo abonarán lo que se ahorren al no tener que hacerse cargo de los gastos por los cristales de unas gafas.

MASAJES - BAÑOS - (Heilmittel) (Art. 32 SGB V)

Los masajes, gimnasia para enfermos etc. no tienen unas cantidades fijas garantizadas, que asumen las cajas de enfermedad. Los asegurados que hagan uso de estas prestaciones abonarán el 15 % de los gastos.

Se tiene en cuenta la cláusula de rigor excesivo y los menores de 18 años no tienen que pagar nada.

PROTESIS – (HILFSMITTEL) (Art. 33 SGB V)

Las prótesis, aparatos auditivos etc., cuando sean necesarios desde el punto de vista médico, serán asumidos por las cajas de enfermedad. Existen cantidades fijas para cada caso

concreto, que son las que asumen las cajas.

Según las nuevas normas que entraron en vigor a mediados del 97 no desaparecerán del catálogo de prestaciones como estaba previsto los vendajes, plantillas, corsés, etc.; los asegurados tendrán que pagar, sin embargo el 20 % de los gastos.

Estarán libres del pago los menores de 18 años y los asegurados con ingresos reducidos (cláusula de rigor excesivo).

SUBSIDIO POR DEFUNCIÓN

Si se estado asegurado el 01.01.1989 se tiene derecho al subsidio por defunción. El importe es en todas las cajas de enfermedad igual, es decir:

- Si fallece el asegurado el importe asciende a **525 €**
- Si fallece un familiar del asegurado el importe es de **262,50 €**

AYUDAS AL HOGAR – (Haushaltshilfe) (Art. 38 SGB V)

Cuando el asegurado o el cónyuge estén internados en un hospital o sanatorio y en el hogar no haya otra persona, que cuide de los hijos/as menores de 12 años, la Caja de Enfermedad abona los gastos que ocasionen por emplear a una persona, que haga las tareas del hogar. El importe para 2003 es de **60 €** al día como máximo o **7,50 €** hora.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR- (Empfängnisregelung) (Art. 24 a SGB V)

Los gastos por el asesoramiento médico sobre planificación familiar y de embarazo, así como los gastos por esterilización legal son asumidos por el Seguro de Enfermedad en un 100 %. También los gastos por inseminación artificial.

Para mujeres menores de 20 años se hace cargo el Seguro de Enfermedad de los gastos por la píldora o para una espiral, siempre que éstas sean recetadas por un médico. Las interesadas deben pagar las aportaciones propias como por las medicinas.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR-ABORTOS- (Schwangerschaftsabbruch) (Art. 24 b SGBV)

Todo lo relacionado con el aborto está regulado en la ley "Schwangeren-und Familienhilfeänderungsgesetz" de agosto de 1995.

Esta ley se aprobó por mandato del Tribunal Constitucional alemán según sentencia del 28.5.93. Esta ley ha influido también en el Seguro de Enfermedad.

Lo definitivo para el Seguro de Enfermedad depende de qué clase de aborto se trate. Hay dos clases de aborto:

1.-El aborto legal es el que tiene lugar dentro de las 12 semanas después de la concepción y se realiza porque lo aconsejan razones médicas o penales.

2.-El aborto ilegal no se realiza por razones médicas, ni penales. Debe tener lugar dentro de las 12 semanas después de la concepción y debe realizarlo un médico después del correspondiente asesoramiento. Estos abortos aunque son ilegales no se consideran delito y no están castigados.

Las prestaciones del Seguro de Enfermedad son distintas según la clase de aborto:

A.-Cuando se trata del aborto legal, es decir, por razones médicas o penales, la Caja de Enfermedad se hace cargo del 100 % de los gastos y, si es necesario, concede Subsidio por Enfermedad (Krankengeld).

B.-Cuando se trata de un aborto ilegal es imprescindible que el aborto se lleve a cabo por un médico. Que haya existido un asesoramiento previo en una institución autorizada y reconocida y que se realice dentro de las 12 semanas después de la concepción.

En estos casos, la Caja de Enfermedad se hace cargo de los siguientes gastos:

1.-Aborto con tratamiento ambulante:

- *Gastos por constatar, si existe embarazo y el tratamiento durante su duración
- *Gastos por el asesoramiento médico sobre la interrupción o el mantenimiento del embarazo.
- *Gastos por el tratamiento médico en el caso de que se ocasionen complicaciones durante el aborto o tras el mismo.

2.-Aborto con tratamiento hospitalario:

- *Los gastos expuestos en el punto anterior.
- *Los gastos de hospital por los días anteriores y posteriores al día del aborto. Por el día mismo del aborto debe hacerse cargo de los gastos de hospital la propia mujer, si no hubo complicaciones.
- *Gastos de la operación para abortar, si no existen complicaciones, corren a cargo de la propia mujer. Así como también los gastos por tratamiento.

Por esta clase de abortos no se tiene derecho al Subsidio por Enfermedad (Krankengeld).

Si la mujer interesada no dispone de ingresos suficientes o percibe Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe o BAFöG se hace cargo de los gastos la Caja de Enfermedad, que a su vez los recibirá restituidos por el Land correspondiente.

Antiguamente estos gastos los asumía el Sozialamt. Actualmente no.

Aunque las cajas de enfermedad, como he indicado más arriba, no abonan el subsidio por enfermedad en los casos de aborto ilegal, las mujeres afectadas tienen, sin embargo, derecho al pago del salario en caso de enfermedad (Lohnfortzahlung) tanto si se trata de un aborto legal

como ilegal (Art. 3 (2) LFZG).

SEGURO DE ENFERMEDAD PARA PENSIONISTAS

Normalmente las personas con derecho a pensión tienen también derecho a asistencia sanitaria. Digo normalmente, porque no siempre tienen los pensionistas en Alemania derecho a asistencia sanitaria por el hecho de percibir una pensión.

Según la normativa actual sólo tienen derecho a asistencia sanitaria obligatoria los pensionistas que hayan estado asegurados obligatoriamente o voluntariamente en el Seguro de Enfermedad durante al menos el 90 % de la segunda mitad de su vida laboral, es decir, desde la fecha en que se comenzó a trabajar hasta la fecha de solicitud de la pensión.

Ejemplo:

Inicio de la vida laboral: 01.01.1955

Fecha de solicitud de la pensión: 01.11.1994

Se trata en total de 39 años y tres meses.

La segunda mitad de la vida laboral serían 19 años y 11 meses, que abarca un espacio de tiempo desde el 1.12.74 hasta el 1.11.94.

El 90 % de 19 años y 11 meses serían 17 años y 3 días.

Para que el pensionista del ejemplo tenga derecho a asistencia sanitaria ha tenido que estar asegurado obligatoriamente o voluntariamente en el Seguro de Enfermedad desde el 01.12.1974, al menos 17 años, 11 meses y 3 días.

Igual que ocurre en el seguro de enfermedad de los trabajadores, que abonan la mitad de la cuota, sucede también en el seguro de enfermedad de los pensionistas. Estos deben abonar la mitad de las cuotas, que les es retenida de la pensión. La otra mitad la paga el Organismo de Pensiones alemán. Actualmente la cuota asciende al 13,40 % del importe de la Pensión. La mitad, el 6,7 % la abona el pensionista y la otra mitad el Organismo de Pensiones.

Hasta el 30.06.97 todos los pensionistas pagan el mismo porcentaje sobre el importe de la pensión para el Seguro de Enfermedad, el 6,7 %. Desde el 01.07.97 las cuotas del Seguro de Enfermedad de los pensionistas no es uniforme, sino que depende del porcentaje que cada Caja de Enfermedad exige a sus afiliados según las tarifas que estén vigentes el día 01.01. de ese mismo año.

Al pensionista se le descuentan además las cuotas para el Seguro de Dependencia (Pflegeversicherung). En total se paga para este seguro el 1,7 %. Al pensionista le descuentan consecuentemente el 0,85 %.

Si un pensionista no tiene derecho al seguro obligatorio de enfermedad por no reunir los requisitos expuestos anteriormente, debe asegurarse voluntariamente y solicitar del Organismo

de Pensiones la mitad de las cuotas. Si esta persona asegurada voluntariamente en la Caja de Enfermedad oficial retorna a España, debe llevar consigo el formulario internacional E-104 a fin de que se pueda asegurar, si lo desea, privadamente en el Seguro de Enfermedad oficial español.

También quiero aprovechar aquí para informar que los pensionistas que tengan derecho a pensión española y alemana, y retornen definitivamente a España, están libres de abonar las cuotas a los seguros de enfermedad y asistencia, por tener derecho a la asistencia sanitaria española.

Finalmente deseo advertir que de las pensiones que abonan las empresas y las cajas complementarias también se retienen cuotas para el seguro de Enfermedad y para el Seguro de Dependencia. En este seguro último al pensionista se le descuenta el total de la cuota, el 1,7 %.

Estas cuotas, sin embargo, no hay que abonarlas, cuando el importe de esta clase de pensiones sea inferior a 119 € al mes.

DERECHO DE ELECCIÓN DE CAJA DE ENFERMEDAD (Wahlrecht)

Existe la posibilidad de elegir la Caja de Enfermedad que más convenga. Cuando se está asegurado en una determinada Caja de Enfermedad y se desea cambiar es posible hacerlo en todo momento, siempre que la solicitud de baja se haga en el plazo correspondiente. La solicitud de baja debe hacerse antes de que finalice un mes para la terminación del segundo mes siguiente. Ejemplo: Si una persona desea darse de baja para el 31.05.2002, debe solicitar la baja antes de que finalice marzo del 2002.

Una vez realizado el cambio, se deberá permanecer en la misma Caja de Enfermedad al menos 18 meses. Se anula así la posibilidad de estar cambiando continuamente de Caja de Enfermedad. No es obligatorio permanecer 18 meses en la misma Caja de Enfermedad, si ésta subiese las cuotas, en este caso puede hacerse uso del despido extraordinario, guardando no obstante, el plazo de los 2 meses.

Ha desaparecido la posibilidad de cambiar de Caja de Enfermedad, aprovechando el cambio de empresa, el paro, el desempleo o el inicio de la pensión.

SUBSIDIO POR ENFERMEDAD (Krankengeld)

Como veremos después, el trabajador, en caso de enfermedad, sigue recibiendo el salario durante las 6 primeras semanas. Si después de esas 6 semanas, el trabajador continúa incapacitado para el trabajo, éste recibe subsidio por enfermedad de la Caja de Enfermedad.

Definición: Se considera que existe incapacidad laboral, cuando el trabajador, debido a una enfermedad, no puede realizar el mismo trabajo, que venía realizando antes de caer enfermo o existe peligro de empeoramiento, si se sigue haciendo la misma actividad.

El Art. 46 del SGB V dice que se concederá subsidio por enfermedad a partir del día siguiente a la fecha en que el médico certifica la incapacidad laboral.

En esto se distingue esta ley de la ley sobre el pago del salario en caso de enfermedad, pues, la empresa está obligada, en caso de incapacidad, a pagar desde el mismo día que comienza la baja.

Si bien el derecho al subsidio nace al día siguiente a la constatación de la baja, este derecho queda en suspenso hasta el día en que se notifica esta baja a la Caja de Enfermedad, a no ser que se comunique en el plazo de una semana (Art. 49-5). El parte de baja debe llegar cuanto antes a la Caja de Enfermedad, pues, muchos trabajadores han perdido dinero por no entregar los partes de baja a su debido tiempo.

El subsidio de enfermedad supone el 70 % del salario bruto percibido por el trabajador durante el mes anterior al mes en el que se inició la incapacidad laboral. Ejemplo: si un trabajador enferma el 8 de enero del 2003, se toma como base lo ganado en el mes de diciembre 2002. En el salario bruto se tienen en cuenta los complementos por horas extraordinarias, suplementos de producción etc. No se tienen en cuenta, sin embargo, gratificaciones especiales de Navidad, complemento de vacaciones o participación de beneficios.

La ley fija un límite, ya que establece expresamente que el importe del subsidio por enfermedad que resulte del 70 % del salario bruto nunca podrá superar el 90 % del salario neto percibido por el trabajador en el mes anterior a la fecha en que se constató la incapacidad, que es el que se toma como base de cálculo.

Como hemos visto al hablar de las cuotas al seguro de enfermedad se cotiza por el tope máximo que en el año 2003 es de **41.400 € al año**. Esto quiere decir que la base máxima, que se puede considerar al hacer el cálculo del subsidio por enfermedad es de **3.450 € al mes**. Al dividir este importe por 30 días, el tope máximo diario asciende a 115 €. Como hemos dicho antes el **3.450 €** que supone **2.415 € al mes**, es decir, **80,50 € diarios**.

Desde el año 2001 se deducen del subsidio por enfermedad cuotas para el seguro de pensiones 9,75 %, para el seguro de desempleo 3,25 % y para el seguro de dependencia 0,85 %. Por ello el importe máximo del subsidio es de 69,35 € al día (80,50 € menos el 13,85 %), aunque los ingresos mensuales hubiesen superado los 3.450 € en bruto.

El subsidio por enfermedad se abona por los 7 días de la semana, es decir, se paga también por los sábados y domingos durante 30 días al mes, aunque los meses sean de 31 días o de 28.

El subsidio por enfermedad (Art. 48), en principio, se concede por tiempo ilimitado, sin embargo, por la misma enfermedad sólo se abona subsidio durante 78 semanas, como máximo, cada tres años. Esto sólo afecta como es lógico, a los casos de larga enfermedad y se aplica también a los casos de baja por la misma enfermedad con interrupción.

Si antes de terminar la incapacidad laboral se inicia o descubre una nueva enfermedad, esta última forma unidad con la primera y no da derecho a partir de su descubrimiento a otras 78 semanas.

Estas 78 semanas comienzan con el día primero de la baja, es decir, las semanas, que paga la empresa, están incluidas en las 78 semanas.

Como se ha indicado por la misma enfermedad sólo se puede percibir subsidio durante 78 semanas cada 3 años. Si un trabajador enfermó, por primera vez, de una enfermedad, determinada el día 12 de abril de 1994 y agota las 78 semanas de subsidio, por la misma enfermedad, tendrá nuevamente derecho a otras 78 semanas a los 3 años, es decir, a partir del 12 de abril de 1997. La Ley, sin embargo, ha establecido una limitación que hay que tener muy en cuenta y es que para tener un nuevo derecho a subsidio, cuando se inicia el nuevo bloque de tres años, hay que haber estado de alta al menos durante 6 meses y haber trabajado o haber estado inscrito en la oficina de empleo también 6 meses como mínimo.

El derecho al subsidio por enfermedad desaparece en el instante en que se concede pensión por incapacidad de ganancia o por jubilación (Art. 50).

Cuando la Caja de Enfermedad sospecha que existe incapacidad de ganancia y por lo tanto derecho a una pensión por invalidez puede exigir al asegurado que éste solicite, en el plazo de 10 semanas, la pensión o medidas de rehabilitación (Kur). Si el asegurado deja pasar el plazo de 10 semanas sin haber presentado la solicitud se interrumpirá el pago del subsidio hasta que sea presentada la solicitud.

POR ENFERMEDAD DE HIJOS (Art. 45)

Los asegurados tienen también derecho a subsidio por enfermedad por un máximo de 10 días al año, siempre que el cuidado de un hijo enfermo menor de 12 años les impida acudir al trabajo. Si trabajan ambos cónyuges, cada uno tiene derecho, por separado, a los 10 días libres. Si, además, en la familia hay otros hijos menores se pueden recibir hasta un máximo en total de 25 días o de 50 días, si trabajan ambos cónyuges.

PAGO DEL SALARIO EN CASO DE ENFERMEDAD

Después de haber tratado lo relacionado con el seguro de enfermedad en Alemania debemos hacer algunas anotaciones sobre la ley que trata de la continuación del pago del salario en caso de enfermedad.

Al decir pago del salario se está expresando que no es una prestación de la Caja de Enfermedad, sino de la empresa que es la única que paga salario, ya que la Caja de Enfermedad no concede salario, sino subsidio.

La ley del pago del salario en caso de enfermedad data del 27.07.1969 y entró en vigor el día 01.01.1970. Esta ley se consiguió después de muchos años de lucha por parte de los sindicatos y supuso la consecución de una serie de derechos que iremos viendo a continuación.

Esta ley se llama en alemán: "**LOHNFORTZAHLUNGSGESETZ**"

Ya en el artículo 1º se establecen las bases: Un trabajador que, después de haber iniciado la relación laboral, se vea impedido para trabajar debido a una enfermedad, que no haya sido producida intencionadamente o por negligencia grave del propio trabajador, tiene derecho a que se le siga abonando salario exactamente igual que si estuviese trabajando. El periodo máximo durante el cual se puede seguir percibiendo este salario es de 6 semanas en el plazo de 12 meses, por una misma enfermedad. No se tendrán en cuenta, sin embargo, las horas extraordinarias a la hora de calcular el salario por enfermedad.

Las personas afectadas por esta ley son todos los trabajadores, y el derecho a que sea aplicada dicha ley comienza con la relación laboral.

Se considera que una relación laboral se inicia, en el momento en que un trabajador se pone, por primera vez, en camino para ir a la empresa. Si en el trayecto a la fábrica el trabajador enferma o sufre un accidente ya tiene que pagar el empresario el salario por enfermedad. Según la nueva ley, que ha entrado en vigor el 1.10.1996, el derecho empieza después de 4 semanas de relación laboral.

Como ya se ha indicado, el trabajador, por una misma enfermedad, sólo tiene derecho, durante 12 meses, a 6 semanas de salario.

Si desde la última baja hubiesen transcurrido 6 meses sin estar de baja por la misma enfermedad, tiene el empresario que pagar, de nuevo, el salario.

Si un trabajador cambiase de empresa, con la nueva relación laboral comienzan nuevos derechos. Significa que el nuevo empresario no puede computar las bajas tenidas en la empresa anterior, sino que tiene que abonar desde el principio las 6 semanas.

Cosa distinta es, si una empresa es asumida por un dueño diferente. En este caso el nuevo empresario continúa como si se tratase del antiguo dueño.

Sólo si se puede probar que el único motivo de despido ha sido por enfermedad, está obligada la empresa a seguir pagando después del despido hasta completar las 6 semanas.

Como ya se sabe, la enfermedad interrumpe las vacaciones. Desde ese momento las vacaciones no disfrutadas quedan pendientes para, de acuerdo con la empresa, disfrutarlas en fecha posterior.

Durante las vacaciones no pagadas, si el trabajador enfermase, no tiene derecho a que se le abone salario por enfermedad.

En principio el salario por enfermedad tiene un valor sustitutorio, es decir, al no poder trabajar y tener una pérdida de salario, el empresario primero y la Caja de Enfermedad después, deben sustituir el salario perdido.

Lo que significa que durante las vacaciones no pagadas, al no tener el trabajador pérdida de salario, tampoco percibirá sueldo por la empresa.

Aquí hay que advertir que debe quedar claro con la empresa el día que el trabajador, después de las vacaciones no pagadas, tiene que incorporarse a su puesto de trabajo, pues, de lo contrario, se expone a que, en caso de enfermedad, no pague ni la empresa ni la Caja de Enfermedad, por tratarse de vacaciones no pagadas por tiempo indefinido.

En caso de huelga tampoco paga la empresa si se está enfermo y además el plazo de 6 semanas comienza con la baja y no con el día que empieza a pagar la empresa.

Dice la ley que la incapacidad laboral no debe ser provocada intencionadamente por el trabajador; si lo fuese, la empresa puede denegar el pago.

Si la incapacidad proviene por ejercitar un deporte como el fútbol, tenis e incluso boxeo, y el trabajador está en condiciones normales de ejecutarlo, debe pagar la empresa en el caso de que la lesión le produzca incapacidad.

No juega papel ninguno el que la incapacidad se ocasione en casa realizando un trabajo privado, en la calle, en el campo, jardín, etc..

La empresa tiene que pagar, cada vez que el trabajador cae enfermo, si se trata de enfermedades distintas:

Ejemplo: Si la baja se termina el 3 de marzo y el día 4 de marzo va el trabajador a la empresa y sufre un accidente o se pone enfermo por la noche en casa, la empresa debe pagar otra vez 6 semanas.

La "Kur" se considera como enfermedad si uno, estando trabajando es enviado a una "Kur" no tiene que pagar el Organismo de Pensiones, ni la Krankenkasse, sino el empresario.

Según el Art. 3 de esta ley que nos ocupa; el trabajador está obligado a comunicar inmediatamente al empresario la incapacidad, es decir, el mismo día de baja y en el plazo de tres días a entregar el parte de baja.

Mientras no se presente el parte de baja, el empresario no está obligado a pagar.

Con esto hay que tener mucho cuidado, pues, el no entregar el parte de baja a tiempo o no comunicar la baja puede ser motivo de despido.

HOSPICIOS - NUEVA REGULACIÓN-

En Alemania existe un número cada vez más elevado de hospicios, cuya meta es, enfermos con enfermedades graves incurables y en fase terminal, atenderlos dignamente antes

de que mueran. Están pensados estos hospicios para asegurados, que no necesitan tratamiento hospitalario; pero no es posible, por encontrarse solos, una atención o asistencia ambulante en su domicilio o en la familia. En estos casos las cajas de enfermedad concederán un suplemento de unos 125 € diarios. Este suplemento es aproximadamente la mitad de la tarifa diaria de un hospital.

MATERNIDAD

Todos los gastos de médico, comadrona, estancia en la clínica, etc., que estén relacionados con el embarazo y el parto son asumidos íntegramente por las cajas de enfermedad, sin que las mujeres tengan que abonar aportaciones propias (Art. 195-199 RVO).

SUBSIDIO POR MATERNIDAD (Art. 200, 200 b RVO)

Las mujeres trabajadoras que, entre el principio del décimo y el final del cuarto mes anteriores al alumbramiento, hubiesen estado, al menos, 12 semanas aseguradas o en una relación laboral, tienen derecho al Subsidio por Maternidad, que abonan las cajas de enfermedad, durante las 6 semanas antes y las 8 semanas (en caso de parto prematuro o múltiple 12) después del parto.

El importe máximo que abonan las cajas de enfermedad asciende a 13 € diarios. Si la mujer trabajadora tenía un salario superior a 13 € diarios, la diferencia hasta el salario neto íntegro lo paga el empresario.

Las mujeres que reciben prestaciones por desempleo, bien sea Arbeitslosengeld, bien Arbeitslosenhilfe, reciben el mismo importe que recibían del Arbeitsamt.

Las mujeres que no tienen derecho al subsidio por maternidad, por no haber trabajado por cuenta ajena y estar aseguradas como familiar, reciben una cantidad única de 77 € como importe por alumbramiento.

Las trabajadoras que no están aseguradas o lo están privadamente reciben del Bundesversicherungsamt, en concepto de Subsidio por Maternidad, la cantidad de 210 €. Estas últimas deben seguir pagando ellas mismas las cuotas al seguro de enfermedad privado.

SEGURO DE DEPENDENCIA (Pflegeversicherung)

Aunque este seguro tiene vida propia y no es una ramificación de otro seguro, está, sin embargo, muy próximo al Seguro de Enfermedad. De hecho, toda aquella persona que está obligatoria o voluntariamente asegurada en el Seguro de Enfermedad, tiene que estarlo inexorablemente en el Seguro de Dependencia. Las Cajas del Seguro de Dependencia tienen su sede en las Cajas del Seguro de Enfermedad.

Este seguro que, como su nombre indica, tiene la función de cubrir económicamente y a través de prestaciones en especie las necesidades que les sobrevienen a las personas que se ven obligadas a depender de otra persona, para realizar las tareas más esenciales de la vida cotidiana, existe en Alemania, como un seguro autónomo dentro del Régimen General de la Seguridad Social, desde el año 1995.

Entre las varias prestaciones que concede este seguro destacan principalmente dos: La asistencia y cuidado de la persona necesitada a través de personal cualificado bien en el propio domicilio, bien en una residencia o la concesión de una cantidad de dinero en favor de una persona allegada (familiar, vecina, conocida) por atender a la persona discapacitada en su propio domicilio.

Para tener derecho a las prestaciones del Seguro de Dependencia se exige un periodo previo de cotización de 5 años, y, como sucede en el Seguro de Enfermedad, están afiliados obligatoriamente al mismo los trabajadores por cuenta propia, los perceptores de Prestaciones por Desempleo y Prestaciones por Enfermedad, los pensionistas, así como los cónyuges y los hijos de los titulares, cumpliendo los mismos requisitos que se exponían anteriormente para tener derecho al Seguro de Enfermedad.

La cuota actual es el 1,7 % del salario bruto o de la pensión o del subsidio por enfermedad según los casos. La mitad de la cuota la paga el asegurado y la otra mitad el empresario, Organismo de Pensiones o la Caja de Enfermedad. Sólo en el caso de los parados, abona la Oficina de Empleo la cuota completa.

Existen tres niveles según el grado de minusvalidez:

- 1º.-Personas con minusvalidez considerable, que necesitan una ayuda diaria de al menos una hora y media.
- 2º.-Personas con minusvalidez grave, que necesitan unos cuidados de 3 horas diarias como mínimo y
- 3º.-Personas con gran minusvalidez, que dependen de la ayuda de otra persona durante las 24 horas del día.

El importe de las prestaciones depende del grado de minusvalía:

Por el primer grado o nivel se recibe una ayuda económica de	205.-euros mensuales
Por el segundo grado	410.-euros mensuales
Por el tercer grado	665.-euros mensuales

Si la asistencia se lleva a cabo por una institución o personal profesional, prestación en

especie, las ayudas que reciben la institución o el personal cualificado son de:

- 384.-euros mensuales en el primer grado**
- 921.- euros mensuales en el segundo grado**
- 1.432.-euros mensuales en el tercer grado.**

Las prestaciones se conceden previa solicitud y el grado de minusvalidez lo constata un facultativo nombrado por la Caja de Dependencia que reconoce al solicitante en su propio domicilio.

A pesar de tratarse de un seguro relativamente joven, son muchos los pleitos que se han celebrado sobre su aplicación y el más conocido de todos ellos es sin duda el caso Molenaar, sobre el que decidió el 5.3.1998 el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en Luxemburgo. El Gobierno alemán se negaba a conceder las prestaciones económicas del Seguro de Dependencia fuera de las fronteras alemanas. El citado Tribunal sentenció en contra de las Cajas de Dependencia, condenando a éstas a conceder las prestaciones económicas a los asegurados afectados de algún grado de minusvalidez, aunque estos trasladen su residencia a otro país de la Unión Europea, o aunque el grado de minusvalidez les sobrevenga durante su estancia permanente en un País de la UE distinto de Alemania, por tratarse de prestaciones económicas que son exportables según los Reglamentos Comunitarios.

Debido a esto, son ya muchos los españoles perceptores de las prestaciones del Seguro de Dependencia que al retornar han continuado recibiendo las prestaciones y otros muchos pensionistas que por percibir solamente pensión de Alemania siguen cotizando a los Seguros de Enfermedad y Dependencia y al verse afectados por una minusvalidez, que les hace depender de la ayuda de otra persona, han solicitado las prestaciones desde España y las están percibiendo.

Los españoles pensionistas retornados que, por haber cotizado sólo en Alemania, siguen pagando las cuotas a los Seguros de Enfermedad y Dependencia alemanes, tendrán derecho a las prestaciones económicas del Seguro de Dependencia, si se viesen afectados.

Los pensionistas con derecho a pensión española y alemana que, al retornar definitivamente a España, tienen derecho a la asistencia sanitaria española, y son dados de baja de los seguros obligatorios alemanes de enfermedad y dependencia, deben solicitar, antes de retornar, la afiliación voluntaria en el seguro alemán de Dependencia, si no quieren perder un posible derecho a las prestaciones expuestas en caso de que algún día las necesitasen.

Conviene solicitar la afiliación voluntaria antes de retornar, ya que el plazo para hacerlo es de sólo 1 mes después de la baja en el seguro obligatorio.

La Caja de Seguro competente es la última en la que se haya estado asegurado

obligatoriamente en Alemania.

SEGURIDAD SOCIAL ESPAÑOLA

La Seguridad Social garantiza a las personas comprendidas en su campo de aplicación, bien por realizar una actividad profesional, bien por cumplir los requisitos exigidos en la modalidad no contributiva, así como a los familiares o asimilados que tuvieran a su cargo, la protección adecuada en las contingencias y situaciones que la ley define.

CAMPO DE APLICACIÓN

Modalidad contributiva:

Todos los españoles y extranjeros con permiso de residencia y trabajo (los trabajadores comunitarios no necesitan permiso de trabajo), cualesquiera que sea su sexo, estado civil y profesión, que residan y ejerzan normalmente su actividad en territorio nacional y que sean:

- *Trabajadores por cuenta ajena
- *Trabajadores por cuenta propia o autónomos
- *Socios trabajadores de cooperativas
- *Estudiantes
- *Funcionarios públicos

Modalidad no contributiva:

- *Todos los españoles residentes en territorio nacional.
- *Todos los españoles no residentes en territorio nacional en determinadas situaciones.
- *Extranjeros con permiso de residencia y trabajo (trabajadores comunitarios no necesitan permiso de trabajo, sólo de residencia).

COMPOSICIÓN DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- Régimen General
- Regímenes Especiales

- *Agrario
- *Trabajadores del Mar
- *Trabajadores Autónomos
- *Empleadas/os del Hogar
- *Minería del Carbón
- *Seguro Escolar

CUOTAS

-Por contingencias comunes: **28,3 %**
23,6 % es a cargo de la empresa - 4,7 % a cargo del trabajador

-Por desempleo: **7,8 %**
6,2 % es a cargo de la empresa - 1,6 a cargo del trabajador

-Por formación profesional: **0,7 %**
0,6 % es a cargo de la empresa - 0,1 % a cargo del trabajador

Total: 29,4 % a cargo de la empresa, 6,4 % a cargo del trabajador.

-Fondo de Garantía Salarial: **0,4 %** a cargo exclusivo de la empresa.

-Por accidente de trabajo: A cargo exclusivo de la empresa.

BASES DE COTIZACIÓN

Las retribuciones salariales dentro de unas bases máximas y mínimas.

En caso de incapacidad laboral la base de cotización la del mes anterior.

En caso de desempleo el promedio de las bases de cotización de los últimos 6 meses.

ASISTENCIA SANITARIA

Objeto:

Prestación de servicios médicos y farmacéuticos necesarios para conservar o restablecer la salud de las personas protegidas por la Seguridad Social, así como servicios de recuperación física y en algunos casos, prótesis y aparatos ortopédicos.

Titulares

Trabajadores afiliados y en alta o en situación asimilada a la de alta. A los efectos de esta prestación, se considera en alta de pleno derecho a los trabajadores, aunque el empresario incumpla sus obligaciones.

Pensionistas y perceptores de prestaciones periódicas.

Beneficiarios:

El cónyuge de los titulares del derecho o persona que conviva maritalmente, al menos con 1 año de antelación a la solicitud, así como los hijos de aquella.

Los descendientes, tanto del titular como del cónyuge, cualquiera que sea su filiación legal.

Hermanos e hijos adoptivos. En ambos casos sin límite de edad.

Los ascendientes del titular y de su cónyuge, si viven con el titular y a sus expensas y no tienen derecho propio a asistencia sanitaria.

También tienen derecho a Asistencia Sanitaria los españoles y ciudadanos del resto de la Unión Europea, que tengan establecida su residencia en territorio español y carezcan de recursos económicos suficientes.

Requisitos: No tener derecho a la asistencia sanitaria por derecho propio como titular o beneficiario por cualquier régimen de la Seguridad Social.

Tener la residencia en territorio español.

Carecer de rentas de cualquier naturaleza superiores al salario mínimo interprofesional en cómputo anual, es decir, para 2002 = 6.189,68 € (442,12x 14).

CONTINGENCIAS QUE CUBRE

*Enfermedad común y accidente no laboral

*Enfermedad profesional y accidente de trabajo

*Maternidad

PRESTACIONES FARMACEUTICAS

Las prestaciones farmacéuticas serán gratuitas:

- Cuando se administren en instituciones sanitarias de la Seguridad Social (hospitales).
- Cuando sean dispensadas a pensionistas y perceptores de prestaciones derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Los enfermos crónicos pagarán el 10 % de los medicamentos con un límite máximo de 2,60 euros.

En los demás casos el beneficiario paga el 40 % del precio de venta al público.

SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y PAGO DEL SALARIO EN CASO DE ENFERMEDAD.

Por enfermedad común o accidente no laboral:

- El 60 % de la base reguladora (mes anterior) entre el cuarto y vigésimo día.
- El 75 % a partir del 21 día.

Por enfermedad profesional y accidente de trabajo:

- El 75 % de la base reguladora desde el día siguiente al de la baja.

Requisitos:

- *Estar de alta o en situación asimilada al alta.
- *Tener cubierto un periodo de cotización de 180 días en los 5 años anteriores al hecho causante.
- *En caso de accidente sea o no de trabajo no se exige periodo previo.

BASE REGULADORA

En caso de enfermedad común, accidente no laboral: Es el cociente de dividir la base de cotización por contingencias comunes del trabajador del mes anterior a la fecha de la baja, por el número de días a que corresponde dicha cotización.

En caso de accidente laboral: Como antes más las horas extraordinarias del año anterior divididas por 365 días.

PAGO

Lo efectúa la empresa en pago delegado.

Existen 3 días sin derecho a prestaciones.

Desde el cuarto día hasta el 15 de baja, ambos inclusive, está a cargo del empresario el abono de la prestación al trabajador, es decir, lo máximo que paga el empresario son 12 días al 60 % de la base reguladora.

Desde el día 16 hasta el 20 abona el INSS a través del patrono el subsidio por enfermedad en un 60 %. A partir del día 21 se paga el 75 % de la base reguladora.

DURACIÓN

Por situaciones debidas a enfermedad común o accidente, sea o no de trabajo, una duración máxima de 12 meses, prorrogables por otros 6, cuando se presuma que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación.

Cuando el trabajador agote el periodo máximo de duración de la Incapacidad Temporal. Hasta el momento de la calificación de la Invalidez Permanente continuará percibiendo el importe de las prestaciones de Incapacidad Temporal.

Ejemplo práctico sobre el cálculo del subsidio por enfermedad:

Trabajador con una antigüedad de 18 meses en una empresa del Régimen General causa baja por enfermedad común el día 6.3.97, siendo dado de alta el 22.3.97.

Categoría profesional: Grupo 7.

Base de cotización por contingencias comunes: Febrero 2002= 1.100 €

Cálculo:

Requisitos: En la fecha del hecho causante estaba de alta.

Tenía cubiertos 180 días dentro de los últimos 5 años.

Base reguladora: 1.100 €: 30 días = 36,66 €

Porcentaje: Del 4 al 20 día = 60 %. Desde el 21 día 75 %.

Cuantía del subsidio:

Los tres primeros días (6, 7 y 8 de marzo) no cobra nada. A partir del 4 día = 60 % sobre la base reguladora = 36,66 €x 60 %= 21,99 €diarios de subsidio.

Empresa paga del 4 al 15 días = 21,99 €x 12 = 263,95 €

El INSS = 21,99 €x 2 = 43,98 €

El abono total del subsidio lo efectúa la empresa. Los dos últimos días sobre colaboración obligatoria en la gestión.

Si la baja hubiese durado más de 20 días, a partir del día 21 el subsidio hubiese ascendido al 75 % de la base reguladora.

SISTEMAS ESPAÑOL Y ALEMÁN SOBRE ASISTENCIA SANITARIA.

Sistema alemán: Se trata de un sistema mixto. La sanidad pública es administrada por organismos públicos; pero las prestaciones se conceden a través de organizaciones privadas. Los médicos, hospitales, etc. son privados.

Sistema español: Tanto la administración, como las organizaciones, a través de las cuales se presta la sanidad, son públicas. Los médicos son funcionarios o personal contratado directamente por la Seguridad Social.

Cada uno de los sistemas tiene sus pros y sus contras. En el sistema alemán los médicos cuantos más pacientes tienen más ganan. La competencia entre los facultativos es mayor. En el sistema español independientemente del número de pacientes, los facultativos ganan lo mismo.

El Seguro de Enfermedad en España abarca a toda la población. En Alemania es más restrictivo; pero se cubren los huecos, en parte, por la asistencia social (Sozialamt), que no asegura obligatoriamente a las personas, sino privadamente, según la necesidad, en la Caja de Enfermedad Oficial.

Déficit de la Asistencia Sanitaria en España:

*Medicina buco-dental.

*Planificación familiar.

*Medicina para enfermos mentales.

*Medicina preventiva, que por otro lado, es más barata que la asistencial.