

Projekt optimalizace procesů zákonného zdravotního pojištění dle Nařízení EU ve Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR

Bc. Jaromír Kovařík

Diplomová práce
2005



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav podnikové ekonomiky
akademický rok: 2004/2005

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jaromír KOVÁŘÍK**
Studijní program: **N 6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Podniková ekonomika**

Téma práce: **Projekt optimalizace procesů zákonného zdravotního pojištění dle Nařízení EU ve Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR**

Zásady pro vypracování:

- 1. Vymezte rámec aktuálních projektových příležitostí ve Všeobecné zdravotní pojišťovně územní pracoviště Zlín, definujte ideu a hypotézu projektového řešení.**
- 2. Konfrontujte záměr ideje a hypotéz, dostupné literární prameny z oblasti zákonného zdravotního pojištění dle Nařízení EU v České republice a dopad vstupu ČR do EU na zákonné zdravotní pojištění.**
- 3. Zpracujte syntézu poznatků vyplývajících z bodu 2.**
- 4. Vypracujte projekt optimalizace procesů zákonného zdravotního pojištění dle Nařízení EU ve Všeobecné zdravotní pojišťovně územní pracoviště Zlín s ohledem na současné podmínky v podniku.**
- 5. Verifikujte projektové řešení.**
- 6. Prezentujte efektivnost daného projektového řešení se závěrečným doporučením pro společnost Všeobecná zdravotní pojišťovna územní pracoviště Zlín.**

ABSTRAKT

Abstrakt český

Česká republika se 1.5.2004 stala členským státem Evropské unie. Členství v této společnosti evropských států s sebou přináší i změnu v zajišťování našich nároků na zdravotní péči při pobytu ve státech Evropské unie a zemích Evropského hospodářského prostoru. Do 30.4.2004 se veřejné zdravotní pojištění řídilo právními předpisy České republiky. Od vstupu České republiky do Evropské Unie se veřejné zdravotní pojištění začalo řídit i Nařízením Evropské unie, které je nadřazeno českým právním předpisům.

V diplomové práci budu popisovat dopady vstupu České republiky do Evropské unie na veřejné zdravotní pojištění a jak tato změna ovlivní každého občana České republiky. V projektové části popisuji procesy, které nově vznikly zavedením Nařízení Evropské unie ve Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR Územní pracoviště Zlín.

Abstrakt ve světovém jazyce

The Czech Republic entered EU on 1.5.2004. The membership in the community of European countries brings also the change in ensuring of our claim for the health care during the stay in the countries of European Union and in the countries of European economic area. The public health insurance conformed to the legal regulations of the Czech Republic up to 30.4.2004. Since the entrance of the Czech Republic to European Union, the public health insurance started to follow the directive of European Union which is superior to the Czech legal regulations. In my Master thesis, I describe the impact of the entrance of the Czech Republic to European Union concerning the public health insurance and how this change affects every citizen of the Czech Republic. In the project part, I describe the processes which occurred by the implementation of the EU directive in Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR in the region of Zlín.

Na tomto místě bych rád poděkoval Ing. Martinovi Doležalovi, řediteli Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR Krajské pobočky pro Zlínský kraj a Územního pracoviště Zlín, za umožnění zpracování diplomové práce v této společnosti.

Dále děkuji také vedoucí diplomové práce paní doc. Ing. Ludmile Hromkové, CSc. za odborné vedení mé diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 VYMEZENÍ AKTUÁLNÍCH PROJEKTOVÝCH PŘÍLEŽITOSTÍ A STANOVENÍ IDEJE A HYPOTÉZY	9
2 KONFRONTACE ZÁMĚRU IDEJE A HYPOTÉZ S DOSTUPNÝMI LITERÁRNÍMI PRAMENY	10
2.1 SYSTÉMY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	10
2.2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PO ROCE 1990	11
2.3 PRÁVNÍ NORMY ZDRAVOTNICTVÍ V ČR.....	12
2.3.1 Aktuální změny v zákonech, upravujících veřejné zdravotní pojištění.....	13
2.4 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY V PRŮMYSLOVĚ VYSPĚLÝCH ZEMÍCH	16
2.5 ÚHRADY ZDRAVOTNÍ PÉČE V NĚKTERÝCH ZÁPADOEVROPSKÝCH ZEMÍCH.....	18
2.5.1 Belgie	18
2.5.2 Francie.....	18
2.5.3 Holandsko	19
2.5.4 Německo	19
2.5.5 Rakousko	20
2.5.6 Švýcarsko	21
2.5.7 Polsko	21
2.5.8 Spojené království Velké Británie a Severního Irska.....	21
2.6 SMYSL ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	22
2.7 PLÁTCI A POPLATNÍCI VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČR	23
2.7.1 Pojištěnci.....	23
2.7.2 Zaměstnavatel.....	25
2.7.3 Stát.....	25
2.8 PRÁVA A POVINNOSTI POJIŠTĚNCE V ČR	27
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
3 PROVÁDĚNÍ NAŘÍZENÍ EU V ČR V OBLASTI ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	30
3.1 VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ÚZEMNÍ PRACOVISŤE ZLÍN.....	30
3.2 CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD	31
3.3 VSTUP DO EVROPSKÉ UNIE – DŮSLEDKY PRO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍ PÉČE	33
3.4 PŘÍSLUŠNOST K PRÁVNÍM PŘEDPISŮM – POJISTNÁ POVINNOST	35
3.4.1 Základní principy	36
3.4.2 Hlavní výjimky ze základních principů.....	37
3.5 EVROPSKÉ FORMULÁŘE POUŽÍVANÉ DLE NAŘÍZENÍ.....	39
3.6 ROZSAHY NÁROKU NA ZDRAVOTNÍ PÉČI PODLE NAŘÍZENÍ	42

3.6.1	Lékařsky nezbytná zdravotní péče.....	42
3.6.2	Péče v plném rozsahu.....	43
3.6.3	Vyžádaná péče.....	43
3.7	PŘÍPADY JEDNOTLIVÝCH SKUPIN OSOB	43
3.7.1	Čeští pojištěnci cestující do jiného členského státu EU a EHP na přechodnou dobu.....	43
3.7.2	Čeští pojištěnci bydlící na území jiného členského státu EU a EHP	44
3.7.3	Pojištěnci členského státu EU a EHP cestující do ČR na přechodnou dobu	46
3.7.4	Pojištěnci členského státu bydlící v ČR.....	46
3.8	PROVÁDĚNÍ MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD ZA ZDRAVOTNÍ PÉČI.....	49
3.8.1	Provedení platby za péči poskytnutou našim pojištěncům na území států EU a EHP	50
3.8.2	Provedení platby za pojištěnce ze zemí EU a EHP.....	51
3.9	POSTUP DOPORUČENÝ LÉKAŘŮM PŘI OŠETŘENÍ POJIŠTĚNCŮ Z JINÉHO ČLENSKÉHO STÁTU EU, EHP.....	52
3.10	SYNTÉZA POZNATKŮ VYPLÝVAJÍCÍ Z TEORETICKÝCH PRAMENŮ A Z DŮSLEDKŮ VSTUPU ČR DO EU NA ČESKÝ SYSTÉM ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	54
III.	PROJEKTOVÁ ČÁST	58
4	PROJEKT OPTIMALIZACE PROCESŮ ZÁKONNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NA ÚP VZP ZLÍN.....	59
4.1	CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ	60
4.1.1	Oddělení pojistného a služeb pro klienty.....	60
4.1.2	Oddělení zdravotní péče.....	60
4.1.3	Ekonomické oddělení.....	61
4.2	METODA PROJEKTOVÁNÍ - VÝVOJOVÝ DIAGRAM.....	61
4.3	OPTIMALIZACE PROCESŮ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NA ÚP VZP ZLÍN PŘI APLIKACI NAŘÍZENÍ EU.....	62
4.3.1	Zaplacení zdravotní péče zdravotnickému zařízení za cizího pojištěnce.....	62
4.3.2	Zpracování formulářů E 125 CZ	66
4.3.3	Žádost českého pojištěnce o refundaci nákladů zaplacených v EU	67
4.3.4	Zpracování formulářů E 126 - cizí.....	71
4.3.5	Zpracování faktury včetně formulářů E 125 - cizí z CMU.....	72
4.4	VERIFIKACE PROJEKTOVÉHO ŘEŠENÍ.....	75
4.5	EFEKTIVNOST DANÉHO PROJEKTOVÉHO ŘEŠENÍ A DOPORUČENÍ	75
	ZÁVĚR.....	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	78
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	83
	SEZNAM TABULEK	83
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84

ÚVOD

Česká republika se 1.5.2004 stala členským státem Evropské unie. Se vstupem nenastaly změny jen v oblasti ekonomiky, daní, ale promítly se i do oblasti zákonného zdravotního pojištění. Vzniklá situace neovlivnila pouze zdravotní pojišťovny, její dopad pocítili jak samotní poskytovatelé zdravotní péče, tak i všichni občané České republiky. Členství v této společnosti evropských států s sebou přináší i nový způsob zajišťování našich nároků na zdravotní péči při pobytu ve státech Evropské unie a zemích Evropského hospodářského prostoru.

Největší změny však pocítily zdravotní pojišťovny, které jsou jistým zprostředkovatelem zdravotnického systému. Úkolem je zavedení systému zdravotního pojištění platného dle Nařízení Evropské unie v České republice. To znamená vyškolení svých zaměstnanců, poučení zdravotnických zařízení, lékařů a zajištění dostatečné dokonalosti při poskytování zdravotního pojištění jako služby pro občany.

Do vstupu České republiky do Evropské unie se zákonné zdravotní pojištění řídilo českým právním předpisem. Od 1.5.2004 se k těmto předpisům přiřadila i nařízení evropská, která jsou však nadřazená.

Všeobecná zdravotní pojišťovna se těmto nařízením musela podřídít a začlenit je do svého systému. Což není jednoduchá záležitost. Aplikace Nařízení Evropské unie k 1.5.2004 proběhla, i když s menšími problémy. Je však nutné podotknout, že tato aplikace je porovnatelná s celkovým zavedením zákonného zdravotního pojištění v České republice v roce 1993.

Cílem diplomové práce je optimalizace procesů spojených s prováděním Nařízení Evropské unie na Územním pracovišti VZP ČR Zlín s přihlédnutím k současným podmínkám.

Diplomová práce je rozčleněna do tří kapitol. V první kapitole se zaměřím na samotný systém zdravotního pojištění. Popíši zde smysl zdravotní péče a způsob jejího průběhu v některých západoevropských zemích. Ve druhé kapitole se zabývám způsobem provádění Nařízení Evropské unie v oblasti zdravotního pojištění v České republice a jeho důsledky. Třetí kapitola obsahuje vlastní projekt a zhodnocení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ AKTUÁLNÍCH PROJEKTOVÝCH PŘÍLEŽITOSTÍ A STANOVENÍ IDEJE A HYPOTÉZY

Hlavním cílem této diplomové práce je optimalizace procesů na Územním pracovišti VZP ČR Zlín na základě aplikace Nařízení EU o zdravotním pojištění. Z této aplikace Nařízení EU vznikly nové procesy, které bylo nutné zavést do praxe a postupem času je nutná jejich optimalizace. Proces přechodu z českého systému zákonného zdravotního pojištění na systém dle Nařízení EU byl složitý a ještě není uzavřen. K úplnému sloučení těchto dvou zdravotnických systémů bude potřeba ještě spousta času.

Již v počátku této činnosti bych rád přispěl ke zjednodušení a zprůhlednění těchto procesů, které jsou nutné při aplikaci nového zdravotnického systému.

Základem pro vypracování projektu je třeba stanovit si hypotézu projektového řešení. Předpoklad pro optimalizaci pracovních postupů v oblasti aplikace Nařízení EU na Územním pracovišti VZP ČR Zlín je následující: Optimalizace je možno dosáhnout zprůhledněním činností probíhajících v jednotlivých organizačních útvarech zdravotní pojišťovny a také zlepšením jejich vzájemné spolupráce. Pak je možno přistoupit ke zdokonalení stávajících procesů.

Snaha uskutečnit změny v pracovních postupech má tedy své opodstatnění. Jsou to nedostatky v postupech, jejichž příčina může být v neúplném efektivním koordinování spolupráce různých útvarů v rámci zdravotní pojišťovny. Jde tedy o to, řešit problém popisem procesů.

2 KONFRONTACE ZÁMĚRU IDEJE A HYPOTÉZ S DOSTUPNÝMI LITERÁRNÍMI PRAMENY

2.1 Systémy zdravotního pojištění

Pojištění je systém, který pomáhá snížit nežádoucí dopad různých životních, ale i jiných událostí, jako jsou například živelné pohromy, krádeže, podnikatelská rizika, úrazy, dopravní nehody, ztráty výdělku ve stáří nebo nemoci a výdaje na zdravotní péči v době nemoci.

Pojištěním v tom nejširším slova smyslu se vylučují, nebo alespoň zmírňují vlivy náhod a odstraňují pocity nejistoty před nepříznivými budoucími událostmi. Základním principem je princip vzájemnosti. Pojištění je možno realizovat tak, že lze vytvořit vztah rovnováhy mezi součtem položek jednotlivých pojišťovacích článků a součtem plnění nároků při vzniku konkrétní pojistné události, tedy dosáhnout prospěchu bez zisku.

Pojištění je způsob, jak lze krýt nahodilé a nejisté, ale odhadnutelné potřeby daných jednotek, ale i jednotlivců pomocí velkého počtu takových jednotek a jednotlivců, které mají stejné potřeby a jsou ochotni přispět ke společnému řešení těchto potřeb.

Základní princip pojištění se vyvíjel postupně k dvěma různým objektům, a to k jednotlivcům nebo skupinám. Pojištění prošlo svou historií a řadou forem a ustálilo se jako společenský institut soukromého (individuálního životního a majetkového) pojištění a sociálního pojištění veřejného a povinného pro určitou skupinu občanů. Oba pojmy, jak soukromého, tak sociálního pojištění se používají v Evropě dodnes. Zatímco v předcházející době získal pojem sociální pojištění spíše význam toho, co se v Evropě označuje jako důchodové pojištění.

V České republice se pod pojmem sociální pojištění rozumí jakékoliv pojištění, které sleduje sociální cíle a je garantováno státem, jako součást sociálního zabezpečení státu. Do sociálního pojištění patří nemocenské pojištění, na základě kterého se pojištěnci vyplácí finanční částka jako náhrada mzdy v době, kdy pro nemoc není schopen pracovat. Mezi sociální pojištění patří i zdravotní pojištění, které slouží k úhradě zdravotní péče. [2]

2.2 Systém zdravotního pojištění po roce 1990

Již v únoru 1990 byl ustanoven první pracovní tým, který zkoumal problematiku provozu Ústavu národního zdraví a pokusil se navrhnout novou strukturu zdravotnictví. V květnu 1990 byl předložen k diskusi dokument „Návrh reformy péče o zdraví“. V říjnu byla publikována další verze tohoto dokumentu „Návrh nového systému zdravotní péče“, kde byl kladen větší důraz na efektivnost zdravotní péče, privatizaci, zejména v ambulantní péči, lékárenství, technické obsluze apod. V materiálu bylo doporučeno zavést nový systém zdravotní péče již v průběhu roku 1992, ustanovit zdravotní pojišťovnu a zavést povinné zdravotní pojištění. V dokumentu byly konkretizovány i metody úhrady zdravotní péče. Vláda ČR přijala tento dokument za základ dalšího postupu reformy zdravotní péče.

§ Nový systém měl být také konzistentní s evropským pojetím péče o zdraví. Vycházelo se z práva na péči o zdraví zajišťované na základě solidarity. Při konečném řešení pojištění sehrála úlohu i historie zdravotního pojištění s ideálním prvorepublikovým pojištěním, které v zemi už bylo a několik desetiletí dobře fungovalo. Zásadním důvodem pro zavedení veřejného zdravotního pojištění bylo zachování solidarity, motivace obyvatel k zájmu o své zdraví a svůj zdravotní stav, ale i motivace poskytovatelů zdravotní péče o co nejkvalitnější a nejefektivnější péči.

Již v začátku úvah o zdravotním pojištění se počítalo s tím, že systém zdravotního pojištění a systém nemocenského pojištění bude oddělen. V tom se odlišujeme jak od koncepce uplatňované během první republiky, tak od koncepce, která platí v západoevropských zemích. Na tuto skutečnost je třeba myslet při porovnávání statistických údajů o výdajích na zdravotnictví a podílu těchto výdajů na HDP (hrubý domácí produkt) u nás a v západoevropských státech.

Při konečném formování zdravotnického systému se přihlíželo ke třem zásadním modelům, které existovaly.

§ Byl to model **Národní zdravotní služby**, který vznikl ve Velké Británii v roce 1948 na základě Beveridgeovy zprávy z roku 1942, která vycházela ze zkušeností švédského zdravotnictví třicátých let dvacátého století. V Beveridgeově systému je zajištěna zdravotní péče pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnosti. Zdravotní péče je převážně financována z daní, ze státního rozpočtu.

- § Další model, který nachází uplatnění v USA a některých jihoamerických státech vychází z názoru, že péče o zdraví je záležitostí každého jedince. Zdravotnické služby jsou chápány jako druh zboží, které podléhá zákonům tržní ekonomiky.
- § Model založený na povinném zdravotním pojištění obyvatelstva má původ v německém zákonodárství z roku 1883, je označován jako **Bismarkovský systém**. Lékaři jsou placeni podle vykázaných výkonů, nebo podle počtu registrovaných pacientů nebo paušálem. Účast státu je na legislativním a finančním usměrňování zdravotní péče. [2]

2.3 Právní normy zdravotnictví v ČR

V novém systému zdravotnictví v ČR byl propagován tržní mechanismus pod hlavičkou Národního zdravotního pojištění. Základy nového systému zdravotní péče byly položeny v období let 1990 – 1993. V tomto období se v ČR změnilo financování zdravotnictví. Rozběhlo se všeobecné zdravotní pojištění Bismarkovského typu, které je povinné a založené na solidaritě. V rámci příprav na zavedení zdravotního pojištění byly přijaty dva zákony. Zákon ČNR č. 550/91 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon ČNR č. 551/91 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, které vytvořily právní rámec pro nový systém financování zdravotnictví. Proti původnímu záměru se vláda rozhodla zavést všeobecné zdravotní pojištění již od 1.1.1992 a nikoliv od 1.1.1993, jak bylo původně zamýšleno. Zákon o všeobecném zdravotním pojištění byl několikrát novelizován a v roce 1997 byl nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Snaha o vytvoření konkurenčního prostředí a nepřipuštění monopolu jedné pojišťovny vedla k přijetí zákona č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Na základě tohoto zákona vzniklo 26 dalších zdravotních pojišťoven. (Tab. 1)

Tab. 1. Počty zdravotních pojišťoven [2, str. 37]

Rok	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Počet pojišťoven	15	19	26	27	24	14	11	10	9	9

Pojišťovny vznikaly za neujasněných poměrů na našem finančním trhu a v nedostatečně připravené legislativě. Tyto pojišťovny pracovaly v různých podmínkách a pod různými vlivy, což se začalo projevovat na jejich fungování a ekonomické situaci. To vše postupně vedlo k pádu mnoha z nich. Ze 27 pojišťoven v současné době zůstalo 9.

Konkrétní výši pojistného řeší zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Pojistné činí 13,5 % z vyměřovacího základu. U osob v zaměstnaneckém poměru pak zaměstnavatel platí 9 % a zaměstnanec 4,5 % ze mzdy na zdravotní pojištění. [8]

Provoz s vybraným pojistným začal až v roce 1993. Příjmy pojišťoven byly tvořeny platbami pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu. Výdaji pojišťoven byly platby za poskytnutou zdravotní péči podle smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními. Zdravotní péče byla hrazena platbami za výkon. To vedlo na jedné straně k většímu zájmu o pacienta, ale na druhé straně k velmi rychlému nárůstu výdajů na zdravotní péči.

2.3.1 Aktuální změny v zákonech, upravujících veřejné zdravotní pojištění

Dne 26.7.2004 vyšel v části 144/2004 Sbírky pod číslem č. 438/2004 Sb. zákon, kterým byly novelizovány všechny čtyři zásadní zákony, upravující veřejné zdravotní pojištění – zákony č. 551/1991 Sb., č. 280/1992 Sb., č. 592/1992 Sb., a č. 48/1997 Sb. V následující části uvádím nejdůležitější změny.

Změny v zákoně č. 551/1991 Sb.

Mezi zdroje fondu prevence jsou začleněny rovněž přirážky k pojistnému. Z fondu prevence lze hradit pouze péči s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem v souvislosti s existujícím nebo hrozícím onemocněním pojištěnce. Dále zdravotnické programy, podporující zlepšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců.

Nově je definována struktura VZP ČR, kterou tvoří Ústředí, zpravidla jedna krajská pobočka a další územní pracoviště. Organizaci, označení, umístění a úkoly organizačních složek VZP ČR upravil organizační řád VZP ČR.

Orgány VZP ČR tvoří ředitel VZP ČR, který je statutárním orgánem, Správní rada a Dozorčí rada. Ředitele VZP ČR volí a odvolává na návrh Správní rady Poslanecká sněmovna. Nově jsou definovány rozhodovací pravomoci Správní rady. Pokud všichni

přítomní zástupci státu, zaměstnavatelů nebo pojištěnců vnesou námitku proti rozhodnutí Správní rady, rozhodnutí se pozastaví až na 4 měsíce, pokud to neohrozí plnění zákonných závazků VZP ČR. Dozorčí rada je doplněna o jednoho zástupce pojištěnců voleného a odvolávaného příslušným krajským zastupitelstvem a jednoho zástupce zaměstnavatelů voleného a odvolávaného organizací zaměstnavatelů pro každou krajskou pobočku. Pro schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy se zavádí společné zasedání Správní rady, Dozorčí rady a ředitele VZP ČR. [9]

Změny v zákoně č.280 /1992 Sb.

Rozhodovací pravomoci a pozastavení rozhodnutí Správní rady zaměstnanecké pojišťovny jsou upraveny obdobně jako u VZP ČR.

Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a výroční zprávu zaměstnanecké pojišťovny schvaluje Poslanecká sněmovna, procedura předložení je shodná s VZP ČR.

Užití fondu prevence zaměstnaneckou pojišťovnou je stanoveno shodně s VZP ČR, rovněž použití přírážek k pojistnému jako zdroje.

Rezervní fond zdravotních pojišťoven je stanoven jednoznačně na 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu. Zaměstnanecké pojišťovny byly povinny přebytky rezervního fondu převést do jejich základních fondů do 15 dnů od účinnosti zákona. (Obdobné ustanovení je obsaženo i v novele zákona č. 551/1991 Sb., VZP ČR však hranici 1,5 % nedosahuje.) [10, 33]

Změny v zákoně č.48 /1997 Sb.

Zdravotní pojišťovna bude moci předepsat dlužné pojistné a penále, stejně jako správa sociálního zabezpečení, též výkazem nedoplatků. Výkaz nedoplatků je vykonatelný dnem jeho doručení. Na rozdíl od platebního výměru se na řízení o vydání výkazu nedoplatků nevztahují obecné předpisy o správním řízení. Vykonatelný výkaz nedoplatků je titulem pro soudní nebo správní výkon rozhodnutí. Správní výkon rozhodnutí bude provádět přímo příslušná zdravotní pojišťovna, nebude tedy nutno čekat na rozhodnutí soudu. [7]

Změny v zákoně č.592 /1992 Sb.

Od srpna 2004 se již neprovádí při stanovení vyměřovacího základu u zaměstnanců tzv. odpočty u pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát. To znamená, že vyměřovací základ u všech zaměstnanců, bez ohledu, zda je za ně plátcem pojistného stát či ne, bude nadále stanoven shodně.

Přitom všechny ostatní postupy platné pro zaměstnance, za které je plátcem pojistného stát, jako osvobození od povinnosti dodržet minimální vyměřovací základ nebo neplacení pojistného v době pracovního volna bez náhrady příjmů, zůstávají zachovány. Stejně tak zůstává zachována povinnost zaměstnavatele oznamovat „povinnost státu platit za zaměstnance pojistné“.

Současně se zrušily odpočty u OSVČ, za které je plátcem pojistného stát. OSVČ budou platit nadále zálohy vypočtené podle Přehledu za rok 2003, až do kalendářního měsíce předcházejícího měsíci podání Přehledu za rok 2004. Zrušení odpočtů se u OSVČ, za které je plátcem pojistného i stát, projeví až při podání Přehledu za rok 2004 ve výši případného doplatku. Novou výši zálohy s respektováním zrušení odpočtů budou OSVČ platit až od měsíce podání Přehledu za rok 2004.

Od 1. ledna 2005 se provádí přerozdělování pojistného novým způsobem, přitom roky 2005 a 2006 budou přechodným obdobím, kdy bude postupně zanikat dosavadní přerozdělování na základě počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, a bude postupně nabíhat přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin (tzv. „stoprocentní přerozdělování“).

V roce 2005 bude částka pro zdravotní pojišťovnu rovna součtu 65 % z částky vypočtené podle dosavadního přerozdělování a 35 % z částky vypočtené na základě přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin.

V roce 2006 bude částka pro zdravotní pojišťovnu rovna součtu 30 % z částky vypočtené podle dosavadního přerozdělování a 70 % z částky vypočtené na základě přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin.

Od roku 2007 bude již používáno jen přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin (tzv. „stoprocentní přerozdělování“). [8, 23, 33]

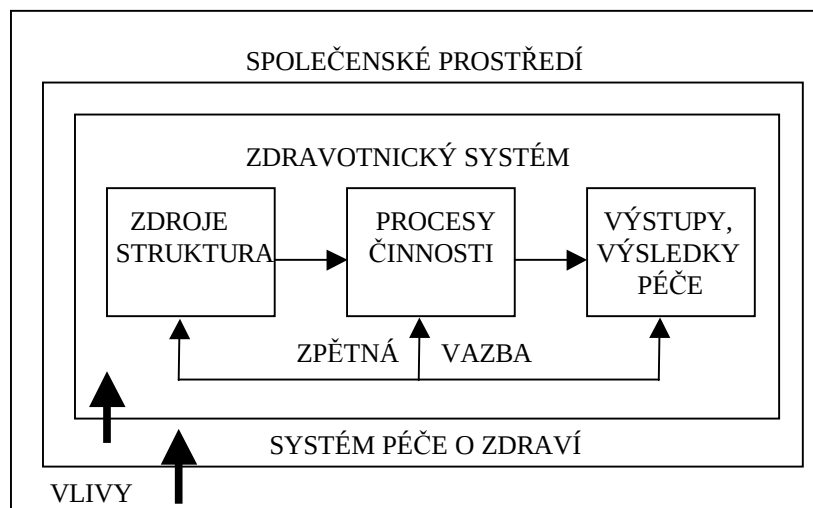
2.4 Zdravotnické systémy v průmyslově vyspělých zemích

Zdravotnický systém (makrosystém) můžeme z hlediska systémového přístupu definovat různým způsobem.

V praxi přicházejí v úvahu tato hlediska:

1. **Hledisko národohospodářské.** Podle tohoto hlediska je zdravotnictví jedním z odvětví národního hospodářství produkující zdravotnické služby a spadající do tzv. terciérní sféry.
2. **Z hlediska organizačně-institucionálního** představuje zdravotnický systém soustavu zdravotnických zařízení a institucí.
3. Z hlediska funkčního je **zdravotnický systém subsystémem systému péče o zdraví.** [2]

Systém péče o zdraví je souhrn všech aktivit, které společnost vykonává k prevenci a léčení nemocí, k zachování a rozvoji fyzické a duševní zdatnosti, pracovní schopnosti, k prodloužení života a zabezpečení zdravého vývoje nových generací. Vztah systémů péče o zdraví a zdravotnického systému je znázorněn na obrázku č. 1.



Obr. 1. Vzájemný vztah systému péče o zdraví a zdravotnického

systému [2, str. 26]

Jádro každého zdravotnického systému na úrovni státu v současné době tvoří agregát těchto činitelů:

- § strategické cíle státu v oblasti ochrany zdraví a rozvíjení zdraví (zdravotní politika státu),
- § způsob zajištění dostupnosti základní zdravotnické péče pro občany,
- § způsob financování zdravotní péče,
- § řešení vztahů mezi různými účastníky procesu poskytování zdravotní péče (občany, poskytovateli péče, správními a samosprávními institucemi, plátcí.),
- § podíl účasti státu a jeho orgánů na vlastnictví a řízení zdravotnických zařízení.

To jsou hlavní kritéria, která mohou sloužit jako metodický základ typologie zdravotnických systémů. Různí odborníci se shodují více méně v tom, že zatím neexistuje ideální zdravotnický systém, který by vyhovoval všem kritériím optimálnosti.

Během posledních dvaceti let minulého století došlo prakticky ve všech zemích k významným reformám zdravotnických systémů. Reformy jsou převážně zaměřeny na tyto cíle:

- § zvýšení dostupnosti základní zdravotní péče pro obyvatelstvo,
- § zvýšení výkonnosti zdravotnického systému,
- § posilování odpovědnosti jednotlivých občanů za vlastní zdraví,
- § zadržování tempa růstu výdajů na zdravotní péči,
- § zvyšování kvality zdravotní péče.

Bez ohledu na typ zdravotnického systému, významnou úlohu v reformách hraje stát a jeho orgány, v řadě zemí se posiluje regulační úloha státních orgánů. Pro splnění daných cílů se používá řady nástrojů, počínaje tzv. modely „řízené péče“ a konče zaváděním různých limitů. Regulace se týká zavádění nových technologií (léků), způsobů a výše úhrad poskytovatelům, zvyšováním podílu občanů na hrazení služeb, zavádění standardních diagnostických a léčebných postupů, licenčního řízení i organizace zdravotnických služeb. Často se tato opatření neobejdou bez konfliktů mezi jednotlivými účastníky zdravotní péče, ale ve většině zemí přinesla konkrétní výsledky. [2]

2.5 Úhrady zdravotní péče v některých západoevropských zemích

Žádná z ekonomicky vyspělých zemí není se systémem zdravotní péče spokojena, většina zemí je neustále v reformním pohybu. Směr a koncepce reforem jsou silně ovlivňovány politickými zájmy.

2.5.1 Belgie

Systém zdravotní péče je založen na systému povinného nemocenského a invalidního pojištění (AMI – Assurance – Maladie-Invalidité). Tento systém zahrnuje téměř celou populaci. Výdaje tohoto systému jsou hrazeny přibližně ze 70 % ze sociálního pojištění a asi ze 30 % z dotací ze státního rozpočtu. Pojištěncům tento systém hradí (zpětně proplácí) převážnou část nákladů spojených s ambulantním ošetřením a přímo platí hospitalizace.

Uvedené zdroje systému povinného nemocenského a invalidního pojištění kryjí méně než 80 % nákladů zdravotní péče, přibližně 21 % těchto nákladů je financováno z dalších plateb občanů. Pojištěnci si většinovým názorem „sami sobě“ stanovili spoluúčast u ambulantních lékařů, při hospitalizaci a úhradách léků. Nejchudší pojištěnci včetně důchodců, vdov či pacientů s určitým zdravotním stavem jsou od spoluúčasti osvobozeni, nebo jim byla snížena. Spoluúčast je propracována tak, aby nezatížila kumulací různých poplatků například chronicky či vážněji nemocné. Pohyb pacientů v systému zdravotnictví mezi jednotlivými lékaři či zdravotnickými zařízeními včetně nemocnic je zcela volný. Ceny zdravotní péče se vyjednávají na národní úrovni mezi pojišťovnami a poskytovateli. Pojištění je zajišťováno několika pojišťovacími fondy a jedním veřejným pojišťovacím ústavem. Každý občan si může vybrat pro své pojištění některý z pojišťovacích fondů. Orgány pojišťovny jsou voleny pojištěnci, zástupci občanů mají také přímý vliv na jednání o smlouvách s poskytovateli zdravotní péče i na ceny léčiv. [2]

2.5.2 Francie

Ve Francii funguje systém zdravotního pojištění, který tvoří součást systému sociálního zabezpečení. Zdravotní péče je financována z více zdrojů. Ze zdravotního pojištění asi 65 %, spoluúčast pacientů tvoří 22 %, z prostředků vzájemných pojišťoven (Mutuelles) 6 %, ze státního a místních rozpočtů 5 % a z jiných zdrojů asi 2 %. Národní zdravotní pojištění se vztahuje i na všechny osoby, které jsou na příjmu plátce pojistného závislé. Zahrnuje též důchodce a nezaměstnané. Pojištění je organizováno na lokálním principu, existují

regionální a místní fondy zdravotního pojištění. Národním zdravotním pojištěním je povinně kryto téměř 99 % populace. Občané si nemohou zvolit libovolný pojišťovací fond, k některému fondu zpravidla automaticky přísluší dle své profese. Pacient platí přímo za zdravotní péči a část placeného obnosu mu pojišťovna vrátí. Spoluúčast je častá a v některých případech poměrně vysoká. Existuje však mnoho výjimek platných pro některé skupiny obyvatel (nezaměstnané) nebo některé choroby. Téměř u 80 % populace jsou náklady na spoluúčast kryty připojištěním nebo příspěvkem vzájemných pojišťoven. Pacienti přispívají na léky od 35 – 65 %. Francie má v Evropě v peněžním vyjádření největší spotřebu léků na hlavu. [2]

2.5.3 Holandsko

Systém financování zdravotní péče je kombinací sociálního pojištění, veřejného zdravotního pojištění, soukromého zdravotního pojištění, přímých plateb pacientů a vládních dotací. Sociální a soukromé pojištění hradí společně asi 80 % všech nákladů zdravotní péče. Finanční zdroje vstupující do zdravotnictví mají přibližně následující strukturu. Veřejné pojištění vážných či dlouhodobých chorob tvoří 40,6 %, veřejné nemocenské pojištění 26,7 %, soukromé pojištění 13,9 %, vládní dotace 10,4 %, přímé platby pacientů 8,3 %. Holandsko má některá specifika. Povinné pojištění se týká všech zaměstnanců s nižšími příjmy, příjemců sociálních dávek a důchodů. Tento systém se týká asi 60 % populace. Bohatší vrstvy spadají do režimu soukromého pojištění, které je realizováno komerčními i neziskovými pojišťovnami. Každý občan se však musí pojistit pro dlouhodobou hospitalizaci či péči přesahující rok či finančně náročnější, zejména pokud jde o chronické nemoci nebo závažné zdravotní postižení. Pojistné se platí centrálnímu nemocenskému fondu, který je rozděluje asi 30 soukromým neziskovým nemocenským fondům a soukromým pojišťovnám. Za registrovaného pacienta dostávají lékaři kapitační platbu. Specialisté jsou placeni za výkony. Nemocnice jsou financovány na základě předem stanoveného prospektivního ročního rozpočtu, který je sjednáván s veřejnou správou a nemocenskými pokladnami. Léky všeobecného charakteru se prodávají jak v lékárnách, tak drogeriích. [2]

2.5.4 Německo

Systém zdravotní péče je založen na povinném nemocenském pojištění a na širokém sdílení rizika z nemoci v rámci většiny obyvatelstva. Z historických důvodů se pro nemocenské

pojišťovny používá termín „Nemocenské pokladny“ (Krankenkassen). Ze zákonného nemocenského pojištění je hrazeno asi 47 % zdravotní a z menší části i sociální péče. Od zaměstnavatelů je asi 14 %, z veřejných prostředků 12 %, z penzijních fondů 7 %, z povinného pojištění pro dlouhodobou péči 4 %, z povinného úrazového pojištění 3 %, ze soukromého zdravotního pojištění 5 % a z přímých plateb asi 8 %. Ještě před několika lety v Německu existovalo přes 1 000 nemocenských pokladen a přes 1 100 fondů. V současné době existuje kolem 400 pokladen a přibližně 600 fondů.

Pojistné je stanoveno procentem z platu (pohybuje se mezi 12 – 13 % z hrubého platu), kde stejný díl platí zaměstnavatel i zaměstnanec. V rámci zákonného nemocenského pojištění je pojištěno asi 88 % populace. Zhruba 4 % z nich má i další pojištění u soukromých pojišťoven. Přibližně 10 % populace je kryto soukromým pojištěním. Asi 2 % jsou státní zaměstnanci, jejich péče je hrazena z veřejných rozpočtů a méně než 0,5 % populace nemá žádné krytí (ilegální migranti, bezdomovci). Pokud nemocenské pokladny nevyjdou se svými prostředky, musí upravovat výši pojistného. Léky jsou hrazeny pojišťovnou, pokud jsou uvedeny na pozitivním listě pojišťovny, u léků je zavedena spoluúčast pacienta. [2, 16]

2.5.5 Rakousko

Hlavním zdrojem financování zdravotnictví v Rakousku je nemocenské pojištění. Na druhém místě je to financování ze státních zdrojů, ze soukromého pojištění je v Rakousku financováno 6 – 7 %. Přímé platby pacientů tvoří 15 %.

Systémem všeobecného nemocenského pojištění je pokryto více než 99 % populace. Procentuální výše pojistného se pohybuje mezi 6 – 9 % mzdy. Asi 38 % populace se účastní dobrovolného (komerčního) pojištění a připojištění. Pacient dostává od pojišťovny každé 3 měsíce poukaz na ošetření, ten odevzdá lékaři, kterého si vybere. Poukaz slouží jako doklad pro úhradu služeb od pojišťovny.

V posledních letech se rakouské zdravotní pojišťovny začaly dostávat do značných finančních problémů. Výsledkem bylo zvýšení pojistného o 3,44 % základní sazby pojistného, byl zaveden poplatek za přímý vstup k nemocničním ambulancím a poplatek za předpis. [2, 11]

2.5.6 Švýcarsko

Švýcarské zdravotnictví je financováno z více zdrojů. Federální, kantonální a obecné zdroje činí 25 %, plány sociálního pojištění 43 %, soukromé pojištění a soukromé platby 32 %. Pro všechny obyvatele je zdravotní pojištění povinné.

Povinné (základní) zdravotní pojištění je financováno z 75 % z pojistného jednotlivců, z 15 % z příspěvku Svazové vlády a kantonů a z 10 % ze spoluúčasti pojištěnců. Pojišťovny vybírají v různých kantonech různě vysoké pojistné. Pojistné je fixní, není závislé na výši platu, často závisí na individuálním riziku pojištěnce. Přes 30 % obyvatel má kromě základního pojistného ještě soukromé pojištění. Je zde rozšířena finanční spoluúčast pacienta a v některých případech je velmi podstatná.

Lékaři jsou zpravidla odměňováni dle výkonů. V některých kantonech platí pacienti lékařům přímo a účet předloží pojišťovně, která jim část účtu proplatí. V jiných kantonech dostane lékař plnou úhradu za své služby od pojišťovny a pojišťovna vyžaduje spoluúčast od pacienta. [2, 14]

2.5.7 Polsko

Zdravotní pojišťovny v Polsku jsou právnické subjekty s vymezenou regionální působností. Údaje o sobě zveřejňují v jednotné osnově, která umožňuje porovnávat parametry regionálního zdravotnictví. Pojištěnci mohou sledovat na webových stránkách kolik pojistného se v jejich regionu vybralo a na které položky byly tyto prostředky vydány. Pojišťovny informace o nákladech podrobně člení, takže zveřejňují i výdaje na činnost svých rad či platy zaměstnanců. Je možné regionálně porovnat náklady na nemocnice (6 - 41% z celkových výdajů pojišťoven), léky (17 – 21 %) atd. [2]

2.5.8 Spojené království Velké Británie a Severního Irska

Zdravotní péče je zabezpečována Národní zdravotní službou. Celý systém prochází reformními opatřeními s mnoha problémy. Zdravotní péče je financována převážně ze státního rozpočtu, tedy z daní. Její poskytování je zabezpečeno pro veškeré obyvatelstvo. Spoluúčast pacientů existuje až na málo výjimek. Od spoluúčasti jsou osvobozeny děti, těhotné ženy, starší osoby s chronickými onemocněními nebo osoby se sociální podporou apod.

Zdravotnictví je financováno asi z 80 % z daní, 15 % z národního zdravotního pojištění a 4 % tvoří další zdroje. Kromě toho existuje ve zdravotnictví malý soukromý sektor, který je financován přímými platbami nebo soukromým (komerčním) zdravotním pojištěním. Funkci ambulantních specialistů vykonávají ambulantní oddělení nemocnic. Převažují nemocnice NHS (National Health Service), které jsou ve veřejném vlastnictví. Kromě nich existuje i menší počet soukromých nemocnic. Za léky na recept platí pacient pevnou taxu. I zde se zdravotní systém potýká s velkými potížemi, které mají dopad na pacienty (dlouhé čekací doby na chirurgické zákroky apod.). [2]

2.6 Smysl zdravotního pojištění

Veřejné zdravotní pojištění v České republice je druh zákonného pojištění, na jehož základě je hrazena zdravotní péče poskytnuta pojištěnci. Nemá charakter komerčního pojištění. Nevzniká na základě smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěncem, ale podle zákonem stanovených norem.

Zdravotní pojišťovna je nezisková organizace, která zajišťuje poskytování zdravotní péče pro své pojištěnce formou smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními a zajišťuje výběr pojistného a jeho použití na úhradu zdravotní péče.

Ze zákona je v České republice povinně zdravotně pojištěna osoba, která má na území ČR trvalý pobyt. Osoba, která trvalý pobyt na území České republiky nemá, je účastníkem veřejného zdravotního pojištění pouze v období, ve kterém je zaměstnána u zaměstnavatele se sídlem na území ČR a tento pracovní vztah byl uzavřen podle platných předpisů ČR. Takové osoby se pak nazývají pojištěnci.

Vznik zdravotního pojištění může nastat třemi způsoby:

- § narozením, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- § dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem,
- § získáním trvalého pobytu na území České republiky. [7]

Každý účastník veřejného zdravotního pojištění má právo na volbu zdravotní pojišťovny, může být však pojištěn pouze u jedné zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za dvanáct měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí.

Svobodnou volbu pojišťovny nelze uplatnit ve dvou případech:

- § při narození dítěte, které se stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte,
- § u vojáků v činné službě a u studentů vojenských škol, kteří jsou podle zákona pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny. [7]

Svou povinnost má také pojištěnec vůči svému zaměstnavateli. Ten je povinen tuto změnu do osmi dnů nahlásit zaměstnavateli a naopak zaměstnavatel je povinen podle zákona mu přijetí oznámení potvrdit. Potvrzení se vyžaduje z důvodu, kdy pojištěnec toto oznámení neprovedl a zaměstnavatel má možnost požadovat po zaměstnanci úhradu případného penále.

Zánik zdravotního pojištění může nastat opět třemi způsoby:

- § úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého,
- § pokud osoba bez trvalého pobytu na území ČR přestala být zaměstnancem,
- § ukončením trvalého pobytu na území ČR. [7]

2.7 Plátcí a poplatníci veřejného zdravotního pojištění v ČR

Zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění jsou určeny tři skupiny plátců pojistného za zdravotní pojištění:

- § pojištěnci uvedení v § 5 tohoto zákona,
- § zaměstnavatelé, odvádějící pojistné za své zaměstnance,
- § stát, platící pojistné za skupinu osob definovanou v § 7 tohoto zákona.

2.7.1 Pojištěnci

Pojištěnci se pro účely zdravotního pojištění dělí do tří základních skupin:

- § zaměstnanec v pracovním poměru účasten nemocenského pojištění,
- § osoby samostatně výdělečně činné,
- § osoby bez zdanitelných příjmů – pojištěnec, který má na území České republiky trvalý pobyt, avšak není uveden v předcházejících kategoriích a není za něj plátcem pojistného stát, pokud tyto podmínky trvají po celý kalendářní měsíc.

Osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)

Za osoby samostatně výdělečně činné se pro účely zdravotního pojištění považují:

- § osoby provozující zemědělskou výrobu, hospodaření v lesích a na vodních plochách,
- § osoby provozující živnost,
- § osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů,
- § osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů,
- § společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností,
- § osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů,
- § spolupracující osoby osob samostatně výdělečně činných, pokud podle zákona o daních z příjmů na ně lze rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení.

Jako OSVČ postupují pojištěnci v případě, pokud mají příjmy podle § 7 odst. 8 zákona o daních z příjmů zdaňované přímo u zdroje zvláštní sazbou daně (podle § 36 zákona o daních z příjmů), nebo podle § 4 zákona o daních z příjmů od daní z příjmů osvobozené.

Osoba bez zdanitelných příjmů (OBZP)

Osobou bez zdanitelných příjmů rozumíme takovou osobu, která nepatří ani do jedné z následujících kategorií (OSVČ, zaměstnavatel, stát). Není ani osobou samostatně výdělečně činnou, ani zaměstnavatelem a ani nespadá do kategorie, za které má povinnost platit pojistné stát.

Jednou z důležitých podmínek osoby bez zdanitelných příjmů je trvalý pobyt na území České republiky.

Mezi tyto osoby můžeme zahrnout:

- § osoby, které nejsou (z vlastní vůle) nahlášeny na úřadu práce, ale zároveň nejsou ani podnikající ani pracující,

- § ženy v domácnostech, které nesplňují podmínky platby zdravotního pojištění prostřednictvím státu.

2.7.2 Zaměstnavatel

Zaměstnavatelem se rozumí právnická nebo fyzická osoba, která zaměstnává alespoň jednoho zaměstnance, a která má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky.

Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance. Je také plátcem části pojistného z příjmů zúčtovaných bývalému zaměstnanci po skončení zaměstnání zakládajícího účast na nemocenském pojištění. Je povinen platit zdravotní pojištění za své zaměstnance, kterými se rozumí osoby uvedené v § 5 písmeno a), zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, pokud jsou účastny nemocenského pojištění:

- § osoby činné v poměru, který má charakter pracovního poměru,
- § osoby ve služebním poměru,
- § členové družstva,
- § společníci a jednatelé společnosti s ručením omezeným a komanditisté komanditní společnosti,
- § zaměstnanci činní na základě dohody o pracovní činnosti,
- § a jiné.

2.7.3 Stát

Stát je plátcem zdravotního pojištění prostřednictvím státního rozpočtu za pojištěnce uvedené v § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Mezi tyto pojištěnce můžeme zařadit:

- § nezaopatřené děti,

Za nezaopatřené dítě se podle zákona 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře považuje dítě po ukončení státní povinné docházky a poté do 26. let věku, jestliže:

- o se soustavně připravuje na budoucí povolání,
- o se nemůže připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc,

o je neschopno z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávat soustavnou výdělečnou činnost,

§ poživatele důchodu z důchodového pojištění, tzn. důchod: starobní, plný invalidní, částečný invalidní, vdovský a vdovecký,

§ příjemce rodičovského příspěvku,

Příjemcem rodičovského příspěvku tj. matka nebo otec dítěte nebo jiná osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů na základě rozhodnutí příslušného orgánu nebo soudu a byl jí přiznán rodičovský příspěvek.

§ uchazeče o zaměstnání včetně uchazečů, kteří přijali krátkodobé zaměstnání,

Uchazeč o zaměstnání po dobu, po kterou je v evidenci úřadu práce. Do této kategorie nepatří pojištěnec, který není v evidenci úřadu práce, tj. ten, který o evidenci nepožádal, nebo do této kategorie nebyl přijat, případně byl z této evidence vyřazen.

§ osoba pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby,

Občan se považuje za sociálně potřebného, jestliže jeho příjem nedosahuje částky životního minima stanoveného zákonem a nemůže si tento příjem zvýšit vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu nebo z jiných vážných důvodů.

§ osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby pečující o převážně nebo úplně bezmocnou osobu (jen jedna osoba),

§ osoba konající základní (náhradní) službu v ozbrojených silách,

§ osoba (voják v záloze) povoláná k vojenskému cvičení,

§ osoba ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody,

§ osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně dvě děti do 15ti let věku,

§ osoby bez zdanitelných příjmů, které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění v ochranné lhůtě po skončení zaměstnání. [7]

Má-li výše uvedená osoba, za kterou je plátcem pojistného stát, příjmy ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti, je plátcem pojistného stát, zaměstnavatel a tato osoba.

2.8 Práva a povinnosti pojištěnce v ČR

Pojištěnec má vůči své zdravotní pojišťovně jisté povinnosti, ale současně má nárok na určitá práva vyplývající z jeho registrace u zdravotní pojišťovny.

Práva pojištěnce:

- § na výběr zdravotní pojišťovny – toto právo může využít jednou za 12 měsíců,
 - § na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka – toto právo může uplatnit jednou za 3 měsíce,
 - § na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně,
 - § na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem,
 - § na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem,
 - § podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním.
- [7]

Povinnosti, které vyplývají pro pojištěnce vycházejí z § 10 a § 12 zákona č. 48/1997 Sb. V případě nesplnění povinností uvedených v tomto zákoně může zdravotní pojišťovna pojištěnce sankcionovat.

Zaměstnaný pojištěnec, který nevykonává samostatnou výdělečnou činnost a není osobou, za kterou platí pojistné i stát, se nemusí prakticky o své zdravotní pojištění starat – vše provede zaměstnavatel, případně zaměstnavatelé, má-li více zaměstnání. Pouze v případě, že součet příjmů ze všech zaměstnání, ve kterých vznikla účast na nemocenském pojištění, nedosahuje ani částky stanovené minimální mzdy, musí zaměstnanec pověřit některého zaměstnavatele odvodem doplatku pojistného ve výši 13,5 % z rozdílu minimálního vyměřovacího základu a celkového dosaženého výdělku.

I zaměstnanec musí oznamovat zdravotní pojišťovně skutečnosti rozhodné pro platbu pojistného státem, které zaměstnavateli nesdělil. Pokud zjistí, že oznámení zdravotní pojišťovně zaměstnavatel neprovedl, musí tyto skutečnosti oznámit zdravotní pojišťovně sám.

Pojištěnec je povinen:

- § plnit oznamovací povinnost,
- § oznamuje zahájení případně ukončení samostatné výdělečné činnosti,
- § musí sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn. Stejnou povinnost má i tehdy, stane-li se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny v době trvání zaměstnání. Tuto povinnost musí splnit do 8 dnů ode dne změny zdravotní pojišťovny. Přijetí tohoto sdělení je zaměstnavatel povinen pojištěnci písemně potvrdit.,
- § hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné,
- § podrobit se na vyzvání preventivní prohlídce,
- § dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí,
- § vyvarovat se jednání, jehož cílem je poškození vlastního zdraví,
- § prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce,
- § oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, a to do 30ti dnů ode dne změny,
- § při změně zdravotní pojišťovny předložit nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou. [7]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 PROVÁDĚNÍ NAŘÍZENÍ EU V ČR V OBLASTI ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

3.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna Územní pracoviště Zlín



Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky byla zřízena zákonem č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně, s účinností od 1.1.1992. VZP ČR provádí veřejné zdravotní pojištění v souladu s platnými právními předpisy. VZP ČR je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. VZP ČR vede registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, je správcem zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění.

Změnou zákona č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně je nově uspořádána organizační struktura zdravotní pojišťovny. Novou strukturu tvoří Ústředí, jedna krajská pobočka a územní pracoviště. Ve zlínském kraji se sídlem Krajské pobočky VZP ČR stalo město Zlín se čtyřmi územními pracovišti: Územní pracoviště v Kroměříži, ve Vsetíně, v Uherském Hradišti a ve Zlíně. Organizační strukturu Krajské pobočky VZP ČR pro Zlínský kraj platnou od 1.1.2005 přikládám jako přílohu P I. S celkovou změnou organizační struktury nastala i organizační změna ve VZP ČR Územní pracoviště Zlín (ÚP VZP Zlín). Činnost ÚP VZP Zlín je zabezpečována jejími pracovníky organizačně začleněnými do jednotlivých oddělení, úřadoven a sekretariátu ředitele. Jednotlivá oddělení se dále člení na referáty.

V současné době je na ÚP VZP Zlín zaměstnáno 90 zaměstnanců. Své služby poskytuje pojištěncům i na dalších úřadovnách, které spadají pod ÚP VZP Zlín a to: v Luhačovicích, v Otrokovicích, ve Slavičíně, ve Valašských Kloboukách a ve Zlíně - Přiluky. Organizační struktura ÚP VZP Zlín je uvedena v příloze P II.

ÚP VZP Zlín provádí zdravotní pojištění, rozhoduje o všech otázkách, které jsou svěřeny Ústřední pojišťovně a jsou upraveny organizačním řádem. ÚP VZP Zlín je samostatná účetní jednotka, která vede účetnictví podle obecně závazných předpisů pro rozpočtové a příspěvkové organizace.

ÚP VZP Zlín zůstává počtem pojištěnců po ÚP VZP Praha a ÚP VZP Brno-město třetí největší v republice. K 31.12.2004 mělo ÚP VZP Zlín 164 302 pojištěnců, což představuje 84,3 % podíl z celkového počtu obyvatel (194 934), spadajících pod ÚP VZP Zlín. [39]

Cílem ÚP VZP Zlín je poskytovat co nejlepší služby současným i budoucím pojištěncům.

3.2 Centrum mezistátních úhrad

Centrum mezistátních úhrad vzniklo jako nezbytný předpoklad institucionálního zabezpečení provádění mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení a práva Evropských společenství v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Centrum mezistátních úhrad je sdružením právnických osob (zdravotních pojišťoven). Jeho zakladateli a členy jsou všechny zdravotní pojišťovny činné v České republice.

Centrum mezistátních úhrad vykonává od 1. ledna 2002 na základě pověření Ministerstva zdravotnictví České republiky funkce styčného místa pro oblast zdravotního pojištění ČR a zabezpečuje zejména následující činnosti:

§ informační servis

Shromažďuje a poskytuje veškeré informace o provádění práva Evropských společenství a mezinárodních smluv, pokud jde o oblast zdravotního pojištění. Prostřednictvím www stránek, informačních materiálů, tisku, telefonické a e-mailové služby informuje české pojištěnce o jejich právech vznikajících na základě mezinárodního práva a o administrativních procedurách potřebných k jejich uplatnění. S touto funkcí Centra úzce souvisí i povinnost vést statistiky, které slouží orgánům státní správy i zdravotním pojišťovnám k lepšímu plánování předpokládaných příjmů a výdajů spojených s aplikací smluv.

§ poradenství

Zajišťuje poradenství pro: české zdravotní pojišťovny, svazy zdravotních pojišťoven, ostatní české i zahraniční nositele sociálního pojištění, české pojištěnce a zaměstnavatele, zahraniční pojištěnce a zaměstnavatele, česká zdravotnická zařízení, zahraniční zdravotnická zařízení. Zajišťuje poradenství v právních, administrativních i technických otázkách týkajících se nároku na věcné dávky zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění při pobytu českých pojištěnců v zahraničí nebo při pobytu cizích pojištěnců na území České republiky, zejména pokud jde o:

- o instituce, právní předpisy, způsob uplatnění nároku, formuláře a jiné konkrétní otázky vyplývající z mezinárodních smluv pro pobyt v zahraničí za účelem dovolené, nebo zaměstnání, popřípadě za jiným účelem,
- o otázky zúčtování nákladů v případě zdravotní péče během přechodného nebo trvalého pobytu českých pojištěnců v určitém evropském nebo smluvním státě,
- o otázky související s výpomocným poskytováním zdravotní péče ze strany českých zdravotních pojišťoven za cizí pojištěnce, pobývající či bydlící v České republice,
- o zpracování metodik pro české pojištěnce, zdravotní pojišťovny a česká zdravotnická zařízení,
- o otázky související s příslušností k právním předpisům.

§ zúčtování nákladů

Náklady na věcné dávky, které obdrželi čeští pojištěnci ve státech EU a smluvních státech, stejně tak jako náklady na věcné dávky poskytnuté pojištěncům států EU a smluvních států na území České republiky se zúčtovávají prostřednictvím Centra mezistátních úhrad. O podmínkách zúčtování těchto nákladů jedná Centrum s příslušným styčným místem ve smluvním státě.

§ dohody

Centrum mezistátních úhrad uzavírá se zahraničními styčnými místy dohody, usnadňující praktické a efektivní provádění mezinárodních smluv. Týkají se například frekvence provádění vzájemných úhrad, sjednávání zálohových plateb za poskytnutá plnění a dalších praktických otázek.

§ správní pomoc

Centrum mezistátních úhrad poskytuje správní pomoc v konkrétních případech českým i zahraničním pojištěncům, nositelům zdravotního pojištění, zdravotnickým zařízením a zaměstnavatelům.

§ spolupráce s orgány státní správy

Centrum mezistátních úhrad se ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí podílí na přípravě nových mezinárodních smluv o sociálním

zabezpečení a správních ujednání k těmto smlouvám. Centrum se spolu s orgány státní správy úzce podílí na přípravě nových norem evropského práva v této oblasti. Spolupracuje na přípravě legislativních změn týkajících se zdravotního pojištění ve vztahu k zahraničí. Spolupracuje s Českou správou sociálního zabezpečení při udělování výjimek z příslušnosti k českým právním předpisům.

§ spolupráce s evropskými orgány.

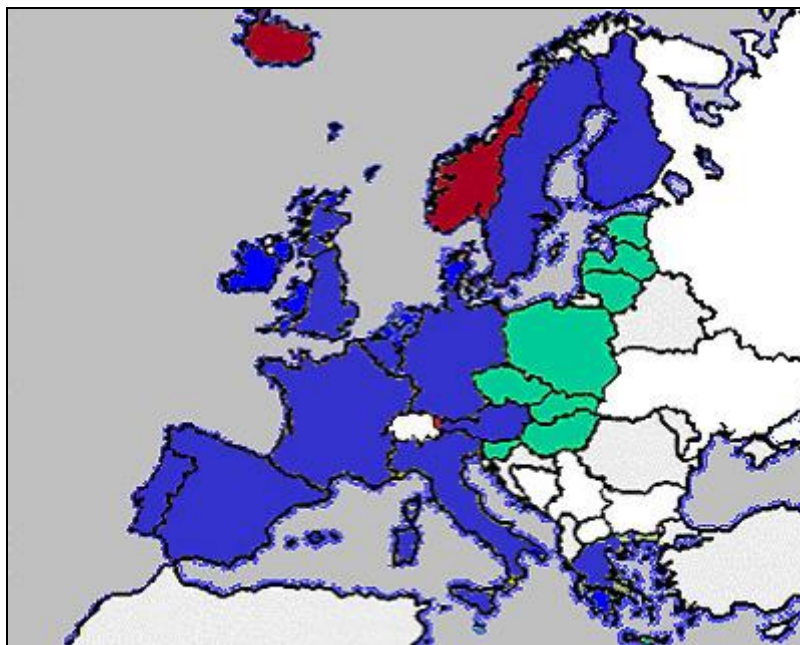
Centrum mezistátních úhrad se aktivně podílí na činnosti orgánů Administrativní komise (Audit Board, Technical Commission, pracovní skupiny). [29]

3.3 Vstup do Evropské unie – důsledky pro poskytovatele zdravotní péče

Česká republika se 1. května 2004 stala členským státem Evropské unie. Členství v této společnosti evropských států s sebou přináší i změny v zajištění našich nároků na zdravotní péči při pobytu ve státech Evropské unie, zemích Evropského hospodářského prostoru a ve smluvních státech.

Poskytování zdravotní péče v rámci Evropské unie je upraveno Nařízeními Rady EHS č. 1408/71 a 574/72. Tyto evropské předpisy jsou přímo platné ve všech státech Evropské unie a mají přednost před zákonem dané země. Nařízení provádí i některé nečlenské státy, a to Norsko, Island a Lichtenštejnsko. Na základě těchto Nařízení získají pojištěnci zákonných systémů zdravotního pojištění z 28 států za určitých podmínek a v určitém rozsahu nárok na zdravotní péči v České republice.

Naše nároky, vyplývající z členství České republiky v Evropské unii, možno tedy uplatnit v těchto státech: Belgie, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Irsko, Island, Itálie, Kypr, Lichtenštejnsko, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Německo, Nizozemsko, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Velká Británie.



Obr. 2: Státy provádějící Nařízení EU [vlastní zdroj]

Na obrázku jsou uvedeny státy, které se již řídí Nařízením EU. Modře jsou označeny státy EU, zeleně státy, které do EU vstoupily 1.5.2004 a červeně státy EHP.

Rozsah nároku na zdravotní péči se bude lišit podle toho, zda u nás cizí pojištěnec pobývá přechodně, nebo zda zde bydlí. Zjednodušeně lze říci, že cizí pojištěnci, kteří budou na našem území pouze pobývat, budou mít nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze nemoci a očekávané délce pobytu na našem území. Touto péčí se rozumí veškeré dávky, které zdravotní stav pacienta vyžaduje. Musí být poskytovány takovým způsobem a v takovém rozsahu, aby pacient nemusel přerušit svůj pobyt v ČR předčasně. Nesmí jít o případ, kdy cizí pojištěnec do ČR vycestuje bez svolení své zdravotní pojišťovny za účelem poskytnutí zdravotní péče (zdravotní turistika). V takovém případě by si musel péči zaplatit sám.

Cizí pojištěnci, kteří budou na našem území bydlet, budou mít nárok na plnou péči, tedy na stejnou péči jako jakýkoliv jiný český pojištěnec. Pokud hovoříme o cizích pojištěncích bydlících na našem území, je třeba pro úplnost poznamenat, že z velké části půjde o Čechy, kteří budou pracovat v některé zemi EU a bydlet na našem území, nebo o jejich rodinné příslušníky. Nadále totiž bude pro příslušnost k pojištění rozhodující místo výkonu výdělečné činnosti a nikoliv existence trvalého pobytu na našem území.

Se zajištěním nároků na zdravotní péči tak velkého a různorodého množství osob z tolika zemí bude samozřejmě spojena nemalá administrativa. Tuto administrativu budou z největší části zajišťovat české zdravotní pojišťovny. Částečně se však dotkne i poskytovatelů zdravotní péče.

V praxi bude uplatnění evropských pravidel znamenat, že pojištěnec jiného státu bude při pobytu na našem území považován za českého pojištěnce s určitým rozsahem nároku na zdravotní péči. Jedna z českých zdravotních pojišťoven se pro něj stane tzv. výpomocnou pojišťovnou, která bude poskytovateli zdravotní péče hradit náklady na jeho ošetření. Tato česká výpomocná pojišťovna se pak obrátí se žádostí o úhradu vynaložených nákladů na cizí mateřskou zdravotní pojišťovnu ošetřeného cizího pojištěnce. Ta jí vynaložené náklady po určité, někdy i poměrně dlouhé době uhradí. Která česká zdravotní pojišťovna se stane pojišťovnou výpomocnou, bude záležet na volbě cizího pojištěnce.

3.4 Příslušnost k právním předpisům – pojistná povinnost

Tato pojistná povinnost vyplývá z článků 13, 14, 17 Nařízení 1408/71 a z článků 11, 12 Nařízení 574/72. Na základě těchto pravidel bude určeno, kdo je a kdo není českým pojištěncem. Osoby, které budou na základě těchto pravidel podléhat právním předpisům jiného členského státu nebudou nadále českými pojištěnci, i když budou splňovat podmínky českého zákona pro zákonné pojištění. Pro jejich vyvázání z českého pojištění nebudou vyžadovány žádné podmínky stanovené naším zákonem, jako je například nejméně šesti měsíční pobyt v zahraničí.

Osoby, které budou na základě těchto pravidel podléhat českým předpisům o zdravotním pojištění budou našimi pojištěnci, i když nesplňují podmínky dané českým zákonem.

Určení příslušnosti k právním předpisům je základem pro provádění evropských Nařízení. S určením, které právní předpisy se na pracovníka vztahují, souvisí další postup při uplatnění práv, která z Nařízení vyplývají (která pojišťovna je příslušná a která je pojišťovnou výpomocnou, kdo ponese náklady na zdravotní péči atd.). Jedním ze základních principů evropského práva v této oblasti je princip jednoho pojištění. Znamená to, že by v jednom okamžiku neměl nikdo podléhat pojistné povinnosti ve dvou zemích současně.

Níže uvedená pravidla sloužící k uplatnění principu jednoho pojištění vycházejí z toho, že každá osoba má zájem na tom, aby byla pojištěna pouze jednou.

3.4.1 Základní principy

Každý je pojištěn pouze v jednom státě

Tento princip znamená, že v jednom okamžiku nemá žádná osoba podléhat zákonné pojišťovací povinnosti ve dvou státech.

Pojištění ve státě výdělečné činnosti

Až na určité výjimky je osoba pojištěna ve státě, na jehož území vykonává své zaměstnání, nebo samostatnou výdělečnou činnost.

Tento princip znamená, že základním určovacím pravidlem pro zjištění země pojištění je místo výkonu výdělečné činnosti. Toto pravidlo tedy znamená, že osoby ze států EU a EHP jsou vždy pojištěni v té zemi, na jejímž území pracují. Tato zásada se uplatňuje bez ohledu na to kde bydlí, zda zde má zaměstnavatel sídlo, podle jakých právních předpisů mají uzavřenou pracovní smlouvu, zda jde o pracovní poměr, nebo zda jde o samostatnou výdělečnou činnost. Toto pravidlo se však neuplatní, pokud jde o osobu spadající do určité výjimečné kategorie osob, tedy zejména pokud jde o vyslaného pracovníka nebo zaměstnance diplomatické mise, či konzulárního úřadu. Z tohoto hlavního pravidla též může být v konkrétním případě učiněna na žádost výjimka. Pokud jde o komplikovanější situaci v níž osoba vykonává výdělečnou činnost ve dvou nebo více státech zároveň, existují pro určení země pojištění zvláštní pravidla.

Příslušnost k právním předpisům se vztahuje na všechny systémy sociálního pojištění

Toto pravidlo znamená, že pokud je určena příslušnost k právním předpisům jedné země, vztahují se na pracovníka předpisy týkající se všech systémů sociálního zabezpečení dané země. Není tedy možné, aby byla osoba například zdravotně pojištěna v jednom státě a důchodově, nebo nemocensky v jiném státě. Vždy bude podléhat všem systémům sociálního zabezpečení určené země.

Nezaopatření rodinní příslušníci jsou pojištěni spolu s pracovníkem

Toto pravidlo znamená, že rodinní příslušníci pracovníka, kteří nemají příjem z vlastní výdělečné činnosti jsou pojištěni ve stejném státě jako pracovník. Kdo je rodinným příslušníkem určují vždy předpisy země, kde tyto osoby bydlí.

Na rodinné příslušníky, kteří nejsou státními příslušníky státu EU a EHP by se toto pravidlo vztahovalo pouze za předpokladu, že by se v jejich situaci uplatnil tzv. přeshraniční prvek (přesun z jednoho do druhého členského státu).

Neaktivní osoby podléhají právním předpisům země svého bydliště

Tato zásada znamená, že pokud se přestěhuje na území ČR neaktivní osoba, která předtím alespoň určitou dobu spadala do osobního rozsahu nařízení (tedy vykonávala v jiném státě výdělečnou činnost) a nebude pojištěná v zákonném systému jiného státu, bude moci požádat o účast v českém systému veřejného zdravotního pojištění. Pro její zahrnutí do českého systému však bude muset prokázat, že zde má skutečné bydliště ve smyslu evropských nařízení. Stejná situace se může týkat například pracovníka cizí státní příslušnosti, který v ČR po určitou dobu pracoval a po ukončení výdělečné činnosti zde zůstal bydlet.

3.4.2 Hlavní výjimky ze základních principů

Vyslaní pracovníci

Vyslaným pracovníkem je osoba zaměstnaná na území jednoho členského státu podnikem, pro který normálně pracuje a která je vysílána tímto podnikem na území jiného členského státu, aby tam pro tento podnik provedla nějakou práci, a to za předpokladu, že očekávané trvání této práce nepřevyšuje 12 měsíců a že není vysílána, aby nahradila jinou osobu, která dovršila dobu svého přidělení (vyslání). Vyslaným pracovníkem je i osoba samostatně výdělečně činná, která dočasně pracuje na určitém úkolu v jiné zemi, přičemž těžiště její činnosti nadále zůstává v ČR.

Pro účely potvrzení, že nadále podléhá právním předpisům vysílajícího státu se pracovník v zemi výkonu zaměstnání prokazuje formulářem E 101, vystaveným svou kompetentní institucí. V ČR tyto formuláře vystavuje ČSSZ, jakožto kompetentní instituce v oblasti nemocenského pojištění. Tyto osoby podléhají právním předpisům vysílajícího státu.

Osoby zaměstnané na diplomatických misích a konzulárních úřadech, které jsou státními příslušníky vysílajícího státu

Tyto osoby si mohou vybrat příslušnost k právním předpisům vysílajícího státu. Toto právo je možno obnovovat každý rok.

Státní úředníci a osoby za takové považované (např. diplomaté)

Tyto osoby podléhají právním předpisům státu, kterým podléhá úřad, který je zaměstnává.

Výkon výdělečné činnosti ve dvou či více státech

Zvláštní pravidla existují pro osoby, které jsou zaměstnány, popřípadě jsou osobami samostatně výdělečně činnými ve dvou státech.

V těchto případech platí následující pravidla:

§ Osoba, která je zaměstnána na území dvou států.

- o Pokud je jednou ze zemí kde pracovník pracuje stát, kde má bydliště, je pojištěn v zemi bydliště.
- o Pokud pracuje pro jednu firmu ve dvou zemích, z nichž ani jedna není zemí bydliště, je pojištěn v té zemi, kde má firma sídlo.
- o Pokud by šlo o dvě nezávislá zaměstnání pro dvě nezávislé firmy, které mají sídla ve dvou různých zemích odlišných od země bydliště, zůstává pracovník pojištěn v zemi bydliště.

§ Pro osobu samostatně výdělečně činnou, která normálně vykonává svou činnost na území dvou a více členských států, platí pro ni právní předpisy státu, kde bydlí, a to za předpokladu, že zde vykonává alespoň část své činnosti. Pokud tomu tak není, podléhá právním předpisům státu, kde vykonává svou hlavní činnost.

§ Osoba samostatně výdělečně činná na území jednoho členského státu, která vykonává nějakou práci na území druhého členského státu nadále podléhá právním předpisům prvního státu. To platí nejdéle po dobu 12 měsíců. Pokud její práce ještě není dokončena a osoba chce nadále podléhat předpisům první země, musí požádat o výjimku.

- § Pokud jde o zaměstnance podniku provozující mezinárodní dopravu řídí se jeho pojistná povinnost právními předpisy státu, kde má podnik zaregistrované ústředí. Pokud má takový podnik pobočku na území jiného členského státu a pracovník je zaměstnán touto pobočkou, řídí se jeho pojistná povinnost předpisy státu, kde je zaregistrována pobočka. Pokud je však tento pracovník zaměstnán převážně na území státu, kde bydlí, řídí se jeho pojistná povinnost právními předpisy tohoto státu, i když zde nemá jeho podnik zaregistrováno ani ústředí, ani pobočku.
- § Osoba, která je zaměstnána na území jednoho státu a zároveň je samostatně výdělečně činná na území druhého členského státu podléhá právním předpisům země, kde pracuje v placeném zaměstnání. Toto však neplatí, pokud je v příloze k Nařízení uvedeno jinak. Česká republika má podle zmíněné přílohy zvláštní úpravu, na jejímž základě osoba, která je samostatně výdělečně činná v České republice a zároveň zaměstnána v kterémkoliv jiném členském státě nadále podléhá právním předpisům obou zemí.

3.5 Evropské formuláře používané dle Nařízení

Pro účely administrace nároků se používají jednotné evropské formuláře řady E100. Tyto formuláře jsou vystaveny v jazyce vydavatele. Od 1.6.2004 vstoupil v platnost i Evropský průkaz zdravotního pojištění a může se tak stát, že našim lékařům bude cizím pojištěncem předložen tento průkaz. Po novelizaci evropských nařízení, která nastala 1.7.2004 mají cizí pojištěnci možnost obracet se na zdravotnická zařízení přímo, tzn. bez předchozí registrace u české zdravotní pojišťovny.

Evropský průkaz zdravotního pojištění – Je plastový průkaz na jehož základě budou mít čeští pojištěnci přechodně pobývající na území jiného státu EU a EHP nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a předpokládané době pobytu na území jiného státu. Průkaz bude zároveň českým národním průkazem pojištěnce. Evropský průkaz zdravotního pojištění příkládám v příloze P III.

Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění – Jedná se o formulář, který bude zdravotní pojišťovna vydávat v případě, že ještě nezačala vydávat Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo v případě, že Evropský průkaz zdravotního

pojištění není možné z technických důvodů vydat, nebo pokud o něj žádá pojištěnec, který už pobývá v jiném státě. Tento formulář je uveden v příloze P IV.

E 001 - Tento formulář je určen pro styk mezi institucemi tam, kde neexistují zvláštní formuláře, nebo kde se chce druhé straně něco připomenout. Svou povahou je formulářem obecným. Říká se mu taky „upomínka“. Používá se tedy tam, kde jedna instituce žádá druhou instituci o sdělení nějaké informace, dokumentu či jiného formuláře, a pro případ urgencí.

E 101 - Potvrzení, které u nás vydává ČSSZ. Na jeho základě čeští vyslaní pracovníci v zahraničí nadále podléhají českým právním předpisům včetně zdravotního pojištění. Naopak cizí pracovník pracující v ČR, který by zde jinak musel být pojištěn, zůstane na základě formuláře E 101, vystaveného v jeho státě, zbaven povinnosti platit pojištění v ČR. To platí nejdéle na dobu 12 měsíců. Tato doba může být na žádost prodloužena na základě souhlasu ČSSZ (maximálně o dalších 12 měsíců). Formulář E 101 je též vydáván osobám, které obdržely výjimku z příslušnosti k právním předpisům. V těchto případech vystavuje formulář instituce té země, kde je na základě výjimky osoba pojištěna.

E 106 - Formulář sloužící k prokázání nároku na zdravotní péči pracovníků nebo osob samostatně výdělečně činných pracujících v jedné zemi a trvale bydlících v zemi druhé a přeshraničních pracovníků (pendlerů). Tímto formulářem se potvrzuje i nárok jejich rodinných příslušníků, pokud bydlí s pracovníkem v zemi bydliště.

E 107 - Další „obecný“ formulář, který lze použít pro všechny skupiny osob. Jeho smyslem je získat z druhého smluvního státu příslušné potvrzení o nároku na věcné dávky. Tuto žádost podává instituce (pojišťovna) v místě pobytu či bydliště v případě, že se na ni osoba obrátila se žádostí o čerpání zdravotní péče (často prostřednictvím nemocnice). Tento formulář slouží zároveň pro případ, že příslušné potvrzení o nároku na dávky již ztratilo platnost a je třeba jeho platnost prodloužit. V praxi nejčastěji v případě hospitalizované osoby z jiného členského státu, která u sebe nemá formulář (např. cizí turista bez formuláře E 111, hospitalizovaný v ČR, nebo osoba, které v průběhu hospitalizace vypršela platnost formuláře E 111).

E 108 - Formulář, kterým se oznamuje ukončení nároku v případě osoby registrované v jedné zemi na základě formuláře vystaveného v druhé zemi. Jde o situaci, kdy:

- § osobě z nějakého důvodu skončí či je pozastaven nárok v původní zemi. Tímto formulářem se tak například oznámí druhé straně, že osoba, které byl vydán formulář E 106, již v zemi dále nepracuje, a není zde proto ani pojištěna,
- § osoba začne vykonávat výdělečnou činnost, zemře či se přestěhuje ze země, kde bydlí a kde byla registrována. V tomto případě tuto skutečnost musí pojišťovna v místě bydliště oznámit kompetentní pojišťovně.

E 109 - Tímto formulářem potvrzuje pojišťovna nárok na zdravotní péči pro rodinné příslušníky pracovníka, bydlící v jiné zemi, než je země výkonu zaměstnání či samostatné výdělečné činnosti. Kdo se považuje za rodinného příslušníka, řídí se předpisy státu, v němž bydlí. U nás to budou manžel(ka) a nezaopatřené děti. Tento formulář slouží k uplatnění nároku na lékařsky nezbytnou zdravotní péči osobám, které pobývají na území druhého státu pouze přechodně, tzn. turistům. V žádném případě se nevztahuje na případy vycestování za účelem čerpání zdravotní péče.

E 111 - Tento formulář je vystavován turistům a osvědčuje jejich nárok na nutnou a neodkladnou zdravotní péči při pobytu v jiném státě EU a EHP. V ČR se již nevystavuje, protože jsou vydávány Evropské průkazy zdravotního pojištění. Formulář přikládám do přílohy P V.

E 112 - Tímto formulářem vyjadřuje příslušná zdravotní pojišťovna souhlas s tím, aby pojištěná osoba, která již čerpá věcné dávky, tyto dávky čerpala i dále po návratu do státu svého bydliště, popřípadě ve státě, kam chce své bydliště přesunout. Dále se tímto formulářem potvrzuje souhlas s poskytováním vyžádané péče na území druhého členského státu.

E 120 - Se používá jako doklad o nároku na věcné dávky osoby, která žádá o důchod v jedné zemi a její žádost je v šetření a která bydlí (nebo se přestěhuje) na území druhé členské země. Vztahuje se i na její rodinné příslušníky.

E 121 - Tento formulář se používá jako doklad o nároku na plnou zdravotní péči pro důchodce pobírajícího důchod z jednoho členského státu a bydlícího na území druhého smluvního státu. Podmínkou je, že nepobírá důchod ve státě bydliště. Na základě tohoto formuláře je důchodce registrován u zvolené pojišťovny v místě bydliště a péče je za něj hrazena pojišťovnou země, odkud pobírá důchod, a to v ročních paušálních platbách. Stejný formulář je vystaven i případným rodinným příslušníkům důchodce.

E 125 - Tímto formulářem uplatňuje zdravotní pojišťovna zahraniční nárok na úhradu skutečných nákladů vynaložených na cizího pojištěnce vůči jeho zdravotní pojišťovně. Tento formulář se používá vyjma případu, za něj se platí paušálem, tzn. důchodců a jejich rodinných příslušníků nebo rodinných příslušníků pracovníka (živitele) bydlících v jiném státě než žitel. Formulář je uveden v příloze P VI.

E 126 - Tento formulář slouží k zjištění sazeb za zdravotní péči poskytnutou při přechodném pobytu v jiném členském státě a zaplacenou přímo pojištěncem z důvodu nedodržení formálních náležitostí. Příslušná zdravotní pojišťovna se prostřednictvím tohoto formuláře ptá, kolik by za stejnou péči zaplatila instituce v místě pobytu, a do této výše pak svému pojištěnci refunduje jeho náklady. Formulář příkládám v příloze P VII.

3.6 Rozsahy nároku na zdravotní péči podle Nařízení

Podle českých právních předpisů má každý občan, který je v České republice i pojištěn nárok na plnou zdravotní péči. Z Nařízení jsou však známy tři skupiny rozsahu zdravotní péče, které se aplikují ve všech státech EU a EHP. V následující části jsou tyto skupiny popsány.

3.6.1 Lékařsky nezbytná zdravotní péče

Lékařsky nezbytná zdravotní péče s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a předpokládané době pobytu na území jiného státu. Tato péče se týká všech osob pobývajících v jiném státě přechodně. Jedná se o veškerou péči poskytovanou v zemi pobytu, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav osoby, např. včetně očkování, operačního zákroku, prohlídek v těhotenství, porodu, následné péče, péče v případě chronického onemocnění atd.. Nejde o takovou zdravotní péči, za kterou by osoba do jiné země přímo vycestovala, nebo o péči, kterou by zdravotní stav osoby nevyžadoval (např. kosmetická operace). Péče musí být poskytnuta v takovém rozsahu, aby pacient nemusel odcestovat do země pojištění dříve než zamýšlel. V případě chronických onemocnění vyžadujících pravidelnou péči (dialýza, kyslíková terapie) je třeba, aby si pacient před vycestováním domluvil její poskytnutí se zahraničním zdravotnickým zařízením.

3.6.2 Péče v plném rozsahu

Celá péče podle právních předpisů státu, kde je poskytována. Péče je pro všechny osoby bydlící v jiném státě, než je stát pojištění. Je to stejná péče, na kterou má nárok místní pojištěnec.

3.6.3 Vyžádaná péče

Tato péče je charakteristická pro osoby, které obdržely souhlas s poskytnutím péče v jiném státě. Je to specifická péče, směřující k léčení konkrétního, již existujícího zdravotního problému pacienta.

3.7 Případy jednotlivých skupin osob

3.7.1 Čeští pojištěnci cestující do jiného členského státu EU a EHP na přechodnou dobu

Přechodné pobyty českých pojištěnců

Na vydání Evropského průkazu zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění má nárok každý český pojištěnec, který hodlá vycestovat do státu EU a EHP. Dále na něj mají nárok osoby, které jsou v ČR zaregistrovány jako cizí pojištěnci na základě formulářů E 121 a E 109 (důchodci a rodinní příslušníci bydlící jinde než pracovník).

Všichni tito pojištěnci mají nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a předpokládané době pobytu na území daného státu. Péče musí být poskytnuta v takovém rozsahu, aby se český pojištěnec nemusel vracet do ČR dříve než zamýšlel. Pokud český pojištěnec do jiného státu vycestoval za účelem čerpání zdravotní péče a nemá souhlas své zdravotní pojišťovny, nemá nárok na to, aby za něj náklady výpomocně převzala místní zdravotní pojišťovna. V těchto případech by tedy měl za ošetření zaplatit v hotovosti.

Žadatele o vyžádanou péči

Český pojištěnec má nárok na vyžádanou péči v jiném členském státě se souhlasem své zdravotní pojišťovny. Tento nárok se prokazuje formulářem E 112.

Český pojištěnec může v případě nemoci požádat o souhlas s vycestováním za vyžádanou péčí do některého z dalších členských států. Vystavení souhlasu by nemělo být odmítnuto v případě, že jde o péči hrazenou z českého pojištění, přičemž zde péče nemůže být poskytnuta v době obvykle potřebné. Se žádostí o udělení souhlasu se český pojištěnec obrátí spolu s doporučením ošetřujícího lékaře na svou českou zdravotní pojišťovnu. Tato zdravotní pojišťovna posoudí jeho situaci a rozhodne o tom, zda mu souhlas má, či nemá být udělen. Při svém rozhodování bere v úvahu zejména včasnou dostupnost zdravotní péče na našem území a další aspekty, zejména zdravotní stav pacienta a očekávaný vývoj choroby.

3.7.2 Čeští pojištěnci bydlící na území jiného členského státu EU a EHP

Žadatelé o důchod a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Jedná se o osobu, která naposledy pracovala, nebo byla OSVČ v České republice, a která žádá o český důchod a není již kryta českým zdravotním pojištěním z titulu výkonu zaměstnání, ani z titulu bydliště na území ČR. Může českou zdravotní pojišťovnu zažádat o formulář E 120, na jehož základě je přechodně kryta její zdravotní péče v členské zemi, kde bydlí. To platí v případě, že by osoba měla podle právních předpisů státu, kde bydlí, nárok na věcné dávky (z titulu bydliště). Pokud by však osoba pobírala ve státě svého bydliště na základě jeho předpisů důchod, její péče bude kryta systémem tohoto státu. Tento nárok se vztahuje i na její rodinné příslušníky. Formulář E 120 je však platný pouze do doby, kdy se osobě nárok na důchod přizná, nebo zamítne. V prvním případě je tento formulář nahrazen formulářem E 121 a náklady za zdravotní péči, poskytnutou v době platnosti E 120, nese česká zdravotní pojišťovna. Pokud není důchod osobě přiznán, tyto náklady nese instituce v místě bydliště, která dávky poskytovala.

Důchodce a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Jsou osoby pobírající důchod z České republiky a bydlící na území jiného členského státu, mající nárok na hrazení plné zdravotní péče podle předpisů státu bydliště na účet českých zdravotních pojišťoven. Podmínkou je, že nepobírají důchod i ve státě, kde bydlí, popřípadě že nepobírají důchod z jiného členského státu, jehož předpisům podléhaly déle než předpisům našim. Nárok se vztahuje i na nezaopatřené rodinné příslušníky důchodce, a to bez ohledu na to, zda bydlí ve stejné zemi jako důchodce, či v některé jiné členské zemi.

Teoreticky přichází v úvahu dvě skupiny osob, čeští důchodci, kteří již v jiné členské zemi bydlí a důchodci, kteří se budou do jiné členské země stěhovat. Dále lze u této skupiny osob rozeznávat osoby, které byly dříve zdravotně pojištěny u některé z českých zdravotních pojišťoven a osoby, které odešly do důchodu předtím, než české zdravotní pojištění vzniklo. Vzhledem k tomu, že podle stávajících českých právních předpisů musí OBZP platit pojistné jako samoplátce, budou muset toto pojistné hradit i rodinní příslušníci českého důchodce, kteří by v ČR byli považováni za OBZP a kteří bydlí v cizině. Pokud však spadají do některé ze skupin osob, za něž je v ČR plátcem pojistného stát, je český stát plátcem pojistného i za tyto osoby. Každému rodinnému příslušníkovi důchodce je vydáván zvláštní formulář. Pro tyto pojištěnce se používá formulář s označením E 121.

V ČR zaměstnaní pracovníci bydlící v jiném členském státě EU a EHP a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

V ČR zaměstnaný pracovník, který má bydliště v jiném členském státě, má spolu se svými nezaopatřenými rodinnými příslušníky nárok na plnou zdravotní péči v zemi bydliště i v ČR na účet své české zdravotní pojišťovny. Rodinní příslušníci mají tento nárok za podmínky, že nevykonávají výdělečnou činnost ve státě, kde bydlí. Tam, kde mají nárok na věcné dávky podle předpisů státu bydliště pouze na základě bydliště, je pro úhradu jejich zdravotní péče přesto příslušná česká zdravotní pojišťovna, u níž je pojištěn živitel rodiny. Pokud je však manželka, nebo osoba starající se o děti výdělečně činná, děti zůstávají v systému státu bydliště. Pokud by byl rodinný příslušník pracovníka podle českých předpisů považován za OBZP, musí i nadále do českého systému platit pojistné jako samoplátce. Tito pracovníci, stejně tak jako jejich rodinní příslušníci, mají během pobytu (návštěvy) na území ČR nárok na plnou péči. Stejný nárok mají přirozeně, i když se na naše území přestěhují. Pro pracovníka i pro rodinné příslušníky se využívá formulář E 106.

Přeshraniční pracovníci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Českým přeshraničním pracovníkem se rozumí pracovník pracující na území ČR a bydlící na území jiného členského státu (zpravidla sousedního), který se denně, nebo nejméně jednou týdně vrací do státu svého bydliště.

Přeshraniční pracovníci mají nárok na plnou zdravotní péči ve státě svého trvalého bydliště, stejně tak jako ve státě, kde jsou pojištěni. Nárok ve státě bydliště se vztahuje i na jejich

nezaopatřené rodinné příslušníky. Pokud by byl rodinný příslušník pracovníka podle českých předpisů považován za OBZP, musí do českého systému platit pojistné jako samoplátce. Rodinní příslušníci přeshraničních pracovníků mohou na území státu, kde živitel pracuje, obdržet pouze lékařsky nezbytnou péči. Nárok se prokazuje formulářem E 106.

3.7.3 Pojištěnci členského státu EU a EHP cestující do ČR na přechodnou dobu

Přechodný pobyt cizího pojištěnce v ČR

V tomto případě se bude převážně jednat o turisty, studenty a ostatní pojištěnce, kteří se prokáží Evropským průkazem zdravotního pojištění, Potvrzením dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo formulářem E 111. Všichni tito pojištěnci mají nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze dávek předpokládané době pobytu na území ČR. Od 1.7.2004 se nemusí tito pojištěnci předem registrovat u české zdravotní pojišťovny, stačí u lékaře předložit výše uvedený formulář.

Žadatelé o vyžádanou péči

Cizí pojištěnec má nárok na vyžádanou péči v ČR se souhlasem své zdravotní pojišťovny. V případě, že cizí pojištěnec obdrží souhlas s vycestováním do ČR za účelem poskytnutí konkrétní specifické péče předpokládá se, že její poskytnutí bude nejdříve domluveno s českým zdravotnickým zařízením, popřípadě i s jeho smluvní českou zdravotní pojišťovnou. Tato zdravotní péče musí být poskytnuta za stejných podmínek a ve stejných termínech, jako by šlo o českého pojištěnce. Poskytnutí péče nesmí být na úkor českých pacientů. Musí jít o zdravotnické zařízení, které má smlouvu s českou zdravotní pojišťovnou, u níž se cizí pojištěnec zaregistruje. Souhlas je udělován prostřednictvím formuláře E 112.

3.7.4 Pojištěnci členského státu bydlící v ČR

Žadatelé o důchod a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Osoba, která naposled pracovala, nebo byla OSVČ v jiném členském státě, kde žádá o důchod a která bydlí v ČR, má nárok na plnou péči v ČR na účet své zahraniční pojišťovny (instituce). Tento nárok se vztahuje i na její rodinné příslušníky. Podmínkou je, že tato osoba již není kryta tamním zdravotním pojištěním z titulu výkonu zaměstnání, a že

by zde měla nárok na věcné dávky z titulu bydliště. Tato osoba může svou tamní pojišťovnu požádat o formulář E 120. Na základě tohoto formuláře je přechodně kryta její plná zdravotní péče v ČR, pokud zde bydlí, a to včetně zdravotní péče poskytované jejím nezaopatřeným rodinným příslušníkům. Na základě tohoto formuláře je kryta i plná zdravotní péče rodinných příslušníků takového žadatele o důchod, který s nimi v ČR nebydlí. Předpokladem čerpání na základě E 120 však je, že žadatel a jeho rodinní příslušníci mají podle českých právních předpisů v ČR nárok na dávky na základě bydliště. Tuto podmínku budou na základě našich právních předpisů osoby s trvalým pobytem v ČR splňovat. Pokud jde o rodinné příslušníky, je další podmínkou, že nevykonávají výdělečnou činnost v ČR. Formulář E120 je však platný pouze do doby, kdy se osobě nárok na důchod přizná, nebo zamítne. V prvním případě je tento formulář nahrazen formulářem E 121 a náklady za zdravotní péči poskytnutou žadateli a jeho rodinným příslušníkům v době platnosti E 120 nese zdravotní pojišťovna země, kde osoba dříve pracovala. Pokud není důchod osobě přiznán, tyto náklady nese česká zdravotní pojišťovna, kterou si osoba vybrala – stává se českým pojištěncem.

Důchodce a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Osoby pobírající důchod z členského státu Evropské unie a bydlící na území ČR mají nárok na hrazení plné zdravotní péče podle českých právních předpisů a na účet instituce státu, odkud je jim vyplácen důchod. Podmínkou je, že nepobírají důchod i v ČR. Nárok se vztahuje i na nezaopatřené rodinné příslušníky důchodce, a to bez ohledu na to, zda bydlí v ČR spolu s důchodcem, nebo zda zde bydlí rodinní příslušníci sami. Pro každého rodinného příslušníka je vystaven zvláštní formulář E 121 na jehož základě jej česká zdravotní pojišťovna registruje.

Pracovníci vykonávající výdělečnou činnost v jiném členském státě EU a EHP a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Pracovník, nebo OSVČ, vykonávající výdělečnou činnost v jiném členském státě, kde je z tohoto titulu také pojištěn a který má bydliště v ČR, zde má, spolu se svými nezaopatřenými rodinnými příslušníky, nárok na plnou zdravotní péči na účet zahraniční pojišťovny. Bydlištěm se v tomto smyslu rozumí skutečné bydliště na území ČR, tedy fakt, že zde má rodina těžiště svých zájmů (majetek, děti zde chodí do školy atd.). Pokud by

pracovník vykonával výdělečnou činnost i v ČR, byl by pojištěn v ČR. Nezaopatření rodinní příslušníci pracovníka jsou kryti z pojištění země, kde pracovník vykonává výdělečnou činnost. Neplatí tedy v ČR pojistné, ani za ně není v ČR plátcem pojistného stát. Jsou v ČR registrováni jako cizí pojištěnci na základě formuláře E 106. Pokud přestane pracovník po určité době podléhat předpisům o pojištění ve státě, kde vykonává výdělečnou činnost, začnou se i na jeho rodinné příslušníky opět vztahovat české právní předpisy o zdravotním pojištění.

Tito pracovníci, stejně tak jako jejich nezaopatření rodinní příslušníci, mají během pobytu (návštěvy) na území státu pojištění pracovníka, nárok na plnou péči. Stejný nárok mají přirozeně i když se na území tohoto státu přestěhují.

Přeshraniční pracovníci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Cizím přeshraničním pracovníkem se rozumí zaměstnanec, či OSVČ pracující na území jiného členského státu (zpravidla sousedního) a bydlící na území ČR, který se denně, nebo nejméně jednou týdně vrací do ČR. Pokud by vykonával výdělečnou činnost i v ČR, o přeshraničního pracovníka by nešlo. Přeshraniční pracovníci mají nárok na plnou zdravotní péči ve státě svého trvalého bydliště, stejně tak jako ve státě, kde jsou pojištěni. Rodinní příslušníci přeshraničních pracovníků mohou na území státu, kde živitel pracuje, obdržet pouze lékařsky nezbytnou péči. Pracovník i rodinní příslušníci jsou v ČR registrováni jako cizí pojištěnci prostřednictvím formuláře E 106.

Nezaopatření rodinní příslušníci

Je nutné vysvětlit a objasnit pojem nezaopatřený rodinný příslušník. Tento pojem se dosud ve zdravotním pojištění nevyskytoval.

Kdo spadá do skupiny rodinných příslušníků se určuje podle právních předpisů země, kde rodinný příslušník bydlí. Za rodinného příslušníka jsou v ČR považováni manžel, manželka a nezaopatřené děti podle zákona o státní sociální podpoře č.117/1995 Sb.

Za nezaopatřeného se považuje rodinný příslušník, který v ČR nemá příjem z vlastní výdělečné činnosti, nepobírá v ČR důchod ani hmotné zabezpečení uchazeče o zaměstnání, ani dávky v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění. Pokud manžel(ka), nebo osoba starající se o dítě má vlastní příjem z výdělečné činnosti, nezaopatřené dítě zůstává kryto českým systémem zdravotního pojištění a není registrováno jako cizí pojištěnec.

Z výše uvedeného vyplývá, že jako nezaopatřený rodinný příslušník pracovníka by měl být českou ZP registrován:

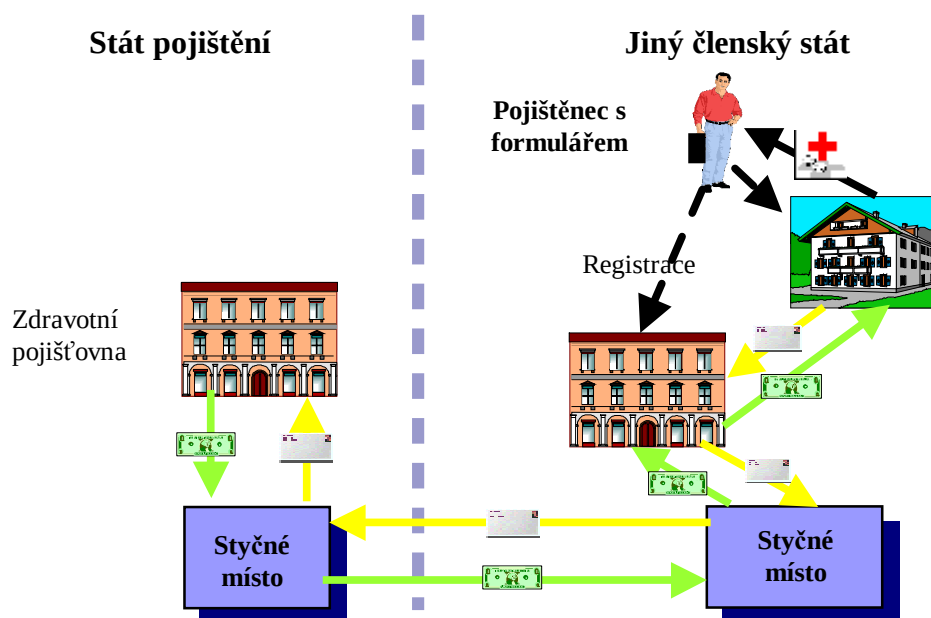
- § manžel (manželka) pracovníka, který je podle českých předpisů považován za osobu bez zdanitelných příjmů,
- § manžel (manželka) pracovníka evidovaný na úřadě práce, přičemž nemá nárok na hmotné zabezpečení uchazeče o zaměstnání,
- § manžel (manželka) pracovníka, který celodenně pečuje o dítě do 7 let věku nebo o 2 děti do 15 let věku,
- § manžel (manželka) pracovníka, který je na rodičovské dovolené a který bere rodičovský příspěvek podle zákona o státní sociální podpoře,
- § manžel (manželka), který nevykonává výdělečnou činnost a pobírá dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby,
- § manžel, (manželka), který nemá příjem z výdělečné činnosti a nespadá do některé ze skupin uvedených výše,
- § dítě do skončení povinné školní docházky,
- § dítě které se soustavně připravuje na výkon budoucího povolání do 26 let věku,
- § dítě, které se nemůže soustavně připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost z důvodu nemoci či úrazu,
- § dítě, které je z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu neschopno výdělečné činnosti,
- § dítě, které je po skončení povinné školní docházky do věku 18-ti let vedeno v evidenci uchazečů o zaměstnání na Úřadu práce bez nároku na hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání.

3.8 Provádění mezistátních úhrad za zdravotní péči

Při provádění evropských Nařízení v oblasti zdravotní péče jde v zásadě o vztah mezi nositeli zdravotního pojištění.

Pojištěnec z členského státu si u své pojišťovny vyzvedne příslušné potvrzení o nároku (formulář, nebo Evropský průkaz zdravotního pojištění). Toto potvrzení v druhém státě

předloží přímo, či prostřednictvím lékaře, tamní pojišťovně. Ta jej registruje a po dobu pobytu či bydliště se stává tzv. výpomocnou pojišťovnou. Výpomocná pojišťovna administruje a hradí péči poskytnutou cizímu pojištěnci ve stejných cenách a termínech jako za své pojištěnce. V určitých intervalech se výpomocná pojišťovna prostřednictvím styčného místa obrací se žádostí o úhradu takto vynaložených nákladů na cizí příslušnou pojišťovnu. Příslušná zahraniční pojišťovna po určité době tyto náklady uhradí. Nároky pojištěnec jiných členských států se uplatňují prostřednictvím formuláře E 125.



Obr. 3. Provádění mezistátních úhrad za zdravotní péči [vlastní zdroj]

3.8.1 Provedení platby za péči poskytnutou našim pojištěncům na území států EU a EHP

Po doručení souboru formulářů E 125, které spolu s příslušnou rekapitulací obdrží Centrum mezistátních úhrad (CMU) ze styčných míst jednotlivých států, CMU vždy zkontroluje, zda souhlasí součet jednotlivých výkazů s celkovou požadovanou sumou. Zároveň CMU přepočítá dlužnou částku kurzem ČNB (střed) platným v den obdržení výkazů. CMU zaeviduje výkazy pro účely vedení statistiky. CMU rozdělí výkazy podle jednotlivých pojišťoven, vůči nimž je nárok uplatňován. Do 30 dnů od obdržení výkazů zašle CMU příslušným zdravotním pojišťovnám soubor výkazů za péči poskytnutou jejich pojištěncům v jednotlivých státech a uplatněných cizím styčným místem na CMU. Spolu s tím zašle CMU rekapitulaci obsahující částku v Kč nárokovanou vůči těmto jednotlivým

pojišťovnám. Příslušná česká zdravotní pojišťovna do 60 dnů od data obdržení výkazů, písemně oznámí, jakou část závazku uznává a které případy zpochybňuje. Tento doklad musí obsahovat i zdůvodnění odmítnutí nároků v jednotlivých případech. Spolu s výše uvedeným oznámením provede úhradu částky v Kč odpovídající uznaným případům na účet CMU. CMU provede úhradu styčným místům příslušných států po připsání všech nezpochybněných částek od všech pojišťoven na účet CMU. Úhrada bude provedena v kurzu platném v den převodu. Zároveň CMU zašle styčným místům příslušných smluvních států rekapitulace obsahující uznané částky a případy, které byly zpochybněny. Další projednání zpochybněných případů zprostředkuje CMU. Případný záporný kurzový rozdíl uhradí CMU ze svého provozního účtu. Případný kladný kurzový rozdíl bude převeden na provozní účet CMU.

3.8.2 Provedení platby za pojištěnce ze zemí EU a EHP

Výkazy skutečných výdajů (formuláře E 125) budou jednotlivými zdravotními pojišťovnami pravidelně čtvrtletně zasílány CMU. Výkazy skutečných výdajů budou zaslány vždy do 60 dnů po skončení daného kalendářního čtvrtletí, za něž je nárok uplatňován. Přílohou k souboru výkazů bude rekapitulace, která bude obsahovat celkovou částku uplatňovanou zdravotní pojišťovnou a číslo účtu, na něž má být úhrada provedena. Rekapitulace bude členěna podle jednotlivých zemí, vůči nimž se nárok uplatňuje. Její součástí bude i soupis jednotlivých případů. CMU zkontroluje formální správnost výkazů. Výkazy budou na CMU zpracovány pro účely vedení statistik. Pro pojišťovny, které budou zasílat výkazy přímo z územních pracovišť, bude zpracována rekapitulace nároků jednotlivých územních pracovišť. Tato rekapitulace bude obsahovat celkovou částku uplatněnou za celou pojišťovnu a bude předávána centrále pojišťovny do 14 dnů od doručení výkazů na CMU. Výkazy skutečných výdajů zašle CMU spolu se souhrnnou rekapitulací za všechny české zdravotní pojišťovny styčným místům smluvních států do 30 dnů od jejich obdržení. Po obdržení platby ze zahraničí na svůj účet zpracuje CMU rekapitulaci zahraničního styčného místa, které přijde současně s platbou a rozdělí celkovou došlou sumu podle případů nárokových jednotlivými pojišťovnami. Do 30 dnů od obdržení platby na svůj účet zašle CMU jednotlivým českým pojišťovnám na jejich účet částku odpovídající uznaným případům. Spolu s částkou zašle rekapitulaci, která bude vedle částky provedené úhrady obsahovat specifikaci případů zpochybněných ze strany členského státu. Další projednání zpochybněných případů zprostředkuje CMU.

3.9 Postup doporučený lékaři při ošetření pojištěnců z jiného členského státu EU, EHP

Postupy předpokládané evropským právem pro zajištění nároků na zdravotní péči pojištěncům z EU jsou závazné pro všechny poskytovatele zdravotní péče, kteří jsou finančně napojeni na český systém veřejného zdravotního pojištění. Pro zdravotnická zařízení, která nemají smlouvu ani s jedinou zdravotní pojišťovnou, jsou pak závazná pouze v tom rozsahu, v jakém jsou pro ně závazné české předpisy o veřejném zdravotním pojištění. Pokud jde o platbu českému poskytovateli, budou české zdravotní pojišťovny hradit zdravotní péči v českých cenách a ve stejných termínech, v jakých hradí péči za své české pojištěnce.

V souladu s tímto můžeme v zásadě očekávat následující situace, v nichž budou čeští poskytovatelé konfrontováni s nárokem cizího pojištěnce na zdravotní péči podle evropského práva:

1. Na zdravotnické zařízení se obrátí cizí pojištěnec s Potvrzením o registraci, vydaným některou z českých zdravotních pojišťoven.

Na tomto Potvrzení bude uvedeno, na jakou péči má pojištěnec nárok, a která česká zdravotní pojišťovna ponese náklady na jeho ošetření. Potvrzením se prokazují cizí turisté, vyslaní pracovníci, studenti, uchazeči o zaměstnání, kteří přechodně pobývají v ČR a kteří se pro usnadnění své situace předem zaregistrovali u zvolené české zdravotní pojišťovny. Tímto Potvrzením se budou velmi často prokazovat i Češi, kteří budou cizími pojištěnci, bydlícími na území ČR s nárokem na plnou zdravotní péči podle našich právních předpisů (např. čeští pendleři a nezaopatření členové jejich rodin). Poskytovatel účtuje zdravotní péči výkonově a zvláště té české pojišťovně, která Potvrzení vydala. V případě poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče budou náklady účtovány této pojišťovně, i když jde o nesmluvní zdravotnické zařízení.

2. Na zdravotnické zařízení se obrátí cizí pojištěnec s formulářem E 111 nebo s Evropským průkazem zdravotního pojištění, vystaveným jeho zahraniční pojišťovnou.

V těchto případech bude mít cizí pojištěnec nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze péče (nemoci) a předpokládané délce trvání pobytu. Pokud cizí pojištěnec předloží některý z výše uvedených formulářů, bude lékařem ošetřen na účet

české smluvní zdravotní pojišťovny. Bude-li cizí pojištěnec disponovat i kopií formuláře, lékař si tuto kopii ponechá. Pokud cizí pojištěnec nedisponuje kopií a je to technicky možné, lékař originál formuláře zkopíruje a kopii parafuje. Pokud nedisponuje kopírkou, údaje uvedené na originálním formuláři přepíše do zvláštního tiskopisu, dodaného zdravotní pojišťovnou. Z formuláře je nutno do tohoto tiskopisu přepsat kód země, jméno a příjmení pojištěnce, identifikační číslo pojištěnce, kód instituce, která formulář vydala, číslo formuláře a dobu platnosti. Je-li to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta možné, požádá lékař cizího pojištěnce o zvolení smluvní zdravotní pojišťovny, která se stane jeho výpomocnou zdravotní pojišťovnou. Zdravotnické zařízení vykáže poskytnutou zdravotní péči zvlášť a výkonově české zdravotní pojišťovně zvolené pacientem. Spolu s vykázáním péče doručí zvolené pojišťovně i příslušnou kopii formuláře, popřípadě vyplněný zvláštní tiskopis, dodaný zdravotní pojišťovnou.

3. Na zdravotnické zařízení se obrátí cizí pojištěnec z členského státu a neprokáže se ani Potvrzením o registraci, ani formulářem vystaveným cizí mateřskou pojišťovnou, ani Evropským průkazem zdravotního pojištění. V tomto případě je třeba rozlišit, zda jde o ambulantní ošetření, nebo o hospitalizaci.
 - a) Při ambulantním ošetření lékař cizího pojištěnce požádá o úhradu v hotovosti v souladu s českými právními předpisy.
 - b) V případě hospitalizace nemocnice požádá o obstarání formuláře českou smluvní zdravotní pojišťovnu. Tuto pojišťovnu si, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje, zvolí cizí pojištěnec. Pro účely obstarání příslušného formuláře ze zahraničí by měla nemocnice od pacienta zjistit, kde je v zahraničí pojištěn. Pokud to není možné, je třeba získat alespoň jméno a adresu pacienta. Pro urychlení postupu si nemocnice může příslušný formulář ze zahraničí obstarat také sama, a to buď přímo, nebo prostřednictvím rodiny či přátel doprovázejících pacienta. Takto získaný formulář poté předloží zdravotní pojišťovně zvolené pacientem a požádá ji o jeho dodatečnou registraci. Česká zdravotní pojišťovna poskytnutou zdravotní péči nemocnici uhradí pouze v tom případě, že se jí ze zahraničí podaří získat příslušný formulář potvrzený pacientovou pojišťovnou. Tímto formulářem totiž v zásadě cizí pojišťovna potvrzuje, že náklady na poskytnutou zdravotní péči v budoucnu české ZP

zaplatí. Poskytnutou zdravotní péči je opět nutno zvolené zdravotní pojišťovně vykázat zvlášť a výkonově.

4. Cizí pojištěnec se obrátí na české zdravotnické zařízení s formulářem E 112. Tento formulář opravňuje k poskytnutí specifické péče cizímu pojištěnci, který do ČR za tímto účelem vcestoval se souhlasem své zahraniční zdravotní pojišťovny. Poskytnutí specifické péče by mělo být ve většině případů se zdravotnickým zařízením předjednáno. Tato zdravotní péče musí být poskytnuta za stejných podmínek a ve stejných termínech, jako by šlo o českého pojištěnce. Náklady na takto poskytnutou zdravotní péči jsou vykazovány výkonově a zvlášť smluvní české zdravotní pojišťovně, kterou si pacient vybral.
5. Cizí pojištěnec zde bydlí a disponuje českým průkazem pojištěnce. Tato situace se týká cizích důchodců a jejich rodin, bydlících a registrovaných v ČR, a rodin cizích pracovníků bydlících a registrovaných v ČR. Vzhledem k tomu, že tito lidé budou disponovat českými průkazy pojištěnce, pro zdravotnická zařízení se v jejich případě nic nemění a přistupují k nim stejně jako ke kterémukoliv jinému českému pojištěnci. Poskytnuté výkony též vykazují stejně jako u běžných českých pojištěnců.

3.10 Syntéza poznatků vyplývajících z teoretických pramenů a z důsledků vstupu ČR do EU na český systém zdravotního pojištění

Před vstupem ČR do EU se zdravotní pojišťovna soustředovala na postupy platné dle českých právních předpisů. Dnem 1.5.2004 se vše změnilo. Je nutné dodržovat Nařízení, které je postaveno nad české zákony. Dopad se netýká jen zdravotních pojišťoven, ale i pojištěnců. Jednak pojištěnců, kteří přicházejí z členských států a jednak pojištěnců, občanů ČR, kteří odchází nebo žijí ve státech EU a EHP. Vstup ČR do EU a jeho vliv na český systém zdravotního pojištění je porovnatelný s vznikem zdravotního pojištění v ČR v roce 1993.

Může nastat situace, kdy osoba s trvalým pobytem v ČR, bude pojištěna dle pravidel Nařízení v jiné členské zemi. Před vstupem ČR do EU mohla osoba, která vykonávala výdělečnou činnost v jiném státě EU a EHP, být pojištěna i ve státě, kde tuto činnost provozovala a taky pojištěna ve státě trvalého pobytu. Nebo se mohla odhlásit ze zdravotního pojištění v ČR a být pojištěna v jiném státě s tím, že musela dodržet podmínky

dlouhodobého pobytu v zahraničí. Tyto podmínky jsou uvedeny v zákoně č. 48/1997 Sb. § 8 odst. 4, kde je popsáno, že pojištěnec musí být v cizině zdravotně pojištěn a za dlouhodobý pobyt v cizině se považuje nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců. Pokud osoba s trvalým pobytem začne v současné době vykonávat výdělečnou činnost v jiném členském státě EU a EHP, není nadále povinna platit pojistné do českého systému veřejného zdravotního pojištění. To platí i pro jejího nezaopatřeného rodinného příslušníka. Není však možné, aby se pojištěnec rozhodl pro stát pojištění nebo pro pojištění ve dvou státech. Podle Nařízení musí být dodržen princip jednoho pojištění v rámci členských států.

Osoba samostatně výdělečně činná z členského státu vykonávající samostatnou výdělečnou činnost na území ČR ve smyslu českých právních předpisů bude povinna platit pojistné do českého systému veřejného zdravotního pojištění, i když zde nebude mít trvalý pobyt. Pro zproštění se této povinnosti by jí musela být udělena výjimka Českou správou sociálního zabezpečení nebo by muselo jít o osobu, která vykonává výdělečnou činnost ve více státech, přičemž má být podle zvláštních pravidel pojištěna v jiném státě.

Ukončení doby, po kterou cizí pracovník podléhá českým právním předpisům o zdravotním pojištění. Tato situace může nastat v různých případech. Cizí pracovník, který ukončí výdělečnou činnost v ČR, bude nadále v ČR pojištěn, pokud bude evidován na Úřadě práce s nárokem na hmotné zabezpečení uchazeče o zaměstnání. Dále zde zůstane pojištěn, pokud jde o matku pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle českých předpisů o nemocenském pojištění. Po ukončení nároku z nemocenského pojištění, nebo po ukončení nároku na hmotné zabezpečení uchazeče o zaměstnání nebude nadále považován za českého pracovníka a tím ani za českého zákonného pojištěnce. Výjimkou by byla situace, kdy by měl v ČR skutečné bydliště ve smyslu evropských nařízení. V pojištění by také mohl pokračovat, kdyby byl po ukončení výdělečné činnosti považován za nezaopatřeného rodinného příslušníka jiného českého pracovníka.

Rodinní příslušníci jsou další skupinou, na které má Nařízení značný vliv. Rodinní příslušníci pracovníka (pojištěnce) z členského státu EU a EHP, kteří zde bydlí, ale nemají zde trvalý pobyt ve smyslu českých právních předpisů, budou v ČR pojištěni spolu s pracovníkem za stejných podmínek jako ostatní čeští rodinní příslušníci, včetně povinnosti platit pojistné v případě, že půjde o osobu bez zdanitelných příjmů. Za rodinného příslušníka bude považován manžel, manželka nebo nezaopatřené dítě ve smyslu zákona o státní sociální podpoře. Na rodinného příslušníka, který je státním příslušníkem třetího státu se výše

uvedený nárok bude vztahovat pouze v případě, že zde bude uplatněn přeshraniční prvek, tzn. že se na území ČR přesunou z jiného členského státu EU a EHP.

Nezaopatření rodinní příslušníci osob vykonávajících výdělečnou činnost v jiném členském státě EU a EHP, které mají trvalý pobyt v ČR, jsou na základě Nařízení pojištění ve státě výkonu výdělečné činnosti pracovníka. Tzn., že rodinní příslušníci, kteří jsou na základě Nařízení cizími pojištěnci, nehradí v ČR pojistné jako osoby bez zdanitelných příjmů, ani za ně nehradí pojistné stát (např. děti), i když zde mají trvalý pobyt. Stejně pravidlo platí pro nezaopatřené rodinné příslušníky cizího důchodce mající trvalý pobyt v ČR. Tyto osoby nejsou povinny platit v České republice zdravotní pojištění jako samoplátci. Za tyto osoby není také plátcem pojistného stát, pokud jde o dosavadní státní pojištěnce. Povinnosti jsou zproštěny od chvíle, kdy se na základě evropského práva stali pojištěnci jiného státu, tedy prakticky od chvíle, kdy živitel rodiny začal vykonávat v jiném státě výdělečnou činnost.

Samozřejmě nastane i obrácená situace. Za rodinné příslušníky, kteří jsou na základě Nařízení našimi pojištěnci, musí být hrazeno v ČR pojistné, i když zde nemají trvalý pobyt (ani tu fakticky nebydlí). Tzn., že nezaopatření rodinní příslušníci osob vykonávajících výdělečnou činnost a z tohoto titulu pojištěných v ČR, podléhají českým předpisům o veřejném zdravotním pojištění, včetně povinnosti platit pojistné. Toto pravidlo se vztahuje i na osoby bez trvalého pobytu, či faktického bydliště na území České republiky. Půjde-li o samoplátce (OBZP) ve smyslu zákona o veřejném zdravotním pojištění, musí hradit pojistné přímo, nebo prostřednictvím živitele rodiny. Půjde-li o osoby spadající do české kategorie státních pojištěnců, je za ně plátcem pojistného stát. Tato povinnost vzniká dnem, kdy se stali českými pojištěnci, tedy fakticky dnem počátku výdělečné činnosti živitele rodiny na území ČR.

V některých situacích bude česká ZP vybírat pojistné za zaměstnance od jeho cizího zaměstnavatele. Pokud bude pracovník podléhat českým právním předpisům, bude pojištěn v ČR a práci bude vykonávat v jiné členské zemi, bude česká zdravotní pojišťovna vybírat pojistné za tohoto pracovníka od jeho zahraničního zaměstnavatele. Výše pojistného a termíny splatnosti se budou řídit českými právními předpisy. Tato situace přichází v úvahu zejména v případech, kdy pracovník bydlící v ČR vykonává pracovní činnost v ČR i v jiném státě (pojistné platí z obou příjmů). Může jít též o případ, kdy pracovník(OSVČ) má stále bydliště v ČR, ale výdělečnou činnost vykonává ve dvou dalších členských státech. Dalším příkladem může být situace, kdy pracovník pracuje na území jiného členského státu (např.

pro dceřinnou firmu českého podniku) a byla mu udělena výjimka, takže nadále podléhá českému právu a českému pojištění.

Zde jsou uvedeny základní důsledky, které vznikají z aplikace Nařízení v ČR. V praxi dochází k daleko složitějším případům.

III. PROJEKTOVÁ ČÁST

4 PROJEKT OPTIMALIZACE PROCESŮ ZÁKONNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NA ÚP VZP ZLÍN

Každý podnik představuje veliký soubor výkonných a řídicích činností. Existuje celá řada přístupů k jejich tvorbě, které umožňují lépe poznat tyto procesy a jejich vzájemné vazby a tím i návrh účinných systémů jejich řízení. Celkový podnik je sestaven z procesů. Procesy jsou to, co podnik dělají podnikem. Odpovídají přirozeným podnikovým aktivitám, ale jsou často zneprůhledněny organizačními strukturami.

Za proces se považuje logicky uspořádaný soubor transformací (aktivit, postupových kroků, činností), kde výstup z předchozí činnosti je propojen se vstupem do následující činnosti. Proces popisuje jak vnitřně probíhá kterákoliv činnost, jak jsou tyto činnosti propojeny, nebo jak se procesně propojují různé činnosti.

Podle charakteru procesu, převažujícího profilu činnosti, jejich složitosti, frekvence či algoritmizovatelnosti lze procesy členit na:

- § procesy prováděcí (výpočet mezd, stanovení ceny výrobku, tvorba technologického procesu, propagace výrobku),
- § procesy řídicí (plánovací procesy, kontrolní procesy, procesy vedení lidí),
- § procesy rozhodovací. [3]

V této části diplomové práce uvádím možný postup zlepšení spolupráce různých oddělení popřípadě referátů na Územním pracovišti VZP ČR Zlín. Po vstupu ČR do EU vznikají další náplně práce všech pracovníků zdravotní pojišťovny. Hlavní navýšení činnosti nastalo na oddělení pojistného a služeb pro klienty a hlavně na referátu registru. Samozřejmě, že i ostatní oddělení se musí učit novým postupům a úkolům, které vznikly při zavádění Nařízení EU v oblasti zdravotního pojištění. Aplikace Nařízení EU se netýká jen přímo zdravotní pojišťovny. Týká se všech občanů ČR, ale i zdravotnických zařízení jako například nemocnic, záchranné služby, lékáren a samotných lékařů.

Jak je již patrné z druhé, praktické části, vznikla nová pravidla a postupy, které není jednoduché přímo aplikovat na dané české prostředí. Vznikly nové zásady, kterými je nutno se řídit. Tyto zásady se netýkají jen přímo zdravotního pojištění jako služby, ale i lékařských služeb. Se vším tím je samozřejmě spojena vyšší administrativa a papírování.

Cílem tohoto projektu je na podmínkách ÚP VZP Zlín optimalizovat procesy spojené se zavedením Nařízení EU. Jedná se o procesy spolupráce, které nastávají mezi třemi odděleními. Tyto procesy jsou ve zjednodušené formě na územním pracovišti aplikované. Nejsou však dokonalé a budu se snažit o jejich zjednodušení, odstranění nedostatků a zprůhlednění. Jak již z organizační struktury (příloha P II) vyplývá, územní pracoviště má několik oddělení. V tomto projektu se budu zabývat činnostmi následujících oddělení: oddělení pojistného a služeb pro klienty, oddělení zdravotní péče a ekonomického oddělení.

4.1 Charakteristika oddělení

4.1.1 Oddělení pojistného a služeb pro klienty

Toto oddělení se dále člení na referát registru a služeb pro klienty, referát kontroly výběru pojistného, referát správního řízení, referát komerce a další pracoviště. Toto oddělení se také nazývá příjmovou částí zdravotního pojištění. Je to z důvodu, že oddělení pojistného a služeb pro klienty má na starost registraci pojištěnců, kontrolu výběru pojistného a vymáhání pojistného před předáním právnímu oddělení, které nedoplatky vymáhá již prostřednictvím soudu.

Referát, který se převážně zabývá aplikací Nařízení EU je referát registrace a služeb pro klienty. Zde se registrují jak čeští tak cizí pojištěnci (i zahraniční pojištěnci-turisté) před případnou návštěvou lékaře, nebo pojištěnci kteří oznamují změnu stávající skutečnosti.

4.1.2 Oddělení zdravotní péče

Oddělení zdravotní péče se člení na referát ekonomiky zdravotní péče, referát revize a referát léčiv, PZT a lázeňství. Aplikací Nařízení EU se zabývají všechny referáty. Referát ekonomiky zdravotní péče přebírá faktury a všechny nutné doklady k proplacení zdravotní péče od všech smluvních partnerů. Mezi tyto partnery patří nemocnice a lékaři. Referát revize provádí kontrolu lékařů prostřednictvím revizních lékařů. Ze strany zdravotního pojištění podle Nařízení EU revizní lékaři zpracovávají formuláře E 126 (příloha P VII), kterým jsou vyčísleny sazby náhrad za věcné dávky. Tímto formulářem revizní lékař zjišťuje, kolik by za stejnou péči zaplatila instituce v místě pobytu pojištěnce. Výšku těchto nákladů pak zdravotní pojišťovna refunduje pojištěnci. Dále revizní lékaři ověřují, zda vykázaná péče českým lékařem souhlasí s péčí uvedenou na evropském formuláři, nebo zda

zahraniční instituce, prostřednictvím formuláře E 125 (příloha P VI), vykazuje péči v rozsahu nutné, plné nebo vyžádané péče. Hlavní činností v oblasti Nařízení EU referátu léčiv, PZT a lázeňství je přebírání faktur od lékáren, které požadují proplacení léčiv poskytnutých zahraničním pojištěncům.

4.1.3 Ekonomické oddělení

Toto oddělení se dále rozčleňuje na dva referáty. Referát ekonomiky a referát financování a rozpočtu. Hlavní činností je proplácení vykázané péče. V oblasti Nařízení EU spolupracuje s Centrem mezistátních úhrad při úhradách za zdravotní péči cizích pojištěnců v ČR a českých pojištěnců ošetřených na území EU a EHP.

Když oddělení pojistného a služeb pro klienty nazýváme příjmovou částí, tak oddělení zdravotní péče a ekonomické oddělení můžeme nazvat výdajovou částí zdravotního pojištění. Vyplyvá to z toho, že tato dvě oddělení mají za úkol zhodnocení dané péče a její následné proplacení.

Pokud chceme aby postupy, které jsou nutné k provádění Nařízení EU fungovaly, musí všechny tyto tři oddělení efektivně spolupracovat.

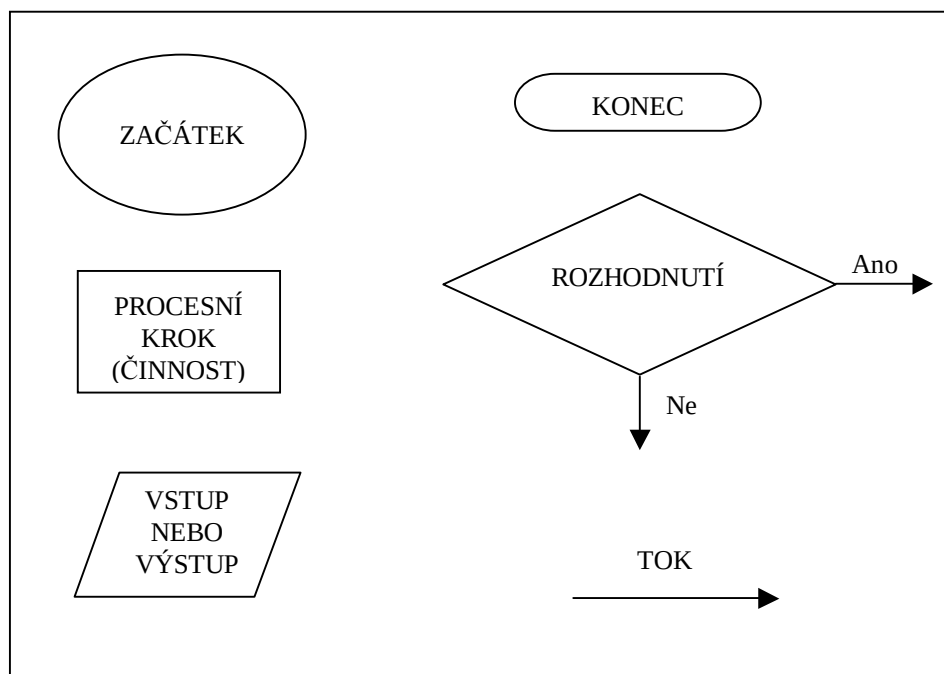
4.2 Metoda projektování - vývojový diagram

Procesy se skládají z jednotlivých činností, neboli postupových kroků. Tyto činnosti se startují na základě interních požadavků, které vznikly jako důsledek vnějších požadavků. Všechny tyto procesy mohou mít podobu vývojových diagramů, jichž využijí při samotném popisu. Účel této kapitoly spočívá v názorném vymezení symbolů s bližším určením, co znamenají.

Při popisování procesů je nejvíce využívána metoda vývojových diagramů. Vývojové diagramy znázorňují hlavní kroky (jednotlivé činnosti), které v celku tvoří daný proces. Obtížně však ale vyjadřují složitost a obsažnost procesů, prolínajících se mnoha odděleními. Chci pouze znázornit průběh na sebe navazujících činností.

Vývojové diagramy jsou vizuálním zobrazením kroků tvořících proces a užívá se jich převážně na té úrovni podrobnosti, která obsahuje jednotlivé konkrétní úkony, opatření a rozhodnutí. [3]

Pro sestavení vývojových diagramů se nejčastěji používá symbolů zobrazených na obr. 4.



Obr. 4: Symboly pro sestavování vývojových diagramů [3, str. 54]

4.3 Optimalizace procesů zdravotního pojištění na ÚP VZP Zlín při aplikaci Nařízení EU

4.3.1 Zaplacení zdravotní péče zdravotnickému zařízení za cizího pojištěnce

Základem tohoto procesu jsou zdravotnická zařízení (ZZ), tzn. nemocnice, záchranné služby, lékárny a lékaři, kteří zasílají na zdravotní pojišťovnu zvláštní faktury s doklady a formuláři, které jsou nutné k proplacení zdravotní péče. Zdravotnické zařízení stojí na začátku i na konci procesu. Všechny faktury a doklady přebírá referát ekonomiky zdravotní péče (REZP), který také musí ověřit, zda dané doklady mají všechny náležitosti. Z hlediska proplacení zdravotní péče za cizího pojištěnce je nutné, aby u každé faktury byl doložen jeden z následujících dokladů, resp. formulářů:

- § 1x kopie formuláře E 111 a současně Potvrzení o nároku cizího pojištěnce vyplněné v části B nebo,
- § 1x kopie Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC) a současně Potvrzení o nároku cizího pojištěnce vyplněné v části B nebo,

- § 1x kopie Potvrzení dočasně nahrazující EHIC a současně Potvrzení o nároku cizího pojištěnce vyplněné v části B nebo,
- § 1x kopie Potvrzení o registraci nebo,
- § Potvrzení o nároku cizího pojištěnce vyplněné v části A i B (úplně vyplněné).
(Příloha P VIII)

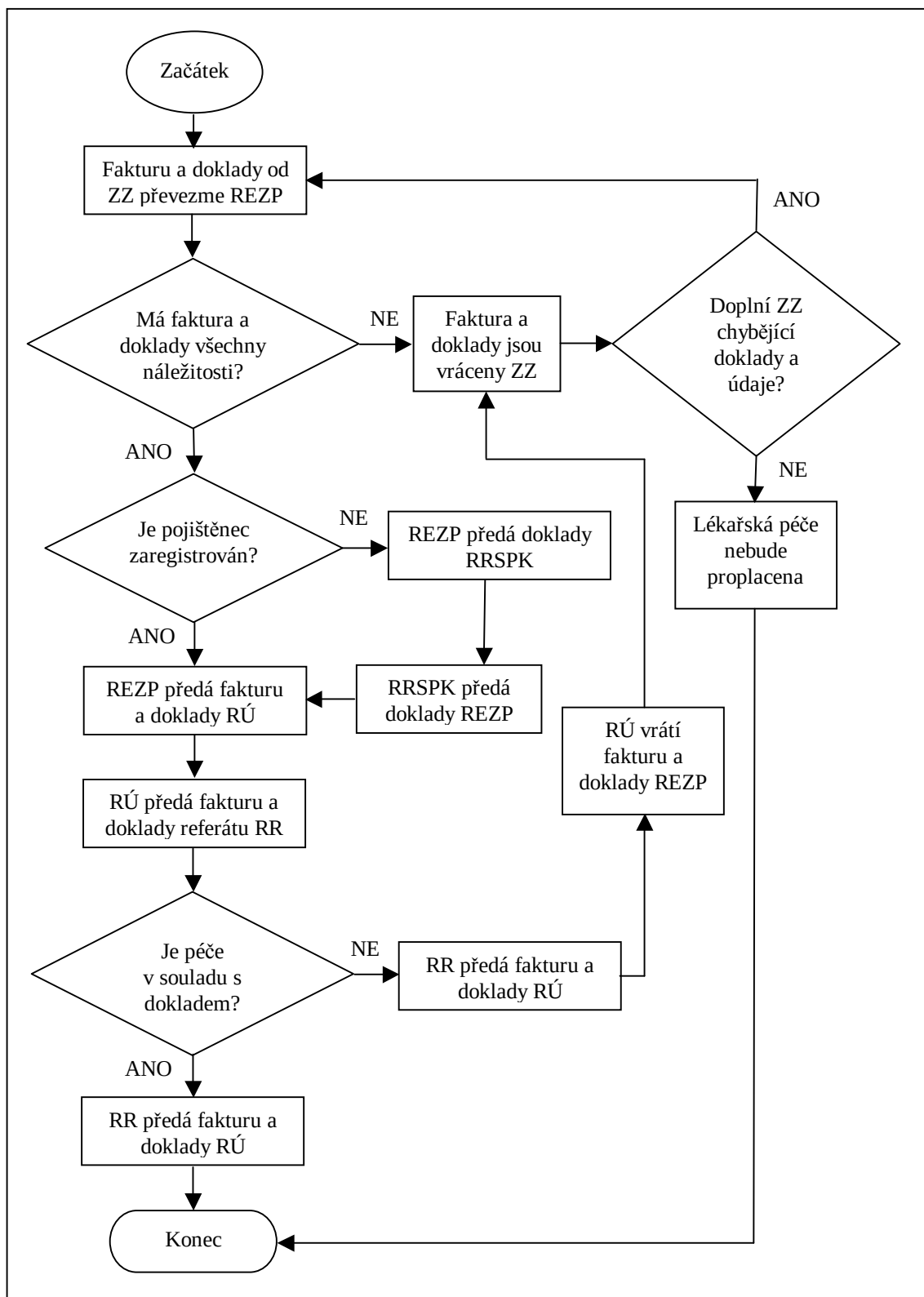
Pokud faktura nebude mít výše uvedené doklady, je vrácena zpět zdravotnickému zařízení s možností doplnění údajů nebo dokladů. Pokud zdravotnické zařízení tyto doklady doplní, předá je zpět referátu ekonomiky zdravotní péče. V případě, že není možné tyto doklady doplnit, lékařská péče nebude zdravotnickému zařízení proplacena. Výjimkou jsou záchranné služby, pro které nemusí pojištěnec vypisovat část B v Potvrzení o nároku cizího pojištěnce. Je to z důvodu, že pokud je k pacientovi přivolána záchranná služba, předpokládá se, že do ČR nepřijel úmyslně čerpat zdravotní péči. V tomto případě se vždy jedná o lékařsky nezbytnou péči.

V další části tohoto procesu musí referát ekonomiky zdravotní péče zjistit, zda je pojištěnec registrován, tzn. že je přihlášen v aplikaci. Aplikací se rozumí software, ve kterém jsou evidováni všichni pojištěnci VZP ČR. V této části aplikace má tento referát jenom právo prohlížení, tzn. že nemůže provádět změny. Pokud je zjištěno, že pojištěnec není evidován v aplikaci, referát ekonomiky zdravotní péče předá doklady referátu registru a služeb pro klienty (RRSPK). Tento referát pojištěnce zaregistruje a po registraci předá doklady zpět. Referát ekonomiky zdravotní péče předá fakturu a doklady referátu účetnictví (RÚ), který danou fakturu zaeviduje a vytvoří vnitřní účetní doklad. Vnitřní účetní doklad slouží k zaevidování dané faktury a následnému odsouhlasení věcné správnosti, kterou ověřuje referát revize, tzn. revizní lékař zdravotní pojišťovny. Z toho vyplývá, že referát účetnictví předá fakturu a doklady, včetně vnitřního účetního dokladu k odsouhlasení zdravotní péče. Tato vykázaná zdravotní péče musí být v souladu s evropským formulářem, resp. dokladem. Pokud revizní lékař zjistí nesoulad s danou péčí, předá všechny doklady referátu účetnictví, který danou částku v účetnictví zruší. Následně fakturu a doklady předá referátu ekonomiky zdravotní péče, který zajistí vrácení všech dokladů zdravotnickému zařízení.

Po udělení souhlasu k proplacení zdravotní péče revizní lékař doklady vrací zpět referátu účetnictví, který zajistí zaplacení. Referát účetnictví zajišťuje archivaci faktury i ostatních dokladů pro případnou kontrolu z ústředí pojišťovny nebo jiné zahraniční instituce.

Zdravotní péče nepředstavuje jenom ošetření pacienta, ale i pomoc ve formě léků. Evidence lékařských předpisů je v působnosti referátu léčiv, PZT a lázeňství. Postup proplácení léků je plně shodný s předešlým procesem. Obměna nastane jenom při vstupu. Funkce referátu ekonomiky zdravotní péče převezme referát léčiv, PZT a lázeňství.

Popis vývojovým diagramem je uveden na následujícím obrázku (obr. 5).



Obr. 5. Vývojový diagram procesu zaplacení zdravotní péče za cizího pojištěnce [vlastní zdroj]

4.3.2 Zpracování formulářů E 125 CZ

Formulář E 125 CZ (příloha P VI) slouží k uplatnění nároku na úhradu skutečných nákladů vynaložených na cizího pojištěnce. Formuláře se generují za každé čtvrtletí. Na ÚP VZP Zlín do tohoto procesu zasahují dvě oddělení, resp. podřízené referáty: referát registru a služeb pro klienty (RRSPK) a referát účetnictví (RÚ). Vstupním činitelem je zde referát registru a služeb pro klienty, který vygeneruje formuláře E 125 CZ.

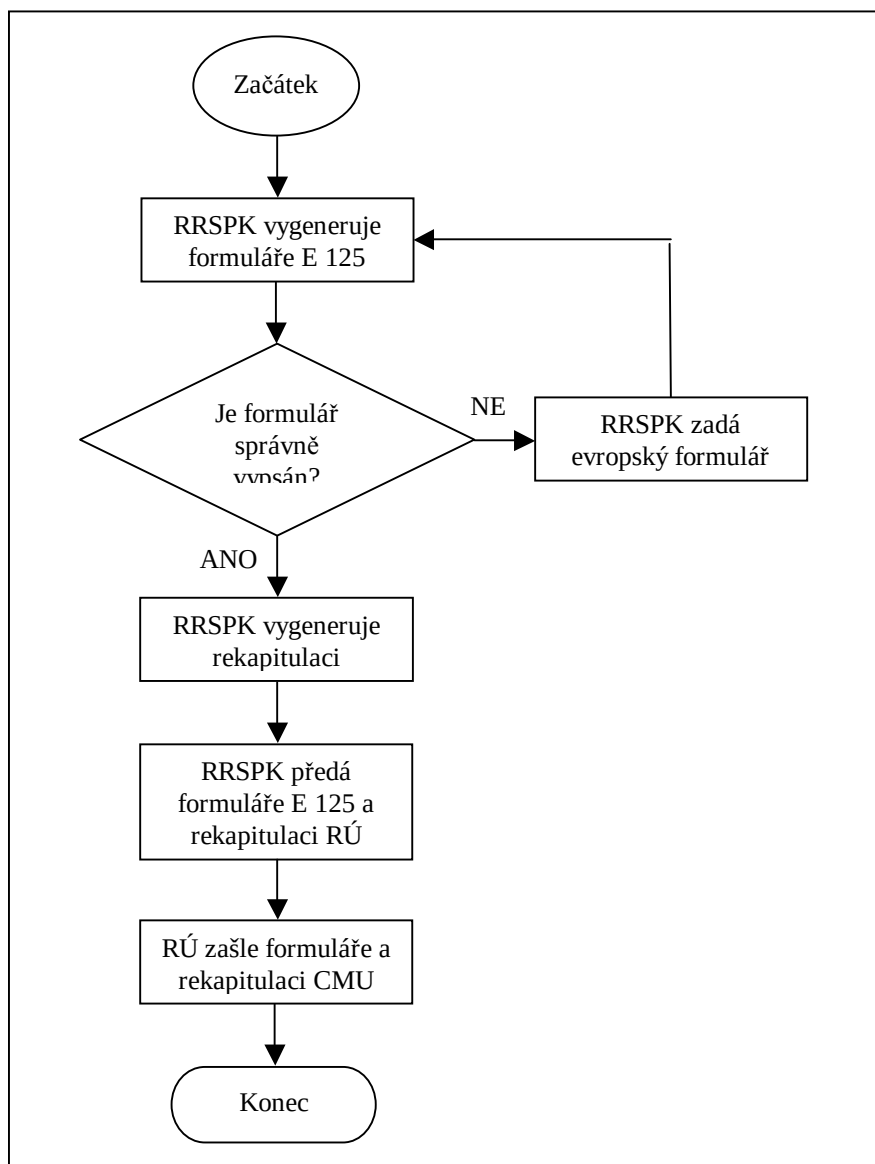
Dá se říct, že tomuto procesu předchází proces zaplacení zdravotní péče (kapitola 4.3.1). Pokud by proces zaplacení zdravotní péče neproběhl, nebude ani automaticky vygenerován formulář E 125 CZ.

Důležité je, aby formulář obsahoval jisté náležitosti:

- § formulář musí obsahovat název a identifikaci zdravotní pojišťovny, po které je uplatňován nárok na úhradu nákladů,
- § správnou identifikaci pojištěnce,
- § název a identifikaci české zdravotní pojišťovny,
- § částku, kterou česká zdravotní pojišťovna požaduje zaplatit.

Údaje ověřuje referát registru a služeb pro klienty. Pokud jsou údaje neúplné, musí se evropský formulář znovu pořídit do aplikace a znovu vygenerovat formuláře E 125 CZ. Pokud jsou všechny formuláře správně vypsány, referát registru a služeb pro klienty vygeneruje tzv. rekapitulaci. Rekapitulace je sumarizací všech vystavených formulářů. Referát registru a služeb pro klienty předá všechny formuláře včetně rekapitulace referátu účetnictví, který všechny částky a celkovou částku zaeviduje a zašle formuláře E 125 CZ včetně rekapitulace Centru mezistátních úhrad. Centrum mezistátních úhrad dále zabezpečuje úhradu nákladů (kapitola 3.8.2).

Popis formou vývojového diagramu je uveden na obrázku 6.



Obr. 6. Vývojový diagram procesu zpracování formuláře E 125 CZ

[vlastní zdroj]

4.3.3 Žádost českého pojištěnce o refundaci nákladů zaplacených v EU

K této situaci dochází typicky v případě, kdy byl český pojištěnec ošetřen v zahraničí, přičemž nepředložil příslušné Potvrzení o nároku, tedy Evropský průkaz zdravotního pojištění, ani Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění.

V případě, kdy zdravotní péče byla uhrazena v členské zemi přímo českým pojištěncem, může se tento pojištěnec s příslušnými originálními doklady o zaplacení (stvrzenkami) obrátit po návratu na svou českou zdravotní pojišťovnu a požádat o úhradu nákladů.

Zahajující činitel tohoto procesu je referát ekonomiky zdravotní péče, který převezme od pojištěnce vypsanou žádost včetně originálních dokladů o zaplacení péče. Referát ekonomiky zdravotní péče musí ověřit, zda pojištěnec je opravdu pojištěncem VZP ČR a zda v období, kdy mu byla poskytnuta péče v zahraničí, měl v ČR platné pojištění. Pokud je zjištěno, že pojištěnec není pojištěn u VZP ČR, nebo neměl platné pojištění, jsou mu vráceny všechny originální doklady.

Po zjištění platnosti pojištění ve VZP ČR, je nutné zjistit celkovou částku zaplacenou za péči provedenou v zahraničí. Tato částka je důležitá pro určení dalšího postupu a je stanovena Administrativní komisí EU. V současné době je to 1000 EUR. V případě, že jde o částku nedosahující této výše, může ÚP VZP ČR rovnou pojištěnci refundovat vynaložené náklady sama. V takovém případě mu je však refunduje pouze do výše stanovené pro danou péči v českém systému. Předpokladem je žádost pojištěnce nebo souhlas pojištěnce s tímto postupem.

Pokud pojištěnec souhlasí s refundací podle českých právních předpisů, tzn. že nesouhlasí s refundací podle zahraničních nákladů, předá referát ekonomiky zdravotní péče žádost včetně dokladů referátu revize. Na referátu revize revizní lékař vypočítá a určí částku, která může být pojištěnci proplacena. Po zjištění této částky předá referát revize tyto doklady referátu účetnictví, který zajistí proplacení nákladů podle žádosti.

V případě, že celková částka přesahuje stanovený limit 1000 EUR, nebo pojištěnec žádá o refundaci podle zahraničních nákladů, musí se referát ekonomiky zdravotní péče obrátit (prostřednictvím formuláře E 126 (příloha P VII) ve dvou vyhotoveních) na pojišťovnu v místě pobytu, kde byla péče poskytnuta. Pokud neví, na kterou instituci se obrátit, zašle formulář na styčné místo dané země. K formuláři připojí kopie stvrzenek vystavených lékařem. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na danou péči podle právních předpisů dané země v sazbách platných pro tamní pojištěnce. Referát ekonomiky zdravotní péče si založí originály stvrzenek a kopii formuláře E 126.

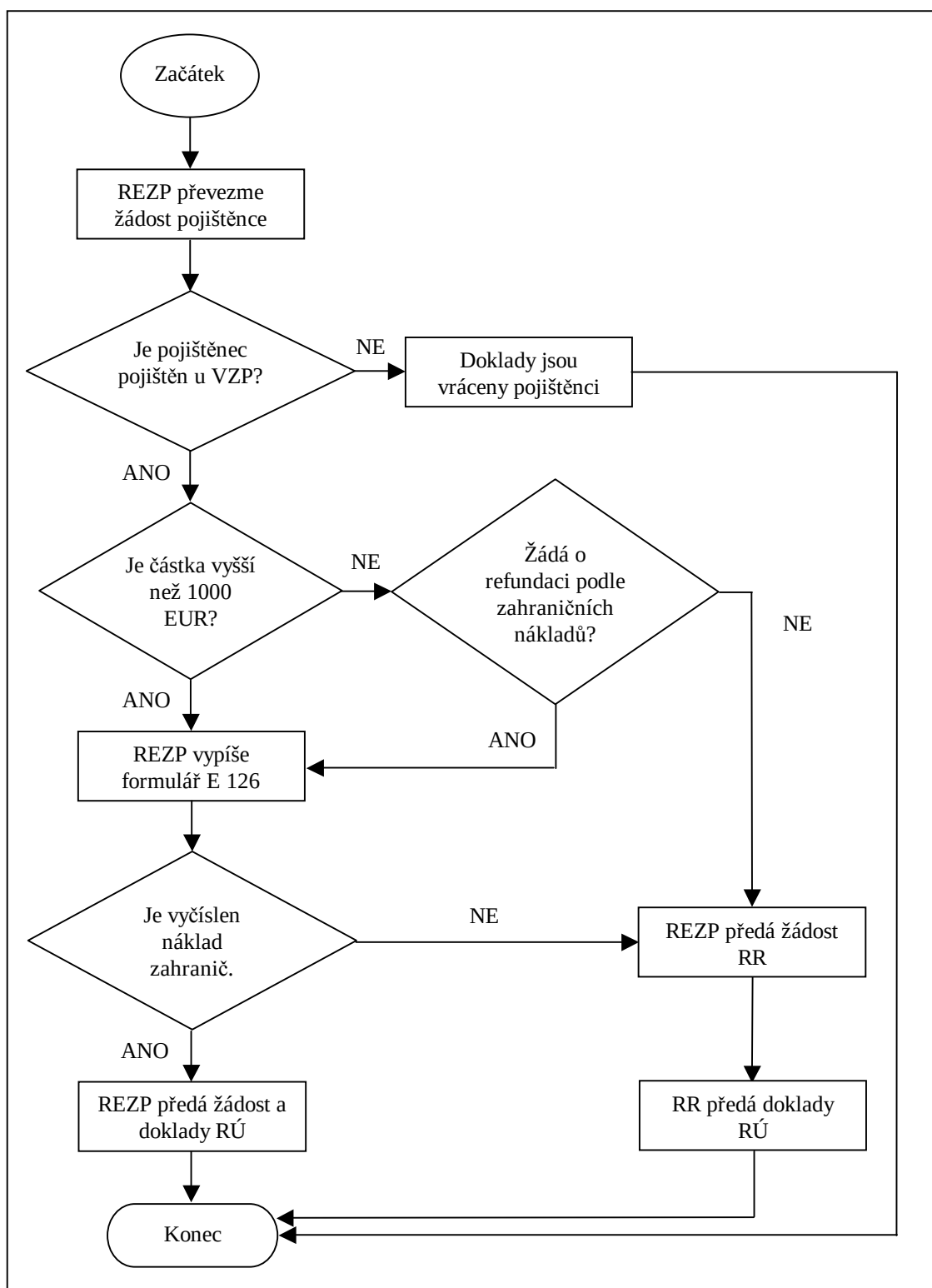
Pojišťovací instituce dané země ověří, zda šlo o péči, na kterou měla osoba nárok, poskytnutou ve zdravotnickém zařízení, napojeném na místní veřejný systém.

Pokud je její stanovisko kladné, sdělí prostřednictvím zaslaného formuláře E 126 na dílu B v bodě 9 celkovou částku, kterou by byla za tuto péči uhradila, kdyby vše proběhlo předepsaným způsobem a dávky by byly výpomocně poskytnuty zahraniční institucí. Pak

referát ekonomiky zdravotní péče předá celou dokumentaci včetně formuláře E 126 referátu účetnictví, který podle žádosti zašle danou částku pojištěnci.

V případě, že cizí pojišťovací instituce na dílu B formuláře E 126 sdělí, že částka nemá být refundována, refundace podle zahraničních nákladů nemůže být uskutečněná. V takovém případě předá všechny doklady referát ekonomiky zdravotní péče referátu revize. Revizní lékař určí částku, která může být refundována za daný úkon podle českých právních předpisů o veřejném zdravotním pojištění. Po zjištění částky jsou doklady předány referátu účetnictví k proplacení.

Hlavním úkolem tohoto procesu je spokojenost klienta, který očekává co možná nejrychlejší vyřešení záležitosti.



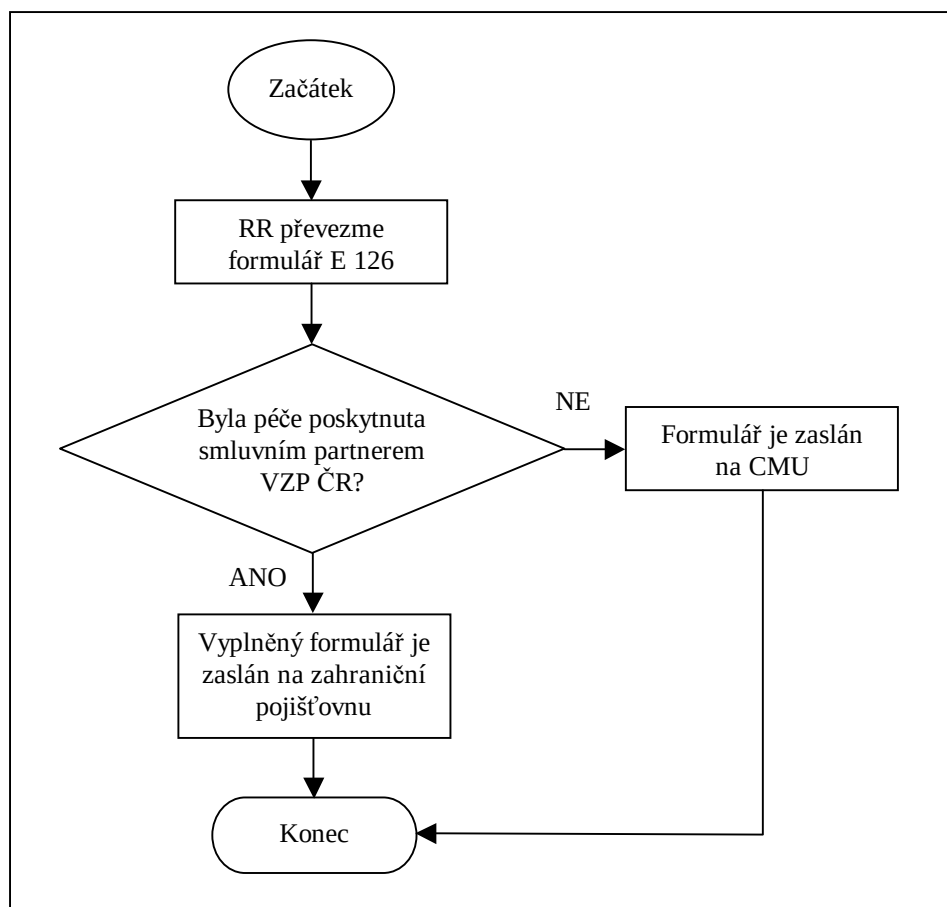
Obr.7. Vývojový diagram procesu žádosti českého pojištěnce o refundaci [vlastní zdroj]

4.3.4 Zpracování formulářů E 126 - cizí

Formuláře E 126 (příloha P VII) slouží k zjištění sazeb za zdravotní péči poskytnutou při přechodném pobytu v jiném státě EU a EHP a zaplacenou přímo pojištěncem z důvodu nedodržení formálních náležitostí. Tento proces je možné uskutečnit na jednom oddělení ÚP VZP Zlín, a to na oddělení zdravotní péče a přímo na referátu revize. Po převzetí formuláře E 126 – cizí, musí pracovník referátu zjistit (na základě kopií přiložených dokladů), zda péče byla poskytnuta smluvním partnerem VZP ČR. V případě, že tomu tak není, je formulář i s doklady zaslán zpět na Centrum mezistátních úhrad. Pokud tato péče byla poskytnuta smluvním partnerem VZP ČR, revizní lékař vyčíslí náklady na danou péči. Tuto částku uvede do oddílu B tohoto formuláře. Výše uvedený formulář pak pracovník referátu revize zašle přímo zahraniční instituci. Z důvodu rychlejšího postupu se již nezasílá zpět na Centrum mezistátních úhrad.

Dosud tento proces v ÚP VZP Zlín zajišťují dvě oddělení ve dvou podřízených referátech. Proces začíná v okamžiku kdy referát registrace a služeb pro klienty převezme formulář E 126, zaeviduje ho a pak předá na referát revize reviznímu lékaři. Po vyplnění části B formuláře, revizní lékař formulář předá zpět na referát registrace a služeb pro klienty, který jej zašle na danou zahraniční instituci. Navrženým postupem se administrace zjednoduší a určitě zrychlí.

Proces je uveden na vývojovém diagramu (obr. 7).



obr. 7. Vývojový diagram procesu zpracování formulářů E 126 – cizí

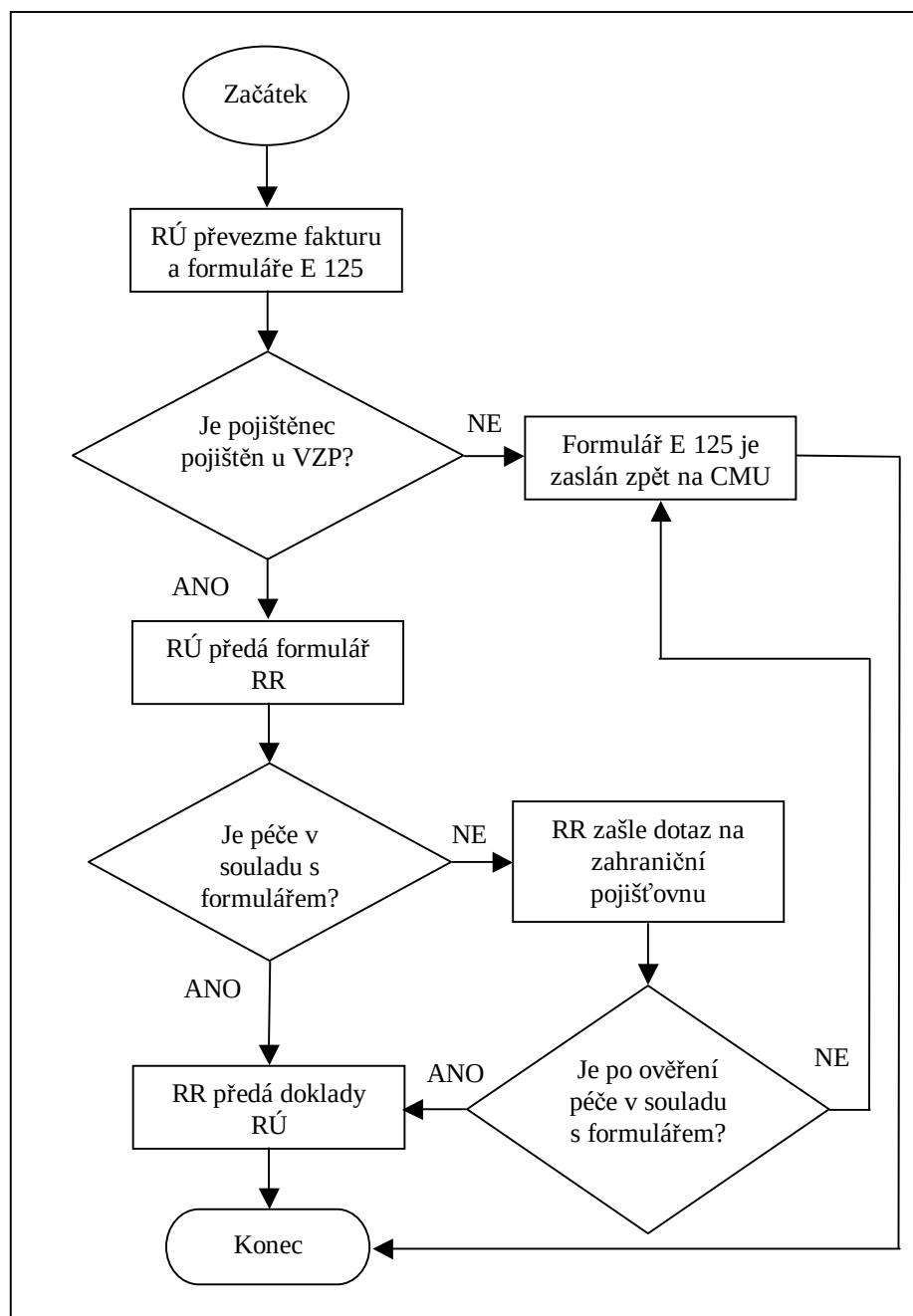
[vlastní zdroj]

4.3.5 Zpracování faktury včetně formulářů E 125 - cizí z CMU

Již výše bylo řečeno, že formulář E 125 (příloha P VI) se používá k uplatnění nároku na úhradu skutečných nákladů. Jak je uvedeno v kapitole 3.8.1 styčným, resp. zprostředkujícím místem faktury a formuláře E 125 – cizí je Centrum mezistátních úhrad. Všechny formuláře E 125 – cizí včetně faktury z CMU jsou zaevidovány referátem účetnictví. Referát účetnictví musí zjistit, jestli daný pojištěnec je skutečně pojištěncem VZP ČR a zda měl v době poskytnutí péče platné pojištění. V případě, že pojištěnec není v databázi VZP ČR evidován, zašle pojišťovna daný formulář zpět na CMU. Pokud je pojištění platné, předá referát účetnictví formuláře E 125 včetně vnitřního účetního dokladu referátu revize. Zde revizní lékař ověří, zda poskytnutá péče byla v souladu s vydaným formulářem. V případě, že péče tomuto neodpovídá, nebo vykázaný náklad je neúměrně vysoký, zašle revizní lékař prostřednictvím formuláře E 001 dotaz s žádostí o doložení lékařské zprávy. Po obdržení

daných dokladů rozhodne revizní lékař o zaslání formuláře zpět na CMU, nebo je formulář včetně všech dokladů vrácen na referát účetnictví se souhlasem k zaplacení daných nákladů.

Proces je prostřednictvím vývojového diagramu uveden na obr. 8.



Obr. 8 Vývojový diagram procesu zpracování faktury a formulářů

E 125 – cizí [vlastní zdroj]

4.4 Verifikace projektového řešení

Tato kapitola je zaměřena na ověřování projektového řešení. Mé řešení bylo zaměřeno na optimalizaci daných procesů při aplikaci Nařízení EU ve zdravotním pojištění na Územním pracovišti VZP ČR Zlín. Ověřování správnosti a zhodnocení projektu je rovněž jeho důležitou součástí. Konkrétní správnost projektového řešení je možno ověřit až po určité době, kdy procesy budou přímo aplikovány na odděleních resp. referátech. Pro ověření všech procesů není možné stanovit jeden časový úsek. Pro jeden proces postačí období několika měsíců, pro jiný je nutné i roční období. Je to z důvodu, že každý proces se neopakuje ve stejných časových periodách.

4.5 Efektivnost daného projektového řešení a doporučení

Hlavním cílem této práce je optimalizace procesů zákonného zdravotního pojištění podle Nařízení Rady EHS č. 1408/71 a 574/72 ve VZP ČR Územní pracoviště Zlín. V rámci zdravotní pojišťovny jsem definoval a popsal klíčové procesy, které jsou spjaté s aplikací Nařízení EU. Tyto procesy jsem zobrazil pomocí vývojových diagramů (obr. 5-9).

Při tvorbě jsem se zaměřil na zjednodušení, zprůhlednění a efektivnost procesů, jejichž cílem je jak spokojenost klienta, tak i zdravotnických zařízení a spokojenost samotných pracovníků ÚP VZP Zlín. Prostřednictvím popisů jsem zprůhlednil tok dokumentů mezi jednotlivými referáty daných oddělení díky pospojování činností do ucelených procesů. Každá činnost má svůj smysl a zda bude splněna co nejdříve a co nejkvalitněji závisí na výkonu a přístupu plnění povinností konkrétního pracovníka. Důležitým faktorem je právě pracovník daného referátu. Pokud bude pracovník prosazovat ideu, že se jeho činnosti Nařízení EU netýkají, tak proces nemůže být uskutečněný.

Můžu říct, že stávající organizační struktura ÚP VZP Zlín plně vyhovuje průběhu těchto procesů. Problémové místo je ve využívání aplikace (softwarového systému) pracovníky a jejich ochota se zapojit do daných procesů. Přímo referát ekonomiky zdravotní péče a referát revize nejeví ochotu zapojit se do činnosti ověřování pojištěnců v databázi, přitom možnost prohlížení v této části mají zpřístupněn. Využívaná je jenom pro vlastní činnost, ale pro možnost zjednodušení procesů v oblasti Nařízení EU není ochota tuto činnost obsáhnout. Je zde cítit nechuť ke změnám, neochota lidí zvykat si na nové věci. Pracovníci

musí změnit svůj přístup, musí odstranit dosavadní praktiky a přizpůsobit se novým poznatkům.

Výsledky zjednodušení se určitě projeví ve zlepšení výkonnosti. Detailní definování a popsání všech konkrétních procesů v oblasti aplikace Nařízení EU může být jednou z možných variant, jak správně specifikovat popisy pracovních míst. Kvalita fungování ÚP VZP Zlín je závislá ze všeho nejvíce na kvalitě a ochotě lidí. Samozřejmě lidé nejsou stroje a mohou se dopustit chyb. Proto je žádoucí stanovit určité postupy konání ve formě jednoduchých, srozumitelných a přehledných pracovních postupů. Prostřednictvím zdokumentování procesů na nejnižší úrovni lze stanovit standardizované pracovní postupy, které napomáhají k efektivnějšímu plnění pracovních povinností a podporují snadnou komunikaci a spolupráci mezi jednotlivými referáty a samotnými pracovníky.

ZÁVĚR

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky vznikla před dvanácti lety. Za dobu své existence se stala základním pilířem českého zdravotnictví. V současné době je přibližně 6,8 milionů obyvatel České republiky pojištěno u VZP ČR.

Ve své diplomové práci jsem se zaměřil na oblast veřejného zdravotního pojištění a vliv vstupu České republiky do Evropské unie na tento druh pojištění. Vzhledem k tomu, že Česká republika se dne 1.5.2004 stala platným členem Evropské unie, je nutné i oblast zdravotního pojištění přizpůsobit jejím podmínkám. Důležitými právními normami pro otázky zdravotního pojištění jsou Nařízení Rady EHS č. 1408/71 a Nařízení č. 574/72. Podle těchto nařízení, která jsou nadřazena českým zákonům, se musí řídit i Česká republika.

V teoretické části jsem se věnoval systému zdravotního pojištění a právními normami ve zdravotnictví platnými v České republice. Dále jsem popsal systémy zdravotní péče v některých západoevropských zemích a smysl a fungování zdravotního pojištění v České republice.

V praktické části jsem se snažil zjistit, jak ovlivní náš zdravotní systém vstup České republiky do Evropské unie. Popsal jsem zde důsledky pro poskytovatele zdravotní péče, základní principy příslušnosti k právním předpisům. Dále jsem se zaměřil na rozsahy nároků na zdravotní péči, které jsou platné podle Nařízení Evropské unie. Podle Nařízení vznikly nové skupiny pojištěnců: čeští pojištěnci pobývající nebo bydlící na území jiného členského státu EU a EHP a pojištěnci členského státu EU a EHP nacházející se v České republice na přechodnou dobu nebo zde bydlící. Změním se museli, kromě zdravotních pojišťoven, přizpůsobit i samotní poskytovatelé zdravotní péče, tzn. nemocnice, záchranné služby, lékaři a lékárny. Charakterizuji zde i společnost Centrum mezistátních úhrad, která vznikla za účelem zabezpečení provádění Nařízení Evropské unie jako styčného místa pro oblast zdravotního pojištění v České republice.

V projektovém řešení jsem navrhl optimalizaci procesů vzniklých zavedením Nařízení Evropské unie ve Všeobecné zdravotní pojišťovně Územní pracoviště Zlín. Každý proces jsem charakterizoval a popsal prostřednictvím vývojového diagramu.

Podle mého názoru aplikace Nařízení Evropské unie bude potřebovat ještě několik let k dokonalému zavedení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČEJKOVÁ, V. *Pojistný trh*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, spol. s r. o., 2002. 120 s. ISBN 80-247-0137-5
- [2] GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd Brno: Computer press. a.s., 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
- [3] HROMKOVÁ, L. *Teorie průmyslových podnikatelských systémů I*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2001. 118 s. ISBN 80-7318-038-3
- [4] MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo komentované předpisy*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Orac, s. r. o., 2003. 351 s. ISBN 80-86199-50-9
- [5] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ÚSEK PRO EVROPSKOU INTEGRACI A MEZINÁRODNÍ VZTAHY. *Sociální zabezpečení osob pohybujících se v rámci Evropské unie*. 2. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. 248 s. ISBN 80-86552-07-1
- [6] ŠMÍD, J., ŽENÍŠKOVÁ, M. *Sociální zabezpečení a zdravotní pojištění zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných*. 7. vyd. Olomouc: Nakladatelství ANAG, 2002. 147 s. ISBN 80-7263-128-4
- [7] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- [8] Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- [9] Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
- [10] Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Ostatní zdroje

- [11] BAUMAN, M. *Čip pomůže lékařům i jeho pacientovi* [online]. 2004, [cit. 2004-10-14]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-15055370-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-d7>.

- [12] HOLUB, P. *Slováci mění zdravotní systém* [online]. 2004, [cit. 2004-09-23]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14949800-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-4d>.
- [13] CHYTILOVÁ, D. *Do Evropy cestujte s pojištěním* [online]. 2004, [cit. 2004-07-15]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-21973605-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-c9>.
- [14] KOHOUT, P. *Zdravotnictví bez ministra* [online]. 2004, [cit. 2004-11-24]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-15255210-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-9b>.
- [15] MESRŠMÍD, J. *Nová výzva v legislativě* [online]. 2004, [cit. 2004-04-28]. Dostupný z WWW: <[http://vyhledavani.ihned.cz/index.php?s1=M&s2=0&s3=0&s4=0&s5=0&s6=0&m=d&article\[id\]=16046930&article\[what\]=zdravotn%ED+evropsk%E1+unie+&article\[sklonuj\]=on](http://vyhledavani.ihned.cz/index.php?s1=M&s2=0&s3=0&s4=0&s5=0&s6=0&m=d&article[id]=16046930&article[what]=zdravotn%ED+evropsk%E1+unie+&article[sklonuj]=on)>.
- [16] autor neznámy. *Na klienta německé soukromé pojišťovny čeká větší luxus* [online]. 2004, [cit. 2004-07-16]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14646680-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-51>.
- [17] autor neznámy. *Nic se výrazně nezmění, říká ředitel pojišťovny* [online]. 2004, [cit. 2004-08-11]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14744110-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-e2>.
- [18] autor neznámy. *Nové přerozdělování zdravotního pojištění finančně posílí VZP* [online]. 2004, [cit. 2004-04-06]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14198600-stoprocentn%ED+p%F8erozd%EClov%E1n%ED-000000_d-5b>.
- [19] autor neznámy. *Novela zdravotnických zákonů umožní sněmovně odvolávat šéfa VZP* [online]. 2004, [cit. 2004-06-24]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14563310-stoprocentn%ED+p%F8erozd%EClov%E1n%ED-000000_d-27>.
- [20] PRAVEC, J., VOJÍŘ, A. *Koaliční poslanci zajistili VZP ročně dvě miliardy navíc* [online]. 2004, [cit. 2004-04-07]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14199270-stoprocentn%ED+p%F8erozd%EClov%E1n%ED-000000_d-f6>.

- [21] STUCHLOVÁ, L. *Zdravotní pojištění je od srpna bez úlev* [online]. 2004, [cit. 2004-09-07]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14873990-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-c8>.
- [22] VLTAVSKÝ, L., PROKOPOVÁ, P. *Výdělky studentů klesnou již za tento měsíc* [online]. 2004, [cit. 2004-08-23]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14799980-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-e9>.
- [23] VOJÍŘ, A. *Senátoři pomohli VZP k miliardám* [online]. 2004, [cit. 2004-05-21]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14402270-stoprocentn%ED+p%F8erozd%EClov%E1n%ED-000000_d-2e>.
- [24] VOJÍŘ, A., HOLUB, P. *Kubinyi už nechce odvolat ředitelku VZP. I když to zákon dovolí* [online]. 2004, [cit. 2004-06-25]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14567440-stoprocentn%ED+p%F8erozd%EClov%E1n%ED-000000_d-d0>.
- [25] autor neznámý. *Vyšší zdravotní pojištění zaplatí pracující studenti, důchodci a ženy na mateřské* [online]. 2004, [cit. 2004-08-10]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14742680-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-c3>.
- [26] autor neznámý. *VZP rozesílá evropské průkazky* [online]. 2005, [cit. 2005-01-06]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-15454540-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-d0>.
- [27] autor neznámý. *Zahraniční pracovní cesty a pojištění* [online]. 2005, [cit. 2005-04-28]. Dostupný z WWW: <[http://vyhledavani.ihned.cz/index.php?s1=M&s2=0&s3=0&s4=0&s5=0&s6=0&m=d&article\[id\]=16047040&article\[what\]=zdravotn%ED+evropsk%E1+unie+&article\[sklonuj\]=on](http://vyhledavani.ihned.cz/index.php?s1=M&s2=0&s3=0&s4=0&s5=0&s6=0&m=d&article[id]=16047040&article[what]=zdravotn%ED+evropsk%E1+unie+&article[sklonuj]=on)>.
- [28] autor neznámý. *Zdravotní pojišťovny vydávají evropské průkazky* [online]. 2004, [cit. 2004-08-16]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/3-14769070-zdravotn%ED+poji%9At%ECn%ED-000000_d-67>.
- [29] <http://www.cmu.cz>
- [30] <http://www.vzp.cz>

Firemní literatura

- [31] Informace č. 54/2004 Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- [32] Informace č. 58/2004 Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- [33] Informace č. 94/2004 Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- [34] Informace č. 12/2005 Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- [35] Metodický pokyn č. 19/2004 Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- [36] Metodický pokyn č. 23/2004 Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- [37] Metodický pokyn č. 54/2004 Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- [38] Metodický pokyn č. 59/2004 Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- [39] Ostatní (interní) zdroje VZP ČR Územní pracoviště Zlín
- [40] Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2003

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CMU	Centrum mezistátních úhrad
ČNR	Česká národní rada
ČR.	Česká republika.
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
EHIC	Evropský průkaz zdravotního pojištění
EHP	Evropský hospodářský prostor
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
např.	například
NHS	National health service
OBZP	osoba bez zdanitelných příjmů
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PZT	Pomůcky zdravotní techniky
resp.	respektive
REZP	Referát ekonomiky zdravotní péče
RR	Referát revize
RRSPK	Referát registru a služeb pro klienty
RÚ	Referát účetnictví
Sb.	Sbírka
tzn.	to znamená
ÚP VZP	územní pracoviště Všeobecné zdravotní pojišťovny
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZZ	Zdravotnické zařízení

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Vzájemný vztah systému péče o zdraví a zdravotnického systému.

Obr. 2. Státy provádějící Nařízení EU.

Obr. 3. Provádění mezistátních úhrad za zdravotní péči.

Obr. 4: Symboly pro sestavování vývojových diagramů.

Obr. 5. Vývojový diagram procesu zaplacení zdravotní péče za cizího pojištěnce.

Obr. 6. Vývojový diagram procesu zpracování formuláře E 125 CZ.

Obr. 7. Vývojový diagram procesu žádosti českého pojištěnce o refundaci.

Obr. 8. Vývojový diagram procesu zpracování formulářů E 126 – cizí.

Obr. 9. Vývojový diagram procesu zpracování faktury a formulářů E 125 – cizí.

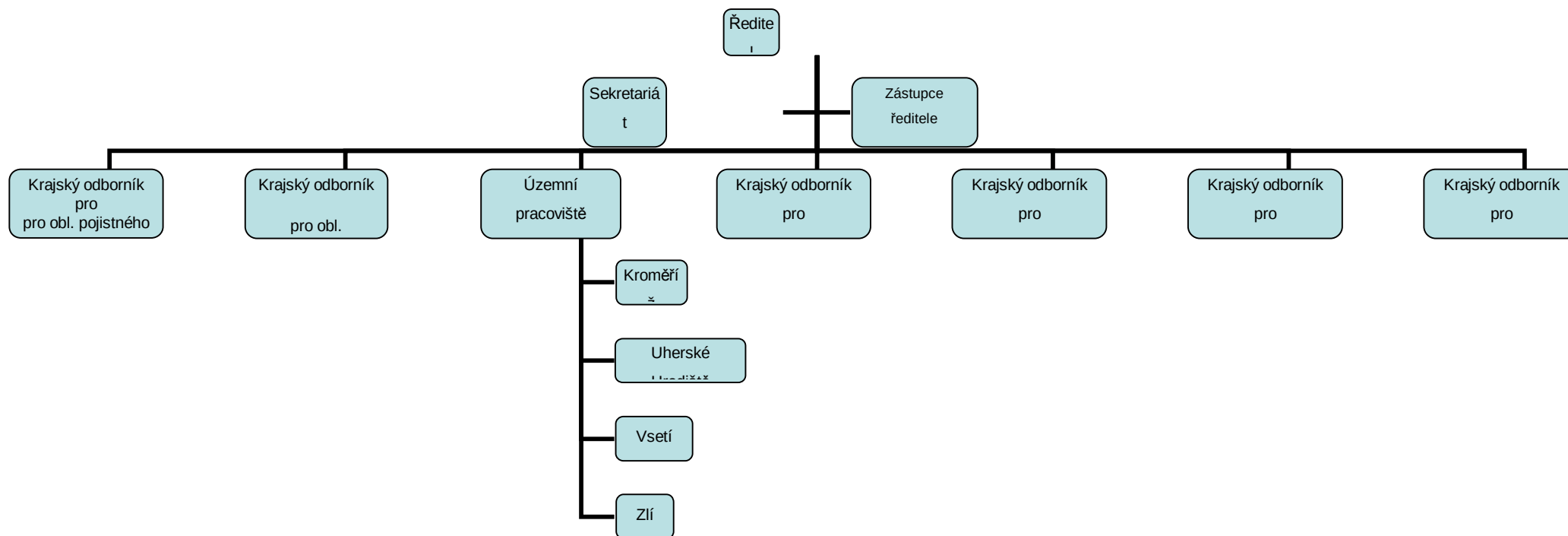
SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Počty zdravotních pojišťoven.

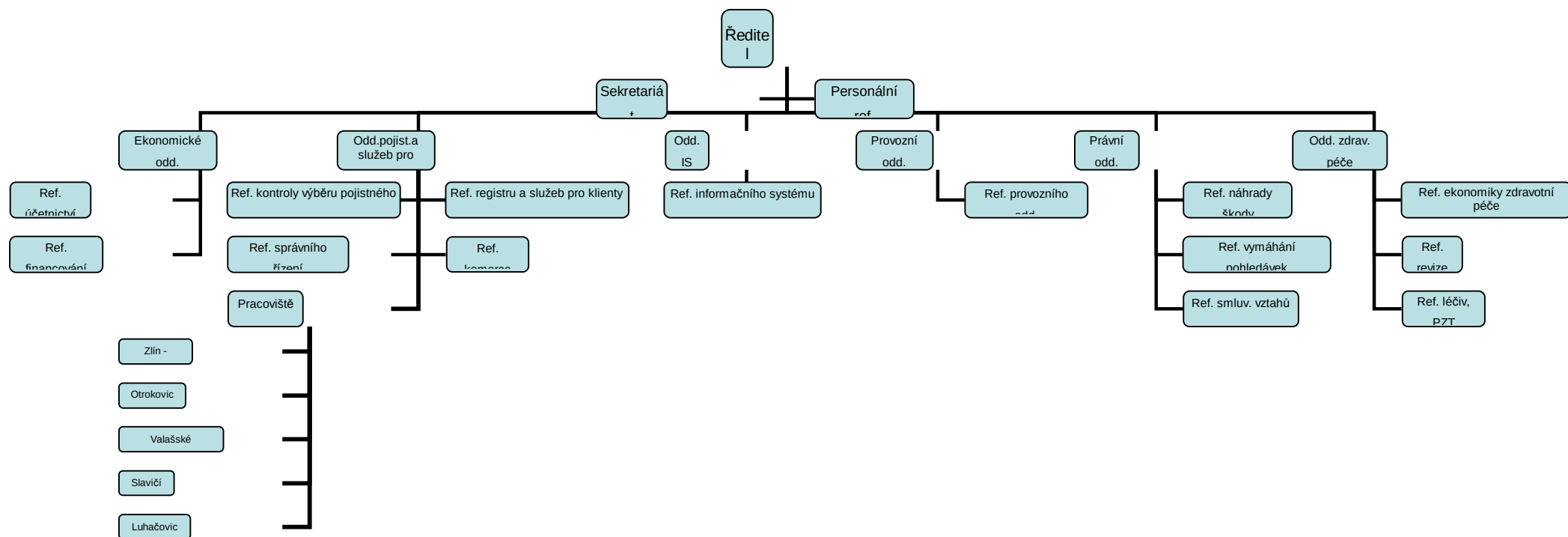
SEZNAM PŘÍLOH

- P I Organizační schéma VZP ČR Krajské pobočky pro Zlínský kraj.
- P II Organizační schéma VZP ČR Územní pracoviště Zlín.
- P III Evropský průkaz zdravotního pojištění.
- P IV Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění.
- P V Formulář E 111.
- P VI Formulář E 125.
- P VII Formulář E 126.
- P VIII Potvrzení o nároku cizího pojištěnce z členské země EU a EHP na čerpání lékařsky nezbytné péče po dobu přechodného pobytu v ČR.

PŘÍLOHA P I: ORGANIZAČNÍ SCHÉMA VZP ČR KRAJSKÉ POBOČKY PRO ZLÍNSKÝ KRAJ



PŘÍLOHA P II: ORGANIZAČNÍ SCHÉMA VZP ČR ÚZEMNÍ PRACOVISŤE ZLÍN



PŘÍLOHA P III: EVROPSKÁ KARTA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ



3 Příjmení	NOVÁK		
4 Jméno	JAN		
5 Datum narození	6 Číslo pojistence		
01/12/1950	5012019999		
	7 Kód ZP		
	11191 - VZP		
8 Číslo průkazu	9 Platnost do		
80205111910000000001	31/12/2006		

POJIŠTOVNA PRO CELÝ ŽIVOT



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Tento průkaz je nepřenosný.

V případě nálezů jej laskavě zašlete na adresu:
If found, kindly return the card to:
VZP ČR, Orlická 4/2020
130 00 Praha 3, Česká republika

Ověření průkazu / card verification:
www.vzp.cz/EHIC, tel.: (+420) 221 752 121

Informace / information:
www.vzp.cz, tel.: 844 117 777

PŘÍLOHA P IV: POTVRZENÍ DOČASNĚ NAHRAZUJÍCÍ EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

POTVRZENÍ DOČASNĚ NAHRAZUJÍCÍ

EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

*(Toto potvrzení se vydává na základě přílohy 2 Rozhodnutí č. 190 z 18. června 2003,
týkající se technické specifikace Evropského průkazu zdravotního pojištění)*

Označení formuláře

1. E-L-L-L-L

Kód vydávající země

2. CZ

Informace o pojištěnci

3. Příjmení: **BLAHOŽ**

4. Křestní jméno (jména): **MARTIN**

5. Datum narození: **13/05/1945**

6. Číslo pojištěnce: **4505132341**

Informace o kompetentní instituci

7. Kód instituce: **11119 - VZP**

Informace o evropském průkazu zdravotního pojištění

8. Číslo průkazu: **80205111191234567890**

9. Platnost do: **31/12/2007**

Doba platnosti

a) Od: **01/06/2004**

b) Do: **01/12/2004**

Datum vydání formuláře

c) **30/05/2004**

Podpis a razítko instituce

d)

Poznámky a informace:

Všechny normy použité pro okem čitelné údaje na Evropském průkazu zdravotního pojištění týkající se názvů polí, hodnot, délky a poznámek se uplatní i na tomto Potvrzení.

PŘÍLOHA P V/A: FORMULÁŘ E 111

EVROPSKÁ SPOLEČENSTVÍ
Předpisy o sociálním zabezpečení
EEA

Viz pokyny na str. 2 a 3

E111 CZ (1)

POTVRZENÍ O NÁROKU NA VĚCNÉ DÁVKY BĚHEM POBYTU V ČLENSKÉM STÁTĚ

Nařízení 1408/71: čl. 22.1.a.i; čl. 22.a.; čl. 22.3; čl. 31.a; čl. 34.a
Nařízení 574/72: čl. 20.4; čl. 21.1; čl. 23; čl. 31.1 a 3

1.	☐ Zaměstnaná osoba ☐ Osoba samostatně výdělečně činná (Příjmení ^(1a) , dřívější příjmení ^(1a) , D.N.I. ^(2a) , adresa)	☐ Důchodce (soustava pro zaměstnané osoby) ☐ Důchodce (soustava pro osoby samostatně výdělečně činné)	☐ Student ☐ Jiná pojištěná osoba
	(Příjmení ^(1a) , dřívější příjmení ^(1a) , D.N.I. ^(2a) , adresa)		
1.1. Identifikační číslo ^(2b) : Datum narození:			

2.	Rodinní příslušníci ⁽³⁾				
2.1.	Příjmení ^(1a)	Jméno	Dřívější příjmení	Datum narození	Identifikační číslo ^(2b)
					
					
					
					
					
					
					
2.2	Adresa ve státě bydliště ⁽⁴⁾ ⁽⁴⁾ :				

3. Výše uvedené osoby mají nárok na věcné dávky na základě nemocenského pojištění a pojištění mateřství.

Tyto dávky mohou být poskytovány

3.1. (5) ☐ od: do:

3.2. (5) ☐ od:

PŘÍLOHA P V/B: FORMULÁŘ E 111

E111

4. Kompetentní instituce	
4.1. Název	Kód instituce ⁽⁸⁾
4.2. Adresa ⁽²⁾	
4.3. Razítko	4.4. Datum 4.5. Podpis

4.6. Platí od	do	4.10. Platí od	do
4.7. Razítko	4.8. Datum	4.11. Razítko	4.12. Datum
	4.9. Podpis		4.13. Podpis

5. Kompetentní francouzská instituce pro nepracovní úrazy, které utrpěli samostatně hospodařící zemědělci	
5.1. Název	Kód instituce ⁽⁶⁾
5.2. Adresa ⁽²⁾	
5.3. Razítko	5.4. Datum 5.5. Podpis

POKyny

Vyplníte tento formulář hůlkovým písmem a pište pouze na vytečkované řádky. Formulář má tři stránky. Je nutné vyplnit všechny stránky, i když neobsahují žádné relevantní informace.

Tento formulář vyplní kompetentní instituce nebo, tam, kde to přichází v úvahu, instituce místa bydliště důchodce nebo rodinného příslušníka pracovníka a pošle jej dotyčné osobě nebo instituci v místě pobytu, pokud byl formulář vyhotoven na žádost této instituce. Tento formulář se nevyžaduje pro pobyt dotyčné osoby ve Velké Británii.

Informace pro pojištěnou osobu a její rodinné příslušníky

(a) Tento formulář umožňuje

- v případě okamžité potřeby zaměstnané osobě nebo osobě samostatně výdělečně činné, studentovi a jiným pojištěným osobám a jejich rodinným příslušníkům uvedeným v položce 2, kteří dočasně pobývají v jiném členském státě, než je kompetentní stát a
 - důchodci a jeho rodinným příslušníkům uvedeným v položce 2, kteří dočasně pobývají v jiném členském státě, než je členský stát, ve kterém obvykle bydlí,
- dostávat věcné dávky od pojišťoven v zemi pobytu v případě nemoci, chronických nemocí nebo mateřství a prozatímně v případě pracovního úrazu nebo nemoci z povolání. Tento formulář však nevytváří nárok na věcné dávky v případě, je-li cílem cesty získání lékařské péče v zahraničí.

(b) Musí-li některá z dotyčných osob požádat o poskytnutí dávek včetně hospitalizace, měla by odevzdat tento formulář pojišťovně v zemi, v níž pobývá, tj.:

- v Belgii "mutualité" (místní fond nemocenského pojištění) podle volby dotyčné osoby;
- v Dánsku kompetentní "amtskommune" (místní správa). V samostatné městské obci Copenhagen (Kodaň), "magistrat" (magistrát), v samostatné městské obci Frederiksberg "kommunalbestyrelse" (městská správa). Pomoc od lékaře, zubního lékaře nebo lékárníka lze vyhledat bez předchozího navázání spojení se zmíněnou institucí. Tento formulář je třeba odevzdat pro každou žádost o poskytnutí dávek. Údaje o dostupných lékařích a zubních lékařích lze získat na místních social- og sundhedsforvaltning (sociální a zdravotní úřad);
- v Německu "Krankenkasse" (místní nemocenské pokladna);

PŘÍLOHA P V/C: FORMULÁŘ E 111

E111

- v **Řecku** normálně regionální nebo místní pobočka Institutu sociálního pojištění (IKA), které vydá dotyčné osobě "zdravotní knížku, bez níž nemohou být poskytovány žádné věcné dávky;
- ve **Španělsku** lékařské a nemocniční služby zdravotního systému španělského sociálního zabezpečení. Formulář musí být odevzdán spolu s fotokopii;
- ve **Francii** "Caisse primaire d'assurance-maladie" (místní fond nemocenského pojištění);
- v **Irsku** "Health Board" (Výbor pro zdraví), v jehož oblasti je dávka vyžadována;
- v **Itálii** "Unità sanitaria locale" (USL, místní zdravotní správní jednotka) příslušná pro dotyčnou oblast; pro námořníky a pro členy posádek civilních letadel "Ministero della sanità, Ufficio di sanità marittima o aerea" (Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní úřad námořnictva nebo letectva příslušný pro dotyčnou oblast);
- v **Lucembursku** "Caisse de maladie des ouvriers" (nemocenský fond pro manuální pracovníky);
- v **Nizozemsku** ANOZ Verzekeringen, Utrecht, Pomoc od lékaře, zubního lékaře nebo lékárníka lze vyhledat bez předchozího navázání kontaktu s ANOZ Verzekeringen;
- v **Rakousku** "Gebietskrankenkasse" (Regionální fond pro nemocenské pojištění);
- v **Portugalsku pro metropolitní Portugalsko**: "Administração Regional de Saúde" (Regionální zdravotní správa) místa pobytu; pro **Madeiru**: "Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionální ředitelství veřejného zdraví) ve Funchalu; pro **Azory**: "Direcção Regional de Saúde" (Regionální zdravotní ředitelství) v Angra do Heroísmo;
- ve **Finsku** místní úřad "Kansaneläkelaitos" (instituce pro sociální pojištění), pokud je požadována úhrada za náklady léčení vzniklé v soukromém sektoru. Věcné dávky lze získat v obecních zdravotních střediscích a veřejných nemocnicích na základě předložení potvrzení;
- ve **Švédsku** "försäkringskassan" (Úřad sociálního pojištění). Pomoc od lékařských služeb (nemocnice, lékař, zubní lékař atd.) lze vyhledat bez předchozího navázání spojení se zmíněnou institucí;
- na **Islandu** "Tryggingastofnun nkosins" (Státní instituce pro sociální zabezpečení), Reykjavík;
- v **Lichtenštejnsku** "Amt für Volkswirtschaft" (Úřad národního hospodářství), Vaduz;
- v **Norsku** "lokale trygdekontor" (místní úřad pojištění). Pomoc od lékařských služeb lze vyhledat bez předchozího navázání spojení se zmíněnou institucí. Při vyhledání pomoci by měl být předložen tento formulář.
- (c) Pro obdržení peněžitých dávek musí dotyčná osoba do tří dnů od začátku pracovní neschopnosti podat žádost u instituce místa pobytu tím, že jí předloží oznámení, že přestala pracovat nebo, pokud tak stanoví první předpisy prováděné kompetentní institucí nebo institucí místa pobytu, potvrzení o pracovní neschopnosti vydané lékařem, který poskytuje dotyčné osobě léčení.

POZNÁMKY

- * EEA - smlouva o Evropském hospodářském prostoru, příloha VI, sociální zabezpečení: tento formulář se pro účely této smlouvy vztahuje také na Island, Lichtenštejnsko a Norsko.
- (1) Symbol země, do níž patří instituce vyplňující formulář: B = Belgie; DK = Dánsko; D = Německo; GR = Řecko; E = Španělsko; F = Francie; IRL = Irsko; I = Itálie; L = Lucembursko; NL = Nizozemsko; P = Portugalsko; GB = Velká Británie; A = Rakousko; FIN = Finsko; IS = Island; FL = Lichtenštejnsko; N = Norsko; S = Švédsko.
- (1a) U osob se španělskou státní příslušností uveďte obě rodná příjmení.
U osob s portugalskou státní příslušností uveďte všechna jména (jméno, příjmení, divčí jméno) v pořadí občanského postavení, v němž jsou uvedena v průkazu totožnosti nebo v pase.
- (2) Ulice, číslo, PSČ, město, země.
- (2a) U osob se španělskou státní příslušností uveďte číslo uvedené na národní kartě totožnosti (D.N.I.), pokud existuje, a to i v případě, když je karta prošílá. V opačném případě uveďte "Není".
- (2b) U osob s italskou státní příslušností uveďte, bude-li to možné, číslo pojištění a/nebo "codice fiscale".
- (3) Uveďte pouze ty rodinné příslušníky, kteří jedou dočasně do jiného členského státu.
- (4) Vyplňte pouze v případě, pokud se adresa rodinných příslušníků liší od adresy pracovníka nebo důchodce.
- (5) Tyto dvě položky se vzájemně vylučují. Uveďte pouze tu, která platí, a v příslušném rámečku udělejte křížek.
- (6) Vyplňte tam, kde existuje.

PŘÍLOHA P VI/A: FORMULÁŘ E 125

EVROPSKÁ SPOLEČENSTVÍ
Předpisy o sociálním zabezpečení
EEA

Viz pokyny na str. 3

E125 CZ (1)

VÝKAZ SKUTEČNÝCH VÝDAJŮ Nařízení 1408/71: čl. 36.1 a 2; čl. 63.1; čl. 87.1 Nařízení 574/72: čl. 93.1, 2, 4 a 5; čl. 105.1

Pro každého příjemce vyplňte samostatný formulář.

1.	Faktura č. ⁽²⁾	☐ 1. polovina finančního roku	☐ 2. polovina finančního roku	20.....
----	--------------------------------	--	--	---------

2.	Kompetentní instituce, již je formulář určen			
2.1.	Název	Kód instituce ⁽²³⁾		
2.2.	Adresa ⁽³⁾			

3.	☐ Zaměstnaná osoba	☐ Důchodce (soustava pro zaměstnané)	☐ Student
	☐ Osoba samostatně výdělečně činná	☐ Důchodce (soustava pro samostatně výdělečně činné)	☐ Jiná pojištěná osoba
3.1.	Příjmení ⁽⁴⁾		
3.2.	Jméno	Dřívější příjmení ⁽⁴⁾	Datum narození
3.3.	Adresa ⁽³⁾		
3.4.	Adresa v kompetentním státě ⁽³⁾		
3.5.	Identifikační číslo ^(4a)		

4.	Rodinný příslušník ⁽⁵⁾		
4.1.	Příjmení ⁽⁴⁾		
4.2.	Jméno	Dřívější příjmení	Datum narození

5. Osoba zmíněná ☐ v položce 3 ☐ v položce 4 pobírala dávky na základě následujícího článku Nařízení 1408/71:

5.1. ☐ 19.1 a 2 ☐ 2.1a a 3 ☐ 2.1b a 3 ☐ 2.1c a 3 ☐ 22a ☐ 22b
☐ 25.1, 3 a 4 ☐ 26 ☐ 29.1⁽²⁴⁾ ☐ 31 ☐ 34a ☐ 34b
☐ 52⁽²⁵⁾ ☐ 55.1⁽²⁵⁾

na základě následujících formulářů, které nám byly zaslány

5.2. ☐ formulář E ze dne ☐ formulář E 117 ze dne
platný od do

5.3. Osoba zmíněná ☐ v položce 3 ☐ v položce 4
absolvovala lékařskou prohlídku, která byla vyžádána dne

PŘÍLOHA P VI/B: FORMULÁŘ E 125

E125

6.	Vzniklé výdaje		6.1. Částka ⁽⁵⁾
6.2.	Věcné dávky poskytované	od do	
6.3.	Lékařská péče		
6.4.	Zubní péče		
6.5.	Léky		
6.6.	Hospitalizace	od do	
6.7.	Ostatní dávky ⁽⁷⁾		
6.8.	Věcné dávky celkem		
6.9.	Lékařské prohlídky ⁽⁶⁾		
6.10.	Peněžité dávky poskytované	od do	
6.11.	Celkové výdaje		

7.	Kompetentní instituce	
7.1.	Název	Kód instituce ⁽⁸⁾
7.2.	Adresa ⁽⁹⁾	
7.3.	Razítko	7.4. Datum 7.5. Podpis

8.	Vyhrazeno pro instituci v kompetentním státě
----	--

PŘÍLOHA P VII/A: FORMULÁŘ E 126

EVROPSKÁ SPOLEČENSTVÍ
Předpisy o sociálním zabezpečení
EEA

Viz pokyny na str. 3

E126 CZ (1)

SAZBY NÁHRAD ZA VĚCNÉ DÁVKY

Nařízení 1408/71: čl. 22.1.a.i; čl. 22.3; čl. 22.a; čl. 22.b; čl. 31.a; čl. 34.a; čl. 34.b;
Nařízení 574/72: čl. 34

Kompetentní instituce vyplní část A formuláře a odešle, buď přímo nebo prostřednictvím stýčného orgánu, dvě kopie instituci, která poskytuje dávky dotyčné osobě v zemi pobytu. Instituce v místě pobytu po vyplnění části B formuláře vrátí jednu kopii kompetentní instituci.

A. Žádost

1.	Instituce, již je formulář určen ⁽²⁾
1.1.	Název
1.2.	Adresa ⁽²⁾

2.	☐ Zaměstnaná osoba ☐ Osoba samostatně výdělečně činná	☐ Důchodce (soustava pro zaměstnané osoby) ☐ Důchodce (soustava pro samostatně výdělečně činné)	☐ Student ☐ Jiná pojištěná osoba
2.1.	Příjmení ^(2a)		
2.2.	Jméno	Dřívější příjmení ^(2a)	Datum narození
2.3.	☐ Tato osoba je kryta soustavou pro osoby samostatně výdělečně činné, která je uvedena v příloze 11 k Nařízení č. 574/72		
2.4.	Identifikační číslo		

3.	Rodinný příslušník přijímající léčbu			
	Příjmení ^(2a)	Jméno	Dřívější příjmení	Datum narození
3.1.				
3.2.				
3.3.				
3.4.				

PŘÍLOHA P VII/B: FORMULÁŘ E 126

E126

4. Výše uvedá osoba
 4.1. během pobytu v (stát)
 4.2. v (město)
 4.3. sama zaplatila za požadované dávky
 4.4. Dotyčná osoba je ☐ vdovec/vdova ☐ invalidní (*)
 4.5. a má příjem ve výši (*)
 5. Uveďte na přiložených účtech, pro každou dávku samostatně částku, která má být dotyčné osobě refundována na základě sazeb instituce v místě pobytu. Pouze v případě Lucemburska uveďte částku, kterou musí dotyčná osoba přispět na náklady léčeni.
 6. Přiložené účty

7. Kompetentní instituce	
7.1. Název	Kód instituce (*)
7.2. Adresa (*)	
7.3. Razítko	7.4. Datum
	7.5. Podpis

B. Odpověď

8. Přiložené účty, na nichž jsou uvedeny požadované sazby.
 9. ☐ Částka, která má být nahrazena (*) ☐ Žádná náhrada

10. Poznámky:

11. Instituce místa pobytu	
11.1. Název	
11.2. Adresa (*)	
11.3. Razítko	11.4. Datum
	11.5. Podpis

PŘÍLOHA P VIII: POTVRZENÍ O NÁROKU CIZÍHO POJIŠTĚNCE Z ČLENSKÉ ZEMĚ EU A EHP NA ČERPÁNÍ LÉKAŘSKY NEZBYTNÉ PÉČE PO DOBU PŘECHODNÉHO POBYTU V ČR

Potvrzení o nároku cizího pojištěnce z členské země EU, EHP, Švýcarska na čerpání lékařsky nezbytné péče po dobu přechodného pobytu v ČR

* Na základě:

- ☐ Evropského průkazu zdravotního pojištění platného do
Číslo průkazu
- ☐ Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz
vydaného dne platného od do
- ☐ Formuláře E vydaného dne platného od do

A. Identifikační údaje pacienta/ID of patient/Identität des Patienten

* Stát pojištění/ insured in (State)/ Staat der Versicherung	
* Příjmení, jméno pojištěnce/ Surname and name(s) of the insured person/ Name und Vorname der Versicherten	
* Číslo pojištěnce/ Personal insurance number/ Versicherungsnummer im Ausland	
Adresa ve státě pojištění/ Address of the insured person/ Anschrift im Staat der Versicherung	
* Kód kompetentní instituce/ Code number of the competent institution/ Institutionskennzeichen des Trägers	
Název a adresa kompetentní instituce/ Name and address of the competent institution/ Bezeichnung und Anschrift des zuständigen Trägers	
Druh a číslo osobního dokladu (pas, osobní průkaz ad.)/ Type of a pers. document and its number (passport, ID card etc.)/ Sorte und Nummer des vorgelegten Ausweises (Personalausweis, Reisepass, usw.)	Druh dokladu/Type of the document/Sorte des Ausweises Číslo dokladu/No. of the document/Nummer des Ausweises

B. Prohlášení pacienta/Erklärung des Patienten/Patient's declaration

1. Prohlašuji, že jsem na území České republiky nepříjel za účelem čerpání zdravotní péče.
I herewith declare that I did not travel to the Czech Republic with a view to receive a medical treatment.
Ich erkläre hiermit, dass ich nicht zwecks Inanspruchnahme medizinischer Behandlung ins Gebiet der Tschechischen Republik eingereist bin.
Mám v úmyslu pobývat v České republice do (datum).
I intend to stay in the Czech Republic until (date).
Ich gedenke mich in der Tschechischen Republik bis zum aufzuhalten.
2. Za výpomocnou zdravotní pojišťovnu volím
As the health insurance fund in the place of stay I choose
Für die ausstehende Krankenkasse wähle ich
(kód zvolené smluvní zdravotní pojišťovny).
(a code number of the chosen contractual HIF).
(die IK Nr. der ausgewählten Vertragskrankenkasse).

(místo, datum)
Place, Date
Ort, Datum

(podpis cizího pojištěnce)
Foreign Insured's signature
Unterschrift des Fremdversicherten