



Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego

w Holandii

Informacje zawarte w niniejszym przewodniku zostały opracowane i zaktualizowane w ścisłej współpracy z krajowymi korespondentami systemu wzajemnego informowania o ochronie socjalnej (MISSOC). Więcej informacji na temat sieci MISSOC można znaleźć na następującej stronie internetowej:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Niniejszy przewodnik zawiera ogólny opis rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego stosowanych w odpowiednich państwach. Dodatkowe informacje można uzyskać z innych publikacji MISSOC. Wszystkie te pozycje są dostępne na stronie, do której odsyła powyższy link. Można skontaktować się również z właściwymi organami i instytucjami, które zostały wymienione w załączniku do niniejszego przewodnika.

Ani Komisja Europejska, ani żadna osoba działająca w imieniu Komisji nie może być pociągana do odpowiedzialności za wykorzystanie informacji zawartych w niniejszej publikacji.

Spis treści

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie	5
Wprowadzenie	5
Organizacja ochrony socjalnej	6
Finansowanie	7
Rozdział II: Opieka zdrowotna	8
Kiedy masz prawo do opieki zdrowotnej?	8
Co obejmuje ubezpieczenie?	8
W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?	10
Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby	11
Kiedy masz prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	11
Co obejmuje ubezpieczenie?	11
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	11
Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa	13
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?	13
Co obejmuje ubezpieczenie?	13
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa?	14
Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa	15
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?	15
Co obejmuje ubezpieczenie?	15
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?	16
Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku	17
Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	17
Co obejmuje ubezpieczenie?	17
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	17
Rozdział VII: Renty rodzinne	19
Kiedy osoba jest uprawniona do renty rodzinnej?	19
Co obejmuje ubezpieczenie?	20
W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?	20
Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych	21
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	21
Co obejmuje ubezpieczenie?	21
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	21
Rozdział IX: Świadczenia rodzinne	22
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?	22
Co obejmuje ubezpieczenie?	22
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?	22
Rozdział X: Bezrobocie	23
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?	23
Co obejmuje ubezpieczenie?	23
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?	24
Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej	25
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	25
Co obejmuje ubezpieczenie?	26
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	27
Rozdział XII: Opieka długoterminowa	28
Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej?	28
Co obejmuje ubezpieczenie?	28
W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?	29

Załącznik: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych31

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie

Wprowadzenie

Holenderski system zabezpieczenia społecznego obejmuje następujące działy ubezpieczeń społecznych:

- choroba i macierzyństwo;
- ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy; w Holandii nie funkcjonuje odrębny system ubezpieczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych;
- emerytury z tytułu podeszłego wieku;
- renty rodzinne;
- świadczenia z tytułu bezrobocia;
- zasiłki na dzieci.

Kto jest ubezpieczony?

W zasadzie wszyscy pracownicy najemni oraz osoby prowadzące działalność na własny rachunek są ubezpieczeni. Jednakże osoby prowadzące działalność na własny rachunek nie są ubezpieczone na wypadek bezrobocia oraz nie otrzymują zasiłków chorobowych ani inwalidzkich.

Co należy zrobić, żeby się ubezpieczyć?

Od chwili podjęcia pracy w Holandii jako pracownicy najemni, osoby będą automatycznie ubezpieczone we wszystkich wymienionych powyżej działach.

Jest tylko jeden wyjątek: zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym wszystkie osoby zamieszkujące w Holandii oraz osoby, które nie zamieszkują w tym kraju i podlegają holenderskiemu podatkowi od wynagrodzenia, są zobowiązane do podpisania umowy ubezpieczenia zdrowotnego z ubezpieczycielem zdrowotnym. Osoba spełniająca odpowiednie kryteria nie zostaje po prostu automatycznie objęta ubezpieczeniem, jak w przypadku ubezpieczenia określonego w ustawie o szczególnych kosztach medycznych, ale musi wybrać ubezpieczyciela i zawrzeć umowę ubezpieczenia. Z kolei ubezpieczyciele zdrowotni mają obowiązek przyjąć wszystkie wnioski o ubezpieczenie.

Osoby prowadzące działalność na własny rachunek z siedzibą w Holandii lub wykonujące swój zawód w tym kraju, są automatycznie objęte większością ubezpieczeń krajowych. Osoby te nie są jednak objęte ubezpieczeniem na wypadek bezrobocia.

Inne działania

W przypadku niezdolności do pracy lub bezrobocia pracownicy najemni muszą skontaktować się z instytutem systemów świadczeń pracowniczych (*UWV, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen*). UWV jest również właściwą instytucją dla osób poszukujących pracy.

Inną ważną dla instytucją jest bank ubezpieczeń społecznych (*Sociale Verzekeringsbank*), do którego należy się zwrócić, aby otrzymać zasiłki rodzinne lub emeryturę z chwilą ukończenia 65 lat.

W przypadku zgonu osoba pozostała przy życiu i/lub dzieci będą również musiały zwrócić się do banku ubezpieczeń społecznych.

W jaki sposób opłaca się składki?

Dla pracowników najemnych, pracodawca opłaca składki należne różnym działom zabezpieczenia społecznego. Część składek, która obciąża pracownika zostanie potrącona z wynagrodzenia. Pracodawca jest zobowiązany zwrócić pracownikowi kwotę składki, proporcjonalną do dochodu, wpłaconą zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym. Jeśli pracownik otrzymuje świadczenia pieniężne, instytucja, która je wypłaca jest zobowiązana, w pewnych wypadkach, do potrącenia składek od tych świadczeń.

W przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek, otrzymają one zestawienie składek do opłacenia. Formularz zawiera również kwotę składki, proporcjonalną do dochodu, którą dana osoba opłaca zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym.

W przypadku ubezpieczenia zdrowotnego, składki nominalne wpłaca się bezpośrednio do zakładu ubezpieczenia zdrowotnego (ubezpieczyciela), w którym dana osoba jest ubezpieczona. Pracodawca lub instytucja ubezpieczeniowa mogą udzielić dodatkowych informacji na temat stawek składek, jakie pracownik musi płacić.

Co zrobić jeśli nie zgadzasz się z decyzją kompetentnej instytucji?

Jeśli pracownik nie zgadza się z decyzją instytucji ubezpieczeniowej, można się od niej odwołać. Aby tego dokonać, należy w określonym terminie wnieść skargę do instytucji, która wydała decyzję. Instytucja ta jest zobowiązana do ponownego rozpatrzenia decyzji i udzielenia odpowiedzi na odwołanie. Dana osoba może, również w ustalonym terminie, wnieść odwołanie od decyzji w sprawie zażalenia do wydziału prawa administracyjnego przy sądzie rejonowym (*Arrondissementsrechtbank*) *wskazanym w decyzji instytucji*. Są tam również wskazane terminy odwołań.

Do sądu rejonowego należy wnieść odwołanie, w którym należy wymienić przyczyny podważenia zasadności decyzji instytucji ubezpieczeniowej z prośbą o jej rewizję. Należy dołączyć kopię sprornej decyzji.

Jeśli sąd rejonowy podejmie decyzję, z która nadal nie satysfakcjonuje skarżącego, może on zwyczajowo wnieść apelację do centralnej rady odwoławczej (Centrale Raad van Beroep, Vrouwe Justitiaplein 1, Postbus 16002, 3500 DA Utrecht), w terminie sześciu tygodni od otrzymania wyroku.

Organizacja ochrony socjalnej

Organizacją ochrony socjalnej w Holandii zajmuje się ministerstwo spraw społecznych i zatrudnienia (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) we współpracy z ministerstwem zdrowia, opieki społecznej i sportu (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Rozróżnia się między systemem ubezpieczeń krajowych obejmującym całą populację, w tym pracowników najemnych, oraz systemem

ubezpieczeń pracowniczych obejmującym tylko pracowników najemnych. W ramach systemu ubezpieczeń krajowych zapewnia się:

- ubezpieczenie emerytalne;
- utrzymanie dla osób pozostałych przy życiu;
- opiekę medyczną;
- ubezpieczenie od szczególnych kosztów medycznych; oraz
- świadczenia rodzinne.

W ramach systemu ubezpieczeń pracowniczych zapewnia się:

- ubezpieczenie zdrowotne;
- ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa; oraz
- ubezpieczenie od utraty pracy.

Funkcjonuje system ubezpieczeń na wypadek inwalidztwa obejmujący młode osoby niepełnosprawne. Nie jest dostępne żadne specjalne ubezpieczenie od wypadków przy pracy lub chorób zawodowych. Takie rodzaje ryzyka wchodzą w zakres innych systemów ubezpieczeń. Ponadto państwo organizuje system pomocy społecznej zarządzany przez władze lokalne. System ten określa się jako sieć bezpieczeństwa, ponieważ jego celem jest zagwarantowanie minimalnego dochodu osobom, które nie dysponują lub już nie dysponują wystarczającymi środkami na pokrycie podstawowych kosztów utrzymania.

Z wyjątkiem ubezpieczenia od szczególnych kosztów medycznych i kosztów opieki medycznej, systemy ubezpieczeń krajowych wdraża bank ubezpieczeń społecznych (*Sociale Verzekeringsbank*).

Instytut systemów świadczeń pracowniczych (UWV) odpowiada za zarządzanie systemami ubezpieczeń dla pracowników najemnych. Publicznymi służbami zatrudnienia również zarządza UWV. Inspektorat ds. spraw społecznych i zatrudnienia (*Inspectie SZW*) jest odpowiedzialny za monitorowanie instytutu systemów świadczeń pracowniczych i banku ubezpieczeń społecznych.

System ubezpieczeń zdrowotnych (opieka medyczna) tworzą prywatne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych, nad którymi nadzór sprawuje holenderski organ ds. opieki zdrowotnej (*Nederlandse Zorgautoriteit*).

Prywatne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych świadczą usługi w zakresie powszechnych ubezpieczeń od szczególnych kosztów medycznych. Również w tym przypadku nadzór sprawuje holenderski organ ds. opieki zdrowotnej (*Nederlandse Zorgautoriteit*).

Zobacz także część dotyczącą [właściwych organów](#).

Finansowanie

System zabezpieczenia społecznego w Holandii jest finansowany w ramach systemu składek (opłacanych przez osoby zamieszkujące i niezamieszkujące w Holandii, pracowników najemnych, osoby prowadzące działalność na własny rachunek i pracodawców) oraz systemu podatków. Niekiedy dodatkowe finansowanie odbywa się w ramach podatków ogólnych, na przykład w przypadku emerytur.

Rozdział II: Opieka zdrowotna

Kiedy masz prawo do opieki zdrowotnej?

Opieka medyczna jest objęta dwoma różnymi systemami ubezpieczeń, które się wzajemnie uzupełniają: ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ogólnym ubezpieczeniem od szczególnych kosztów medycznych. Podstawą drugiego systemu jest ustawa o szczególnych kosztach medycznych (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ*).

Zgodnie z powyższą ustawą obowiązkowe ubezpieczenie obejmuje osoby zamieszkujące legalnie w Holandii lub osoby mieszkające w innym kraju, ale pracujące w Holandii i opłacające holenderski podatek od wynagrodzenia. Osoby te mają obowiązek wykupić ubezpieczenie zdrowotne zgodnie z przepisami ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym (*Zorgverzekeringswet*).

Rząd określił dwa wyjątki od tej ogólnej zasady:

- członkowie sił zbrojnych w służbie czynnej są ubezpieczeni na podstawie ustawy o szczególnych kosztach medycznych, ale nie mają obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym. Opiekę zapewnia im wojskowa służba medyczna;
- drugi wyjątek od obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia dotyczy osób odmawiających działania sprzecznego z własnym sumieniem. Osoby z zasady sprzeciwiające się przystępowaniu do ubezpieczenia nie opłacają składek na podstawie ustawy o szczególnych kosztach medycznych, ani nie mają obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym. Opłacają jednak składki uzależnione od dochodów w formie podatku zastępczego.

Osoba objęta ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z przepisami ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym jest uprawniona do świadczeń medycznych. Dostępne są dwa główne rodzaje polis ubezpieczeniowych zdrowotnych: polisy oparte na świadczeniach rzeczowych i polisy oparte na zwrocie kosztów medycznych. Ubezpieczyciel wydaje certyfikat rejestracji stanowiący dowód ubezpieczenia, który ubezpieczony przedstawia zwracając się o opiekę medyczną. Zawarcie umowy ubezpieczenia zdrowotnego z zakładem ubezpieczeń zdrowotnych automatycznie zapewnia danej osobie ubezpieczenie przewidziane w ustawie o szczególnych kosztach medycznych.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczyciel świadczący ubezpieczenie zdrowotne udziela szczegółowych informacji na temat wszystkich świadczeń, do jakich dana osoba jest uprawniona na podstawie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawy o szczególnych kosztach medycznych. Ubezpieczeni na podstawie ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych są uprawnieni, między innymi, do:

Opieka medyczna

Opieka medyczna obejmuje usługi świadczone przez lekarzy rodzinnych, specjalistów, psychologów i ginekologów. Świadczenia te muszą być dostarczone przez te osoby. Jeżeli dane świadczenia nie są związane z zastrzeżonymi usługami, które muszą

znajdować się w rejestrze i których nazwa jest chroniona w ustawie o zawodach lekarskich, mogą ich udzielać inne osoby. Świadczenia te obejmują między innymi dodatkowe badania laboratoryjne oraz opiekę pielęgniarską.

Rozciągają się również na testy genetyczne, hemodializę niekliniczną, opiekę nad pacjentami z nawracającymi chronicznymi schorzeniami dróg oddechowych oraz na zapobieganie zakrzepom. Wyposażenie potrzebne do hemodializy nieklinicznej oraz do sztucznego oddychania dla pacjentów z chronicznymi nawracającymi schorzeniami należy do aparatury medycznej. Niektóre typy leczenia, które mogą być wykonane przez lekarzy specjalistów mogą być wyłączone ze świadczeń refundowanych. Należy jeszcze uściślić, że część opłat przypadająca na ubezpieczonego odpowiada kwocie maksimum ustanowionej przez rozporządzenia wykonawcze.

Koszty opieki w zakresie zdrowia umysłowego (w tym ogólnej pomocy psychologicznej) są pokrywane zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym.

Leki

Produkty farmaceutyczne obejmują lekarstwa i niektóre produkty żywnościowe przeznaczone do leczenia. Lekarstwa dopuszczone są, w zasadzie, podzielone na grupy substancji terapeutycznych ekwiwalentnych. Pułap refundacji jednej grupy leków jest ustalany na podstawie średniej ceny lekarstw z tej grupy. Jeśli ubezpieczony wybierze lekarstwo, którego cena przekracza ten pułap, musi sam zapłacić różnicę. Nie ma pułapu refundacji dla leku dopuszczonego, ale nieekwiwalentnego dla innych substancji terapeutycznych. Powyższy system określa się jako „system refundacji leków” (*Geneesmiddelenvergoedingensysteem* or *GVS*).

Ubezpieczyciele świadczący ubezpieczenia zdrowotne mogą ograniczyć refundację do leków zawierających określone substancje czynne. Należy podkreślić, że to ubezpieczyciele (pod pewnymi warunkami) określają, które leki są refundowane.

Transport

Transport chorych, po uzyskaniu zezwolenia, odbywa się karetką pogotowia, taksówką lub prywatnym samochodem, pod warunkiem posiadania zlecenia lekarskiego. W tym celu, lekarz prowadzący wydaje zaświadczenie. Uprawnienie to obejmuje także pokrycie kosztów korzystania z publicznych środków transportu w przypadku podróży do lub z zakładu opieki zdrowotnej. W niektórych przypadkach ubezpieczyciel zdrowotny może zatwierdzić stosowanie specjalnych środków transportu, np. helikoptera.

Jeśli chodzi o publiczne środki transportu, taksówkę lub prywatny samochód, pacjent najpierw płaci sam do pewnej wysokości w ciągu 12 miesięcy. Koszty transportu samochodem prywatnym są zwracane według ustalonej stawki kilometrowej.

Transport chorych w pozycji leżącej lub wymagających nadzoru jest dozwolony tylko w czterech wypadkach: dla pacjentów dializowanych ze względu na schorzenia nerek, pacjentów poddanych chemoterapii lub radioterapii, osób niedowidzących, które nie mogą się przemieszczać bez osoby towarzyszącej oraz pacjentów na wózkach inwalidzkich. Odległość jest ograniczona do 200 km (wyjazd). Pacjenci, którzy, po otrzymaniu odpowiedniego zezwolenia od ubezpieczyciela świadczącego ubezpieczenie zdrowotne, w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych otrzymują opiekę w jeszcze bardziej oddalonym zakładzie lub ośrodku (w Holandii lub za granicą), są uprawnieni do zwrotu kosztów transportu na większych odległościach.

Istnieje jednak klauzula na nieprzewidziane wypadki, dzięki której, w pewnych przypadkach, ubezpieczeni nienależący do żadnej z wyżej wymienionych kategorii mogą jednak starać się o refundację. Tak może się zdarzyć, jeśli ubezpieczony jest zmuszony do przemieszczenia się, aby leczyć przewlekłą chorobę lub dolegliwość.

Leczenie dentystyczne

W przypadku osób do 18. roku życia opieka dentystyczna obejmuje profilaktykę, fluoryzację do dwóch razy w roku od ukończenia 6. roku życia, zakładanie plomb, leczenie chorób przyzębia oraz zabiegi chirurgiczne. W przypadku dorosłych ubezpieczenie obejmuje wykonanie protezy oraz specjalistyczne zabiegi chirurgiczne.

Protezy, okulary, aparaty słuchowe

Koszty medyczne powyższych wyrobów podlegają uprzedniemu zatwierdzeniu przez ubezpieczyciela świadczącego ubezpieczenie zdrowotne. Nie obowiązuje podział kosztów, jedynie w pewnych warunkach może dotyczyć to obuwia ortopedycznego i aparatów słuchowych.

Leczenie szpitalne

Koszty opieki w szpitalach, z wyjątkiem szpitali psychiatrycznych lub wydziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych lub uniwersyteckich, ponosi podmiot działający na podstawie ustawy o szczególnych kosztach medycznych, jeżeli tego rodzaju opieka była świadczona przez ponad rok.

W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?

Ubezpieczyciel świadczący ubezpieczenie zdrowotne wydaje certyfikat rejestracji, aby dana osoba mogła wykazać, że jest ubezpieczona, w przypadku zwrócenia się o opiekę medyczną.

Ubezpieczony może zwrócić się do dowolnego lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje. Opieka specjalistyczna jest jednak dostępna tylko na podstawie skierowania wydanego przez lekarza rodzinnego. Jeżeli chodzi o leczenie szpitalne, ubezpieczony może wybrać dowolny szpital lub zakład zatwierdzony przez ministerstwo zdrowia.

Płatności dokonuje prywatny zakład ubezpieczeń zdrowotnych. W przypadku większości rodzajów opieki świadczonych na podstawie ustawy ubezpieczeni powyżej 18. roku życia są zobowiązani do uczestniczenia w kosztach. Pacjenci przewlekłe chorzy są jednak uprawnieni do otrzymania zwrotu kosztów.

Aby otrzymać produkty lecznicze, ubezpieczeni muszą się zarejestrować w wybranej aptece.

Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby

Kiedy masz prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Prawo do zasiłków chorobowych w okresie ubezpieczenia

Na podstawie kodeksu cywilnego, pracodawcy mają obowiązek kontynuować wypłacanie choremu pracownikowi najemnemu co najmniej 70% jego wynagrodzenia przez pierwsze dwa lata choroby. Ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych stanowi zabezpieczenie dla osób, które nie mają (już nie mają) pracodawcy. Po upływie dwóch lat może przysługiwać świadczenie WIA.

Pracownik ma prawo do zasiłku chorobowego, w przypadku gdy stosunek pracy upłynie pierwszego dnia choroby lub w czasie obowiązkowego wypłacania wynagrodzenia. Świadczenia wypłacane są od rozwiązania stosunku pracy, z zachowaniem co najmniej dwóch dni karencji. Możliwe są dwa warianty: osoba zatrudniona jest ubezpieczona przez pracodawcę, który wypłaca jej wynagrodzenie najdalej przez dwa lata. Jeśli pracownik jest związany umową na czas określony, jest pracownikiem tymczasowym (*uitzendkracht*) lub otrzymuje świadczenie z tytułu bezrobocia i zachoruje, wówczas rolę pracodawcy przejmuje UWV i wypłaca świadczenie z tytułu choroby.

Prawo do zasiłków chorobowych wygasa w każdym przypadku pierwszego dnia miesiąca, w którym ubezpieczony kończy 65 lat, lub po ustaniu choroby.

Prawo do zasiłków chorobowych po zakończeniu ubezpieczenia

Pod pewnymi warunkami, choroba, która wystąpiła mniej niż w miesiąc po zakończeniu ubezpieczenia może jeszcze dać prawo do świadczeń.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Pracownik najemny otrzymuje co najmniej 70% pobieranego wynagrodzenia przez pierwsze dwa lata choroby. Pracodawca nadal wypłaca wynagrodzenie do 104 tygodnia choroby pracownika, ale nigdy ponad czas trwania umowy.

Maksymalna kwota dziennego wynagrodzenia wynosi 193,09 EUR. Na podstawie zgody ministra zarządy reprezentujące przedsiębiorstwa prowadzące taki sam rodzaj działalności w układach zbiorowych pracodawców i pracobiorców mogą zwiększyć dany procent. Ponadto, jeżeli 70% dziennego wynagrodzenia wynosi mniej niż minimum socjalne, możliwe jest złożenie wniosku o dodatek przewidziany w ustawie o świadczeniach uzupełniających (*Toeslagenwet, TW*), który przyznaje się na podstawie oceny dochodów.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Pracownik posiadający prawo do zasiłków chorobowych musi zgłosić, lub sprawić by zgłoszono, jak najwcześniej (najpóźniej drugiego dnia choroby) jego chorobę, gdy tylko musi przerwać pracę lub nie może się udać do pracy z powodu choroby.

Pracodawcę powiadomi pracownika o zasadach zgłaszania obowiązujących w tym względzie.

Pracownik musi umożliwić dokonywanie kontroli. W zasadzie powinien się znajdować w domu w chwilach wskazanych w przepisach kontrolnych.

Pracownik najemny, który wnioskuje o świadczenia z tytułu choroby i którego niezdolność do pracy jest poddana kontroli przez zakład świadczeń, musi spełnić zasady instytutu systemów świadczeń pracowniczych (*UWV*).

Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa

Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?

Zob. część dotyczącą opieki zdrowotnej.

Osoby ubezpieczone na podstawie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym są uprawnione, między innymi, do opieki związanej z macierzyństwem. Osoby ubezpieczone na podstawie ustawy o szczególnych kosztach medycznych są uprawnione, między innymi, do opieki nad matką i dzieckiem.

Osoby zatrudnione w Holandii jako pracownicy najemni i ubezpieczone z własnego tytułu mają prawo w okresie ciąży do świadczeń pieniężnych z tytułu macierzyństwa (*Zwangerschapsuitkering* lub *WAZO, Wet Arbeid en Zorg*).

Co obejmuje ubezpieczenie?

Osoby ubezpieczone na podstawie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym są uprawnione do opieki świadczonej na rzecz matki i dziecka przez maksymalny okres dziesięciu dni po porodzie.

Osoby ubezpieczone na podstawie ustawy o szczególnych kosztach medycznych mają prawo do wsparcia, porad i innych form opieki w okresie ciąży, a także do regularnych kontroli stanu zdrowia dziecka przez pierwsze lata jego życia. W zasadzie AWBZ pokrywa koszty leczenia, opiekę pielęgniarską i pomoc w czasie przewlekłej choroby lub poważnej niepełnosprawności.

Urlop macierzyński przyznaje się na okres 16 tygodni. Przed porodem obowiązkowy jest urlop wynoszący od sześciu do czterech tygodni. Po porodzie dana osoba korzysta z pozostałych 10-12 tygodni urlopu.

W przypadku przedwczesnego porodu liczba dni pozostałych do zwykłego terminu zostaje dodana do urlopu po porodzie. Jeżeli poród jest późny, liczbę dni od ustalonego terminu do rzeczywistej daty porodu dodaje się do całego okresu urlopu. W takim przypadku urlop będzie dłuższy niż 16 tygodni.

W okresie ciąży dana osoba otrzymuje świadczenie z tytułu macierzyństwa odpowiadające pełnej kwocie dziennego wynagrodzenia. Przez 16 tygodni urlopu macierzyńskiego instytucja ubezpieczeniowa, do której należy pracodawca danej osoby, wypłaca świadczenie równe 100% wynagrodzenia. Maksymalna kwota dziennego wynagrodzenia wynosi 193,09 EUR.

Jeżeli po zakończeniu okresu świadczenia, dana osoba jest nadal niezdolna do pracy w wyniku ciąży lub porodu, świadczenie w tej samej wysokości (tj. 100% dziennego wynagrodzenia) będzie nadal wypłacane przez maksymalny okres 52 tygodni. Ponadto w przypadku choroby spowodowanej ciążą przed rozpoczęciem urlopu macierzyńskiego, wypłaca się świadczenie z tytułu choroby, które również wynosi 100% dziennego wynagrodzenia.

Dana osoba jest także uprawniona do bezpłatnej opieki położniczej oraz zwrotu kosztów opieki po porodzie z kasy chorych, jeżeli należy do holenderskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (*Zorgverzekeringswet*). Zwykle opiekę położniczą świadczy położna, ale w stosownych przypadkach również lekarz rodzinny lub specjalista, jeżeli w klinice lub szpitalu nie jest dostępna położna lub jeżeli jest to wskazane ze względów medycznych.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa?

Aby otrzymać świadczenie z tytułu macierzyństwa, dana osoba musi najpierw przedstawić zaświadczenie o ciąży (*Zwangerschapsverklaring*) pracodawcy. Pracodawca otrzyma zwrot kosztów urlopu macierzyńskiego od UWV. Osoba prowadząca działalność na własny rachunek może zwrócić się do UWV, aby otrzymać świadczenia z tytułu macierzyństwa.

Dodatkowe informacje na temat bezpłatnej opieki położniczej i zwrotu kosztów opieki po porodzie można otrzymać od ubezpieczyciela.

W przypadku skorzystania z usług ośrodka macierzyńskiego (*Kraamcentrum*), należy zwrócić się do stowarzyszenia opieki medycznej (*Kruisvereniging*) najpóźniej na pięć miesięcy przed przewidywaną datą porodu.

Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa

Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Pracownicy

Zakres ustawy o pracy i wynagrodzeniu w zależności od zdolności do pracy (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA) obejmuje wszystkich pracowników najemnych, którzy są całkowicie lub częściowo niezdolni do pracy.

Daną osobę uznaje się za całkowicie lub częściowo niezdolną do pracy, jeżeli z powodu choroby lub niepełnosprawności nie może uzyskać wynagrodzenia, jakie zdrowy pracownik o podobnych kwalifikacjach i równoważnych umiejętnościach otrzymuje normalnie w regionie, gdzie dana osoba pracuje lub pracowała bądź w pobliżu. Nie dokonuje się rozróżnienia ze względu na przyczynę niezdolności (inwalidztwo lub wypadek przy pracy). Świadczenia przysługują osobom z niezdolnością do pracy na poziomie co najmniej 35%.

W przypadku osób częściowo niezdolnych do pracy nacisk kładzie się nie na ochronę dochodu, ale na możliwość rehabilitacji. W ramach systemu powrotu do pracy osób częściowo niezdolnych do podjęcia zatrudnienia (*Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten, WGA*) zachęca się zarówno pracowników najemnych, jak i pracodawców do podjęcia działań mających na celu rehabilitację pracownika. W ramach systemu gwarancji dochodów dla osób w pełni niezdolnych do pracy (*Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, IVA*) zapewnia się dochód w przypadku pełnej i trwałej niezdolności do pracy, jeżeli nie istnieją szanse na poprawę stanu zdrowia lub są one niewielkie. IVA i WGA są elementami WIA.

Samozatrudniony

Osoby prowadzące działalność na własny rachunek, które stały się niezdolne do pracy, nie są objęte powyższymi przepisami i muszą same zawrzeć umowę ubezpieczenia od ryzyka utraty zdolności do pracy.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Ustawa o pracy i wynagrodzeniu w zależności od zdolności do pracy (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA) obejmuje dwie poniższe części:

System powrotu do pracy osób częściowo niezdolnych do podjęcia zatrudnienia

W ramach programu powrotu do pracy dla osób częściowo niezdolnych do podjęcia zatrudnienia (*Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten, WGA*) udziela się świadczeń zależnych od wynagrodzenia, które są wypłacane przez okres wynoszący od 3 do 38 miesięcy. Wysokość świadczenia zależy od stopnia niezdolności do pracy, ostatniego wynagrodzenia, jakie dana osoba pobrała jako pracownik najemny, oraz od wynagrodzenia pobieranego przy częściowej niezdolności do pracy. Jeżeli dana osoba nie pracuje, otrzymuje 75% ostatniego wynagrodzenia przez pierwsze dwa miesiące, a następnie 70% tego wynagrodzenia. Osoby częściowo niezdolne do pracy i wykonujące pracę zawodową otrzymują 75% różnicy między

kwotą ostatniego wynagrodzenia i kwotą obecnego dochodu, jako dodatek do wynagrodzenia przez pierwsze dwa miesiące.

Dodatek do dochodu lub zasiłek mogą być wypłacane do ukończenia 65. roku życia. Jeżeli dana osoba uzyskuje dochody na poziomie 50% pozostałej zdolności do zarabkowania, otrzymuje uzupełnienie w wysokości 70% różnicy między ostatnim wynagrodzeniem, a wynagrodzeniem, jakie pobierałaby przy pozostałej niezdolności do pracy. Osoba, która po zakończeniu okresu wypłacania zasiłku uzależnionego od wynagrodzenia pozostaje bez pracy lub której dochody są na poziomie poniżej 50% pozostałej zdolności do zarabkowania, otrzymuje świadczenie oparte na współczynniku procentowym wynagrodzenia minimalnego.

System gwarancji dochodów dla osób w pełni niezdolnych do pracy

W ramach systemu gwarancji dochodów dla osób w pełni niezdolnych do pracy (*Regeling inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, IVA*) wypłaca się 75% ostatniego wynagrodzenia.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?

UWV musi ocenić, czy i w jakim stopniu osoba jest niezdolna do pracy. W tym celu, w okresie do 20 miesięcy od wystąpienia niezdolności do pracy, udzieli informacji, w jaki sposób należy ubiegać się o świadczenie. Dana osoba musi złożyć wniosek najpóźniej przed upływem 21 miesięcy.

Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku

Kiedy masz prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Dopóki osoba mieszka lub pracuje w Holandii, jest ubezpieczona na mocy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu emerytalnym (*Algemene Ouderdomswet, AOW*). Zasadniczo emerytura przysługuje wszystkim mężczyznom i kobietom po ukończeniu 65. roku życia. Pod pewnymi warunkami możliwe jest zawarcie dobrowolnej umowy ubezpieczenia na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu emerytalnym w czasie pobytu za granicą.

Uzupełniające systemy emerytalne

Jeśli osoba zatrudniona jest w Holandii może być również objęta emerytalnym systemem uzupełniającym. W wielu sektorów zawodowych w Holandii zawodowy system emerytalny jest obowiązkowy. Tak jest na przykład z przemysłem metalurgicznym, budownictwem, malarstwem pokojowym, rolnictwem, przemysłem graficznym, hotelarstwem, transportem kołowym, marynarką handlową, rybołówstwem morskim, przemysłem tekstylnym i opieką zdrowotną. Być może pracodawca posiada emerytalny system uzupełniający funkcjonujący wyłącznie w jego przedsiębiorstwie lub też zawarł szczególną umowę ubezpieczeniową z towarzystwem ubezpieczeń na życie.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość emerytur jest zryczałtowana, jednakże dwa razy do roku są one indeksowane w zależności od wahań wynagrodzeń. Emerytury są wypłacane raz w miesiącu. Raz do roku, w maju, wypłacany jest również dodatek urlopowy. Wysokość ryczałtowa emerytury (*AOW*) zmniejszona jest o 2% za każdy miesiąc, w którym osoba uprawniona nie była ubezpieczona. Oznacza to, że ubezpieczony otrzymuje 2% pełnej emerytury za każdy pełny rok, w którym zamieszkiwał lub pracował w Holandii.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Emerytura

Na kilka miesięcy przed ukończeniem 65 lat, pracownik mieszkający w tym czasie w Holandii, otrzyma specjalny formularz wniosku o emeryturę, który powinien skierować do banku ubezpieczeń społecznych (*Sociale Verzekeringsbank*).

Okres holenderskiej emerytury rozpoczyna się począwszy od pierwszego dnia miesiąca, w którym dana osoba kończy 65 lat. Złożenie wniosku po upływie ponad roku od tej daty może okazać się dla ubezpieczonego niekorzystne finansowo.

Jeżeli chodzi o dobrowolny system emerytalny, wszelkie niezbędne informacje można uzyskać w [banku ubezpieczeń społecznych](#). Jeśli pracownik zamierza zawrzeć umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu, wniosek musi zostać złożony w odpowiednim terminie,

to znaczy w ciągu roku następującego po wyjeździe zagranicę lub w ciągu roku od osiedlenia się lub rozpoczęcia działalności zawodowej w Holandii. Zwracamy uwagę na to, że współmałżonek lub partner pracownika mieszkający w państwie pochodzenia nie jest ubezpieczony.

Uzupełniające systemy emerytalne

Informacji na temat uprawnień w tym zakresie można zasięgnąć u swojego pracodawcy.

Nadzór nad systemami uzupełniającymi pełni Nederlandsche Bank.

Świadczenia wynikające z emerytalnych systemów uzupełniających muszą stanowić przedmiot wniosku skierowanego do kasy emerytalnej danego zawodu lub właściwego przedsiębiorstwa albo do towarzystwa ubezpieczeń na życie, które zarządza systemem. Spory wynikające ze stosowania emerytalnych systemów uzupełniających rozstrzygane są przez sądy cywilne.

Rozdział VII: Renty rodzinne

Kiedy osoba jest uprawniona do renty rodzinnej?

Dopóki osoba mieszka lub pracuje w Holandii, podlega ona holenderskiemu ubezpieczeniu dla pozostałych przy życiu osób pozostających na utrzymaniu. Jeśli osoba już nie mieszka ani nie pracuje w Holandii, może dobrowolnie przystąpić do tego ubezpieczenia.

Ubezpieczenie, którego podstawę prawną stanowi ustawa ogólna o osobach pozostałych przy życiu po śmierci żywiciela (*Algemene Nabestaandenwet, ANW*), obejmuje różne świadczenia takie, jak renta rodzinna, renta półsieroca, renta sieroca oraz dodatek na opiekę.

Partner pozostały przy życiu po zmarłym ubezpieczonym jest uprawniony do renty rodzinnej, jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego ma dziecko stanu wolnego do 18. roku życia lub oczekuje dziecka, jest niezdolny do pracy (nie może uzyskać 45% normalnego wynagrodzenia w odpowiednim do kwalifikacji miejscu pracy) bądź jest urodzony przed dniem 1 stycznia 1950 r. Za dzieci partnera pozostałe przy życiu, które nie ukończyły 18. roku życia, uznaje się dzieci biologiczne lub dzieci adoptowane, tj. dzieci innej osoby objęte opieką i wychowywane jak dzieci biologiczne. Prawo do renty wdowiej wygasa, kiedy pozostały przy życiu nie ma już dziecka niezamężnego na utrzymaniu lub nie jest już niezdolny do pracy.

W każdym przypadku uprawnienie do renty wygasa pierwszego dnia miesiąca, w którym partner pozostały przy życiu kończy 65 lat i zwykle nabywa prawo do emerytury. Prawo do renty wdowiej wygasa również w przypadku ponownego zawarcia związku małżeńskiego, zarejestrowanego partnerstwa lub konkubinatu.

Rodzic lub ustawowy opiekun, który przyjmuje do swojej rodziny na utrzymanie częściową sierotę w wieku poniżej 18 lat i niezamężną/nieżonatą ma prawo do renty na częściową sierotę. Przez częściową sierotę uważa się sierotę, której jedno z rodziców zmarło.

Okres wypłacania renty półsieroczej kończy się, kiedy najmłodsze dziecko kończy 18 lat, dołącza do innego gospodarstwa domowego lub jeżeli rodzic lub opiekun zaczyna pobierać rentę dla osób samotnie wychowujących dzieci opartą na emeryturze. Wygasa również, jeśli dziecko jest adoptowane przez (nowego) współmałżonka rodzica pozostałego przy życiu.

Prawo do renty sieroczej mają w zasadzie pełne sieroty, to znaczy takie, które straciły ojca i matkę. Prawo to rozciąga się również na sieroty w wieku 16 do 21 lat, które uczą się w szkole lub zajmują się w wymiarze ponad 19 godzin tygodniowo małżeństwem mającym przynajmniej jedną inną sierotę, jak również sieroty w wieku 16 i 17 lat, które są niepełnosprawne. Świadczenia są bezpośrednio związane z wahaniami wynagrodzenia minimalnego i zmieniają się w zależności od wieku sieroty. Istnieją trzy grupy wiekowe: dzieci poniżej 10 lat, dzieci w wieku 10 do 16 lat oraz dzieci w wieku od 16 do 21 lat.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Renta rodzinna wynosi maksymalnie 70% wynagrodzenia minimalnego i jest uzależniona od dochodu osoby pozostałej przy życiu.

Renta półsieroca wynosi 20% wynagrodzenia minimalnego i nie zależy od dochodu. Partner pozostający przy życiu, który ma dziecko poniżej 18. roku życia, może zatem otrzymać świadczenia w wysokości do 90% wynagrodzenia minimalnego.

Renta sieroca jest bezpośrednio związana z wynagrodzeniem minimalnym i różni się w zależności od wieku sieroty. Istnieją trzy grupy wiekowe: dzieci poniżej 10 lat, dzieci w wieku 10 do 16 lat oraz dzieci w wieku od 16 do 21 lat.

Renta sieroca nie jest uzależniona od innych źródeł dochodów.

Wysokość świadczenia jest korygowana dwa razy w roku odpowiednio do podwyżek wynagrodzenia minimalnego. Wpłaty mają miejsce co miesiąc. Raz do roku, w maju, wypłacany jest dodatek urlopowy.

W przypadku śmierci po zakończeniu okresu ubezpieczenia kwota renty jest uzależniona od umów międzynarodowych oraz okresów ubezpieczenia uzyskanych przez ubezpieczonego w Holandii.

Świadczenie z tytułu śmierci

Osobom pozostałym przy życiu po śmierci pracownika przysługują świadczenia pieniężne, które przysługują od dnia, w którym nastąpiła śmierć. Po tym dniu wynagrodzenie nie jest już wypłacane. Powyższe świadczenie wynosi 100% miesięcznego wynagrodzenia pobieranego w czasie nastąpienia śmierci. Świadczenie z tytułu śmierci będzie również wypłacane, jeżeli zmarły pobierał świadczenie socjalne (*WW-, Ziektewet-, WAO-, WIA, WAZ, IOW, TW lub Wajong uitkering*). Świadczenie z tytułu śmierci odpowiada wtedy miesięcznej wypłacie świadczenia socjalnego.

W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?

W takim przypadku należy złożyć wniosek o dobrowolne ubezpieczenie w ciągu roku następującego po wyjeździe zagranicę. Dodatkowe informacje można uzyskać w banku ubezpieczeń społecznych (*Sociale Verzekeringsbank*).

W przypadku śmierci ubezpieczonego osoba pozostała przy życiu w Holandii musi jak najszybciej złożyć wniosek o rentę rodzinną lub (pół-)sierocą w banku ubezpieczeń społecznych. Wniosek złożony później niż w rok po śmierci ubezpieczonego naraża je na straty finansowe.

Otrzymywanie renty wdowiej nie wyklucza prawa do zasiłków rodzinnych. Bank ubezpieczeń społecznych dostarczy dodatkowych informacji na ten temat.

W przypadku śmierci po zakończeniu okresu ubezpieczenia osoby pozostałe przy życiu muszą złożyć wniosek do instytucji ubezpieczeń rentowych w swoim kraju zamieszkania, który z kolei przekaże go do banku ubezpieczeń społecznych. Jeśli wniosek zostanie złożony ponad rok po śmierci ubezpieczonego, może to prowadzić do niekorzystnej sytuacji finansowej. Bank ubezpieczeń społecznych sprawdzi, czy warunki przyznania renty zostały spełnione i równocześnie, czy osoba ma prawo do zasiłków rodzinnych.

Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

W Holandii nie istnieje odrębne ubezpieczenie od wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych. Jeżeli dana osoba jest niezdolna do pracy w następstwie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, przez pierwsze dwa lata zastosowanie mają przepisy dotyczące choroby. Następnie ubezpieczony może ubiegać się o świadczenie pieniężne z tytułu inwalidztwa. Ubezpieczonemu przysługują również świadczenia rzeczowe w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Zob. część dotyczącą świadczeń pieniężnych z tytułu choroby i część dotyczącą inwalidztwa.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

Zob. część dotyczącą świadczeń pieniężnych z tytułu choroby i część dotyczącą inwalidztwa.

Rozdział IX: Świadczenia rodzinne

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?

Jeśli osoba uprawniona mieszka lub pracuje w Holandii, zwyczajowo ma prawo do zasiłków rodzinnych począwszy od pierwszego dziecka. Uprawnienie to dotyczy własnych dzieci, dzieci z poprzedniego małżeństwa oraz dzieci adoptowanych w wieku poniżej 16 lat, pod warunkiem, że pozostają one na utrzymaniu osoby uprawnionej w rozumieniu ustawodawstwa holenderskiego. W przypadku dzieci w wieku od 16 do 18 lat muszą zostać spełnione dodatkowe wymagania – muszą pobierać naukę, być niepełnosprawne lub bezrobotne. Warunki dotyczące utrzymania mają zastosowanie do dzieci, które nie mieszkają z rodzicami, tj. kwota świadczenia rodzinnego może się różnić w zależności od poziomu utrzymania zapewnianego przez rodziców. Dochód dziecka nie może przekraczać określonych progów dotyczących dzieci, które nie zamieszkują z rodzicami oraz dzieci mieszkających w domu rodzinnym w wieku od 16 do 17 lat.

Wnioskodawca otrzymuje prawo do zasiłków rodzinnych pod warunkiem, że jest ubezpieczony pierwszego dnia kwartału, w którym składa wniosek o świadczenie. W tym dniu również musi spełniać pozostałe warunki ustalone do przyznania zasiłków.

Oprócz powyższego zasiłku dostępny jest dodatek na dzieci określony w ustawie. Kwota tego dodatku zależy od dochodu rodziców, liczny dzieci i ich wieku.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość zasiłków rodzinnych jest zależny od wielkości rodziny i wieku dzieci w pierwszym dniu każdego kwartału (data referencyjna).

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?

Aby otrzymać zasiłki rodzinne, należy skierować do lokalnego biura (*Vestigingskantoor*) banku ubezpieczeń społecznych (*Sociale Verzekeringsbank – SVB*) właściwego ze względu na miejsce zamieszkania wypełniony i podpisany formularz wniosku. Formularze wniosku można otrzymać w banku ubezpieczeń społecznych. Jeżeli dziecko urodzi się w Holandii, SVB przyśle formularz wniosku w ciągu kilku tygodni. Po złożeniu wniosku po raz pierwszy, tylko zmiany mogące wpłynąć na prawo do zasiłków rodzinnych powinny być zgłaszane do lokalnego biura SVB. Zasiłek na dzieci wypłaca się pod koniec każdego kwartału. Jeśli dzieci należą do rodziny pary małżonków, wniosek może złożyć jedno z nich. Jeżeli rodzice są rozwiedzeni lub pozostają w separacji, wniosek składa rodzic, z którym mieszka dziecko.

Rozdział X: Bezrobocie

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?

Jeżeli w Holandii dana osoba traci pracę, przysługuje jej zasiłek z tytułu bezrobocia na podstawie ustawy o świadczeniach z tytułu bezrobocia (*Werkloosheidswet* lub *WW*). Osoby ubiegające się o świadczenie przewidziane w powyższej ustawie muszą spełnić określone warunki, a w szczególności:

- utrata co najmniej pięciu godzin pracy w tygodniu (oraz odpowiedniego wynagrodzenia) jako pracownik najemny (pracownicy najemni zatrudnieni w wymiarze wynoszącym mniej niż 10 godzin muszą stracić połowę tych godzin);
- gotowość do podjęcia zatrudnienia w ramach holenderskiego rynku pracy;
- przepracowane co najmniej 26 tygodni w ciągu okresu 36 tygodni poprzedzającego pierwszy dzień bezrobocia (warunek dotyczący liczby tygodni).

W przypadku spełnienia powyższych warunków dana osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu bezrobocia określonych w ustawie, chyba że:

- jest uprawniona do świadczenia z tytułu choroby ze względu na pełną niezdolność do pracy;
- ukończyła 65 lat;
- przebywa lub zamieszkuje poza Holandią;
- przebywa w zakładzie karnym;
- znajduje się w innej sytuacji, mającej wpływ na uprawnienia.

Jeśli nie osoba nie spełnia warunków do przyznania zasiłku dla bezrobotnych lub nie jest już uprawniona do wyżej wymienionych zasiłków, może, pod pewnymi warunkami, uzyskać zasiłek od gminy, w której mieszka. Wysokość tego zasiłku jest ustalana w zależności od sytuacji rodzinnej oraz od posiadanych środków, a także od sytuacji partnera/partnerki.

Jeżeli dana osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu bezrobocia przewidzianych w ustawie, musi wywiązać się z określonych obowiązków, na przykład:

- zarejestrować się w terminie w instytucie systemów świadczeń pracowniczych (UWV);
- wystarczająco aktywnie poszukiwać zatrudnienia i przyjąć pracę odpowiadającą jej kwalifikacjom;
- informować Instytut Systemów Świadczeń Pracowniczych o działaniach takich, jak poszukiwanie pracy i podejmowanie zatrudnienia.

Jeżeli powyższe obowiązki nie zostaną spełnione, świadczenie przestaje być wypłacane lub zostaje zastosowana sankcja.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Bezrobotny otrzymuje 75% ostatniego dziennego wynagrodzenia (ustalanego na maksymalnym poziomie) przez pierwsze dwa miesiące, a następnie 70% tego wynagrodzenia.

Okres świadczeń jest ograniczony. Osoba, która spełnia tylko warunek dotyczący liczby tygodni, otrzymuje świadczenia przez maksymalny okres trzech miesięcy. Osoba, która spełnia również warunek dotyczący liczby lat otrzymuje świadczenia przez okres równy liczbie miesięcy zatrudnienia, ale nie dłuższy niż 38 miesięcy. Dana osoba spełnia warunek dotyczący liczby lat, jeżeli pobierała wynagrodzenie przez co najmniej 52 dni w ciągu co najmniej czterech lat pracy z pięciu ostatnich lat poprzedzających rok, w którym utraciła pracę.

W pewnych okolicznościach, jeżeli świadczenie jest niższe niż minimum socjalne (*sociaal minimum*), dana osoba jest uprawniona do złożenia wniosku o dodatek na podstawie ustawy o świadczeniach uzupełniających (*Toeslagenwet*). Zasiłek wygasa w każdym przypadku w dniu, w którym uprawniona osoba kończy 65 lat, a wtedy, w zasadzie, można starać się o emeryturę.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?

Aby otrzymać świadczenie z tytułu bezrobocia, należy złożyć wniosek w instytucie systemów świadczeń pracowniczych (UWV) i zarejestrować się tam jako osoba poszukująca pracy.

Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Ustawa o świadczeniach uzupełniających (TW)

Ustawa o świadczeniach uzupełniających zapewnia minimalny dochód niektórym beneficjentom, których poziom dochodu jest niższy od minimum socjalnego. Ustawa TW przewiduje uzupełniające świadczenie oparte na różnicy między uzyskiwanym dochodem a minimum socjalnym.

Powyższe świadczenie może być wypłacane jednocześnie ze świadczeniem z tytułu choroby, bezrobocia, niezdolności do pracy, zasiłkiem ciężowym/macierzyńskim bądź dodatkiem adopcyjnym/opiekuńczym.

Otrzymać świadczenie uzupełniające mogą osoby które:

- pozostają w związku małżeńskim (lub w związku partnerskim), a ich dochód (gospodarstwa domowego) wynosi mniej niż wynagrodzenie minimalne; lub
- wychowują samotnie dziecko poniżej 18. roku życia, a dochód gospodarstwa domowego wynosi mniej niż 90% wynagrodzenia minimalnego; lub
- żyją samotnie i uzyskują dochód niższy niż 70% wynagrodzenia minimalnego.

Ustawa o pomocy dla młodych osób niepełnosprawnych (Wajong)

Ustawa przewiduje udzielenie wsparcia w zakresie szukania i utrzymania pracy za wynagrodzeniem na rzecz młodych niepełnosprawnych osób, w tym studentów, w przypadku których niepełnosprawność wystąpiła w pierwszych latach życia. Ponadto młode osoby niepełnosprawne mogą złożyć wniosek o wsparcie dochodu w celu uzupełnienia ich wynagrodzenia za pracę.

Osoba niepełnosprawna jest uprawniona do takiego wsparcia lub świadczeń określonych w ustawie, jeżeli w dniu siedemnastych urodzin nie jest zdolna do uzyskania dochodu na poziomie ponad 75% wynagrodzenia, jakie uzyskuje zdrowa osoba o takim samym wykształceniu i doświadczeniu (*maatman*). Danej osobie może również przysługiwać powyższe wsparcie lub świadczenia, jeżeli nie ukończyła 30 lat i nie jest zdolna do uzyskania dochodu na poziomie ponad 75% wynagrodzenia, jakie uzyskuje zdrowa osoba o takim samym wykształceniu i doświadczeniu (*maatman*), w czasie studiów wyższych, a pod koniec nauki będzie to stanowiło przeszkodę w wykonywaniu pracy zawodowej w pełnym zakresie. Osoba ta musi ukończyć co najmniej sześć miesięcy nauki na wyższej uczelni w ciągu roku poprzedzającym rok wystąpienia niepełnosprawności. Osoba ta musi ukończyć co najmniej sześć miesięcy nauki na wyższej uczelni w ciągu roku poprzedzającym rok wystąpienia niepełnosprawności.

Wsparcie/świadczenie określone w ustawie o pomocy z tytułu niepełnosprawności dla młodych osób niepełnosprawnych przestaje być wypłacane, kiedy beneficjent ukończy 65 lat lub jeżeli jest zdolny do uzyskania dochodu w wysokości ponad 75% wynagrodzenia, jakie uzyskuje zdrowa osoba o takim samym wykształceniu i doświadczeniu.

Osoba niepełnosprawna jest uprawniona do świadczenia określonego w ustawie *Wajong*, jeżeli zostanie uznana za niezdolną do uzyskania dochodu w wysokości ponad 75% wynagrodzenia jakie uzyskuje zdrowa osoba o takich samych kwalifikacjach, przez co najmniej 52 kolejne tygodnie. Istnieje więc roczny okres oczekiwania. Bierze on pod uwagę czterotygodniowe, nieprzerwane okresy choroby.

Pod koniec okresu oczekiwania dana osoba musi być nadal niezdolna do uzyskania ponad 75% wynagrodzenia, jakie pobiera zdrowa osoba o takich samych kwalifikacjach. Nawet jeżeli powyższy warunek nie zostanie spełniony, beneficjent zachowuje prawo do świadczenia w przypadku, w którym przez cztery tygodnie od zakończenia okresu oczekiwania nie może zarobić ponad 75% wynagrodzenia, jakie otrzymuje zdrowa osoba o takich samych kwalifikacjach.

Pomoc społeczna

Ustawa o pracy i pomocy społecznej (*Wet Werk en Bijstand – WWB*), jako narzędzie siatki bezpieczeństwa, zapewnia dochód minimalny każdej osobie legalnie zamieszkującej w Holandii, która nie posiada wystarczających środków, aby się utrzymać. Świadczenie przysługuje do momentu znalezienia pracy. Beneficjent musi dołożyć wszelkich starań, aby znowu móc się utrzymywać samodzielnie, i ma obowiązek przyjąć propozycję pracy, która jest powszechnie akceptowalna. W przypadku niepowodzeń w znalezieniu zatrudnienia lokalne władze samorządowe, do których osoba zwróciła się o świadczenie społeczne, lub firma reintegracyjna mogą pomóc w znalezieniu pracy lub zdobyciu wykształcenia. Samotnie mieszkająca osoba, która pokrywa koszty mieszkania, jest zasadniczo uprawniona do świadczenia z tytułu pomocy społecznej w wysokości płacy minimalnej.

Więcej szczegółowych informacji na temat WWB można znaleźć w [tabelach MISSOC](#).

Co obejmuje ubezpieczenie?

Ustawa o świadczeniach uzupełniających (TW)

Ustawa o świadczeniach uzupełniających przewiduje uzupełnienie wynagrodzenia w każdym systemie świadczeń pracowniczych, jeśli świadczenie jest niższe od minimum socjalnego (70% płacy minimalnej) i pracodawca kontynuuje wypłacanie wynagrodzenia w drugim roku choroby pracownika, ale w wysokości 70% poprzedniej kwoty, co może oznaczać, że dochody danej osoby zmniejszają się do poziomu poniżej minimum socjalnego.

Ustawa o pomocy dla młodych osób niepełnosprawnych (*Wajong*)

Wysokość wypłacanego świadczenia zależy od wieku danej osoby i uzyskiwanego przez nią wynagrodzenia. W przypadku wsparcia dochodu zakłada się, że młode niepełnosprawne osoby wygenerują samodzielnie możliwie najwyższy dochód, a ogólne podejście polega na ukazaniu zatrudnienia jako atrakcyjnej i korzystnej perspektywy. Wysokość świadczenia określonego w ustawie *Wajong* zmienia się odpowiednio do sytuacji beneficjenta. W przypadku nastąpienia zmian odnośnie do stanu zdrowia, pracy lub wynagrodzenia danej osoby, świadczenie może zostać skorygowane. Dlatego też instytut systemów świadczeń pracowniczych (UWV) kontynuuje przeprowadzanie oceny sytuacji.

Świadczenie przewidziane w ustawie *Wajong* wypłaca się przez cały okres występowania niezdolności do pracy i wygasa w dniu ukończenia przez beneficjenta 65 lat. UWV może wezwać daną osobę do poddania się ponownej ocenie niezdolności do pracy.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Ustawa o świadczeniach uzupełniających (*TW*)

Świadczenia wypłaca instytut systemów świadczeń pracowniczych (*UWV*). Po przyznaniu prawa do tego świadczenia, beneficjent ma sześć tygodni, aby o nie wystąpić. Wnioski o uzupełnienie w każdym systemie świadczeń należy składać w urzędzie pracy przy UWV [*UWV Werkbedrijf*].

Ustawa o pomocy dla młodych osób niepełnosprawnych (*Wajong*)

Osoba, u której wystąpiła (częściowa) niepełnosprawność przed ukończeniem 17. roku życia, może złożyć wniosek o świadczenie przewidziane w ustawie *Wajong* w ramach UWV, na cztery miesiące przed ukończeniem 18 lat.

Osoba, u której wystąpiła (częściowa) niepełnosprawność w okresie studiów wyższych i która nie ukończyła 30. roku życia, może złożyć wniosek o świadczenie określone w ustawie *Wajong* w terminie ośmiu miesięcy po stwierdzeniu niepełnosprawności.

Rozdział XII: Opieka długoterminowa

Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej?

Ustawa o szczególnych kosztach medycznych (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ*) z dnia 14 grudnia 1967 r. obejmuje przypadki, w których istnieje potrzeba zapewnienia opieki osobom hospitalizowanym przez długi okres, osobom starszym, osobom niepełnosprawnym fizycznie i intelektualnie cierpiącym na przewlekłe dolegliwości.

Wszystkie osoby zamieszkujące i niezamieszkujące w Holandii, które pracują w tym kraju i płacą podatek od wynagrodzenia, są ubezpieczone z tytułu opieki długoterminowej.

Opieka medyczna jest objęta dwoma różnymi systemami ubezpieczeń, które się wzajemnie uzupełniają: systemem ubezpieczeń zdrowotnych i systemem ubezpieczeń z tytułu szczególnych kosztów medycznych. Podstawą drugiego systemu jest [ustawa o szczególnych kosztach medycznych \(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ\)](#). Każda osoba, która mieszka lub pracuje w Holandii jest ubezpieczona na podstawie ustawy AWBZ. Zasadniczo osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem na podstawie powyższej ustawy są zobowiązane do zawarcia umowy ubezpieczenia zdrowotnego. Rząd określił dwa wyjątki od tej zasady ogólnej, które dotyczą członków sił zbrojnych w służbie czynnej oraz osób odmawiających działania sprzecznego z własnym sumieniem.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Opiekę określa się w odniesieniu do pięciu szeroko pojętych funkcji: opieka osobista (np. pomoc przy myciu się, ubieraniu, goleniu, korzystaniu z toalety, jedzeniu i piciu), opieka pielęgnarska (np. opatrywanie ran, podawanie leków i zastrzyków), doradztwo na rzecz wsparcia (np. pomoc w zorganizowaniu dnia lub nauczaniu się, jak zajmować się gospodarstwem domowym), leczenie (np. specjalne zabiegi wykonywane przez specjalistę ds. opieki geriatrycznej, lekarza zajmującego się osobami z upośledzeniem rozwojowym lub specjalistę ds. zaburzeń zachowania) oraz zakwaterowanie (np. mieszkania chronione i opieka w domu opieki w przypadku, gdy opieka we własnym domu pacjenta nie jest odpowiednia ze względu na ogromny zakres potrzeb).

Opieka jest świadczona w formie „produktów”. Przykładami produktów oferowanych w ramach AWBZ są: opieka domowa, przyjęcie do domu opieki, przyjęcie do instytucji dla osób z upośledzeniem umysłowym lub dla osób niepełnosprawnych. Produkt składa się z pojedynczej funkcji lub połączenia funkcji.

Jeżeli chodzi o świadczenia pieniężne, ubezpieczony może opcjonalnie zamiast świadczeń rzeczowych z tytułu opieki wybrać środki na opiekę osobistą (*persoonsgebonden budget, PGB*), za które samodzielnie zakupi usługi w zakresie opieki. Środki te przyznaje się tylko osobom ze wskazaniem do długiego pobytu (zakwaterowania). Kwota PGB zależy od potrzeb danej osoby w tym zakresie. Osoby otrzymujące PGB, które nie mają wskazania do długiego pobytu (zakwaterowania), zachowują te środki do 1 stycznia 2014 r.

Nieformalni opiekunowie, którzy zapewniają opiekę długoterminową w domu osobom wymagającym takiej opieki, otrzymują wynagrodzenie finansowe w wysokości 200 EUR rocznie.

Opieka jest zapewniana w postaci świadczeń rzeczowych. Ubezpieczenie obejmuje następujące świadczenia rzeczowe:

Opieka domowa

Jest to opieka świadczona przez daną instytucję w domu ubezpieczonego z dolegliwościami lub problemami somatycznymi, psychogeriatrycznymi lub psychiatrycznymi bądź fizyczną lub intelektualną niepełnosprawnością. Działania w obszarze opieki osobistej są wspierane lub przejmowane, aby zaradzić (tymczasowej) niezdolności ubezpieczonego do niezależnego trybu życia.

Opieka domowa obejmuje udostępnienie wyposażenia do opieki pielęgniarskiej na maksymalny okres 26 tygodni.

Opieka częściowo w domu opieki

Jest to opieka świadczona przez daną instytucję na rzecz ubezpieczonych z dolegliwościami lub problemami somatycznymi, psychogeriatrycznymi lub psychiatrycznymi bądź fizyczną lub intelektualną niepełnosprawnością. Celem tego rodzaju opieki jest propagowanie i utrzymywanie niezależnego trybu życia oraz zapobieganie oddawaniu ubezpieczonego pod całkowitą opiekę instytucji i zaniedbywaniu jego potrzeb.

Opieka w całości w domu opieki

Jest to opieka świadczona w danej instytucji, wymagana ze względu na potrzebę zapewnienia chronionego środowiska życia codziennego, środowiska terapeutycznego i stałego nadzoru w przypadku ubezpieczonych z dolegliwościami lub problemami somatycznymi, psychogeriatrycznymi lub psychiatrycznymi bądź fizyczną lub intelektualną niepełnosprawnością.

Pozostałe świadczenia

Poza wyżej wymienionym funkcjami opieki w ramach AWBZ przysługuje również na przykład transport pacjenta, pomoc pielęgniarska, opieka i wsparcie związane koniecznością porozumiewania się w języku migowym, opieka rehabilitacyjna, opieka prenatalna, badanie niektórych wrodzonych zaburzeń metabolicznych oraz szczepionki w ramach programu szczepień.

W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?

Ośrodek oceny potrzeb w zakresie opieki (*Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ*) odpowiada za bezstronne, obiektywne i należyte ustalenie, czy wymagane jest zapewnienie opieki, a jeżeli tak, określenie rodzaju i wymiaru opieki.

Ośrodek ocenia zapotrzebowanie na opiekę na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia. Ocena przeprowadzona przez ośrodek pozostaje ważna przez maksymalny okres pięciu lat. Po upływie tego okresu wymagane jest przeprowadzenie ponownej oceny potrzeb.

Świadczeniem opieki zajmują się głównie odpowiednie instytucje. Aby uzyskać uprawnienia do świadczenia opieki na podstawie ustawy o szczególnych kosztach medycznych, dana instytucja musi uzyskać zgodę i zawrzeć umowę z organem, który jest odpowiedzialny za wdrażanie przepisów wspomnianej ustawy.

Ubezpieczeni mogą również wybrać opcję polegającą na korzystaniu z udostępnionych środków na opiekę osobistą (*persoonsgebonden budget, PGB*), aby uzyskać opiekę od nieformalnych opiekunów (np. sąsiadów lub przyjaciół) bądź od podmiotów świadczących usługi zawodowo (np. wyspecjalizowanych agencji).

Ubezpieczyciel wydaje certyfikat rejestracji stanowiący dowód ubezpieczenia, który ubezpieczony przedstawia zwracając się o opiekę medyczną. Osoby, które zawarły umowę ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z przepisami ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym, automatycznie zostają zarejestrowane w zakładzie ubezpieczenia zdrowotnego na potrzeby ubezpieczenia przewidzianego w AWBZ.

Załącznik: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych

Aby uzyskać informacje na temat systemów zabezpieczenia społecznego dotyczącego większej liczby krajów UE, można zwrócić się do instytucji kontaktowej znajdującej się w spisie instytucji prowadzonym przez Komisję Europejską, dostępnym na następującej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>

Aby uzyskać dodatkowe informacje na temat systemu zabezpieczenia społecznego, należy zapoznać się z prezentacją *Stand van zaken van de sociale zekerheid: overzicht 1 juli 2012* (System zabezpieczenia społecznego w Holandii zgodnie ze stanem na dzień 1 lipca 2012 r.), dostępną pod następującym adresem:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2012/01/04/stand-van-zaken-van-de-sociale-zekerheid.html>

Dalsze informacje na temat opieki zdrowotnej w Holandii są dostępne w *Gezondheid en Zorg* pod adresem:
<http://www.rijksoverheid.nl/themas/gezondheid-en-zorg>

Informacje dotyczące prawa pracy transgranicznej w języku angielskim

<http://www.government.nl/issues/pensions-and-benefits> Informacje dotyczące transgranicznego zabezpieczenia społecznego

Rada ubezpieczeń zdrowotnych College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Postbus 320
1110 AH Diemen
Tel.: (31-10) 428 9551
<http://www.buitenland.cvz.nl>

Bank ubezpieczeń społecznych Sociale Verzekeringsbank (SVB)

Postbus 357
1180 AJ Amstelveen

Wydział ds. oddelegowań międzynarodowych Internationale Detachering (ID)

Tel.: (31-20) 656 52 77

Ubezpieczenia dobrowolne Vrijwillige Verzekeringen AOW/Anw

Tel.: 020 656 52 25
Vestiging Roermond Postbus 1244
6040 KE Roermond
Tel.: (31-475) 36 80 40
<http://www.svb.nl>

Wydział ds. Niemiec Bureau voor Duitse Zaken

Takenhofplein 4
6538 SZ Nijmegen

Tel.: (31-24) 343 19 00
<http://www.svb.nl/bdz>.
bdz@svb.nl.

Wydział ds. Belgii
Bureau voor Belgische Zaken

Rat Verlegstraat 2
4815 NZ Breda
Tel.: (31-76) 54 85 840
<http://www.svb.nl/bbz>.
bbz@svb.nl.

Instytut systemów ubezpieczeń pracowniczych
Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)

Postbus 58285 1040 HG Amsterdam
Tel.: (31-88) 898 2001
<http://www.uwv.nl>.

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego za granicą (Agis)
Zorgverzekering buitenland (Agis)

Postbus 19 3800 HA Amersfoort
Tel.: (31-900) 8685
<http://www.agisweb.nl>.

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego za granicą (CZ Sittard)
Zorgverzekering buitenland (CZ Sittard)

Postbus 55
6130 MA Sittard
<http://www.cz.nl>.

Informacje na temat podatków transgranicznych

Centrum doradztwa w zakresie pracy transgranicznej i zakładania transgranicznej działalności gospodarczej – Niemcy, Belgia, Holandia
Steunpunt Grensoverschrijdend Werken en Ondernemen (GWO) Duitsland, België Nederland

Terra Nigrastraat 10
6216 BL Maastricht
Tel.: Tel. 0800 024 12 12 (z Holandii)
0800 902 20 (z Belgii)
0800 101 13 52 (z Niemiec)
<http://www.belastingdienst.nl>.

Administracja skarbową i celna
Belastingdienst
Limburg/wydział ds. zagranicznych
(Limburg/kantoor Buitenland)

Postbus 2865
6401 DJ Heerlen
Tel.: (31-55) 53 85 385
<http://www.belastingdienst.nl>.
http://www.minfin.nl/nl/onderwerpen/belastingen/belastingen_internationaal