

Sekce pro poskytovatele

<http://www.cmu.cz/cs/pro-poskytovatele/leceni-poj-z-eu>

1. Léčení pojištěnců ze státu EU

Pro další postup zdravotnického zařízení při ošetření pojištěnce z jiného státu EU, EHP, či Švýcarska je třeba posoudit, zda:

- ♦ se jedná o poskytnutí zdravotních služeb, které jsou z hlediska zdravotního stavu nezbytné (nemoc, úraz), nebo
- ♦ jde o plánovanou péči, za kterou pacient cíleně do ČR vycestoval, popřípadě
- ♦ zda se jedná o preventivní péči, na kterou má nárok pouze cizí pojištěnec, který na území ČR bydlí a má nárok na plný rozsah péče.

Dále je důležité, zda se na poskytovatele obrací s:

- ♦ nárokovým dokladem vystaveným jeho zahraniční zdravotní pojišťovnou (Evropský průkaz; Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz; v případě plánované péče výjimečně S2 nebo E112), nebo
- ♦ dokladem vystaveným českou výpomocně registrující zdravotní pojišťovnou (žlutý průkaz pojištěnce EU nebo Potvrzení o registraci), nebo
- ♦ bez jakéhokoliv nárokového dokladu

1.1. Nezbytná péče

1) Definice nezbytné péče

Definice	Skupina krytých osob	Bližší vymezení
1) Lékařsky nezbytná zdravotní péče s přihlédnutím k povaze nemoci a předpokládané době pobytu na území jiného státu	Všechny osoby, pobývající v jiném státě přechodně	Zdravotní péče poskytovaná v zemi pobytu, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav osoby, např. včetně operačního zákroku, pooperačních prohlídek a péče, prohlídek v těhotenství, porodu a poporodní péče o matku i novorozence, očkování dle očkovacího průkazu a v případě akutního nebezpečí /tetanus, vzteklinka, pravidelné péče a prohlídek v případě chronického onemocnění, kontrol během léčení 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, odložitelné preventivní prohlídky). 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 pacient před vycestováním domluvil její poskytnutí se zahraničním zdravotnickým zařízením. konkrétním rozsahu a způsobu poskytnutí rozhoduje místní ošetřující lékař
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2) Postup poskytovatele závisí na tom, jaký doklad je cizím pojištěncem předložen:

- nezbytná péče poskytnutá na základě předloženého zahraničního nárokového dokladu

- ♦ Platným nárokovým dokladem může být [Evropský průkaz zdravotního pojištění](#), nebo [Potvrzení, dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění](#)
- ♦ cizí pojištěnec by měl zvolit jednu z českých zdravotních pojišťoven, se kterou má poskytovatel smlouvu a která ponese náklady na jeho ošetření (případně na základě doporučení poskytovatele).
- ♦ Je nutné vyplnit zvláštní tiskopis pro komunikaci mezi smluvními lékaři a smluvními pojišťovnami (tzv. [Potvrzení o nároku](#)).

Potvrzení o nároku je možné vyplnit elektronicky na těchto [www stránkách](#) (je vhodné vytisknout více kopií).

Do Potvrzení je třeba z nárokového dokladu přepsat identifikační údaje pacienta, včetně jeho zahraničního čísla pojištěnce.

V druhé části tiskopisu pak nechat pacienta podpisem potvrdit zvolenou smluvní zdravotní pojišťovnu a fakt, že nevycestoval do ČR za účelem čerpání péče.

Potvrzení o nároku je třeba přiložit k vyúčtování smluvní zdravotní pojišťovně.

Vyplnění části A Potvrzení o nároku (identifikace osoby a jeho nárokového dokladu) může být nahrazeno porízením čitelné kopie Evropského průkazu zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího EHIC a jejím přiložením k vyúčtování.

- ♦ Účtuje se zvolené české zdravotní pojišťovně podle metodiky samostatnou fakturou (druh pojištění 4).

- nezbytná péče poskytnutá na základě předloženého dokladu o registraci, vystaveného českou smluvní zdravotní pojišťovnou

- ♦ Cizí pojištěnec se ve zdravotnickém zařízení prokáže žlutým [Průkazem pojištěnce EU pobývajícího v ČR](#), nebo [Potvrzením o registraci](#), vydaným českou ZP.
 - Žádné další tiskopisy není nutné vyplňovat.
 - Na žlutém Průkazu pojištěnce EU pobývajícího v ČR nebo Potvrzení o registraci je **uvedeno české číslo pojištěnce**. Je zde i kontakt na pracovníka pojišťovny, který doklad vystavil.
 - Účtuje se vystavující české zdravotní pojišťovně na uvedené české číslo pojištěnce podle metodiky samostatnou fakturou (druh pojištění 4).

- nezbytná péče poskytnutá v případě, že cizí pojištěnec nepředložil žádný z nárokových dokladů

- ♦ **tam, kde nelze čekat** (ambulantní ošetření, nebo v odůvodněných pochybnostech o pojištění v jiném státě) je ospravedlnitelné účtování nákladů přímo osobě.

Cena by neměla překročit maximální cenu stanovenou v českém systému veřejného zdravotního pojištění (viz. též Cenový předpis MZ 1/2014DZP)

- ♦ **tam, kde nehrozí prodlení** (např. pobyt v nemocnici), **nebo v případě kdy již k ošetření bez úhrady došlo**, je vhodné vyžádat si nárokový doklad ([Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz](#)) ze zahraničí.

Tímto způsobem lze řešit úhradu i dodatečně.

Pro tento účel je nutné zjistit pokud možno co nejvíce informací o zdravotním pojištění pacienta (ideálně název zahraniční pojišťovny). Přinejmenším je nutné znát jeho zahraniční adresu. Dále je vhodné nechat jej vyplnit **Potvrzení o nároku** pro účely pozdějšího vyúčtování zdravotní pojišťovně.

- Na žádost je česká ZP povinna pokusit se o zajištění dodatečného vystavení zahraničního dokladu. V praxi nebo problematických případech pro ZZ tuto činnost zajišťuje CMU.
- Praktičtější cestou zpravidla bývá zajištění zahraničního nárokového dokladu neformálně prostřednictvím pacienta (pokud je toho schopen), nebo jeho doprovodu apod.
- V případě získání nárokového dokladu ze zahraničí účtuje ZZ péči spolu s vyplněným Potvrzením o nároku zvolené zdravotní pojišťovně podle metodiky samostatnou fakturou (druh pojištění 4).
- ♦ vždy je též možné **pokusit se o řešení úhrady přes případnou komerční pojišťovnu** (je-li poskytovateli známa)

1.2. Plánovaná péče v ČR

Plánovanou péčí je péče, za jejímž účelem zahraniční pojištěnec do ČR cíleně přicestoval. Poskytnutí péče je v typických případech se zdravotnickým zařízením domlouváno předem.

- na základě předloženého dokladu o registraci, vystaveného českou smluvní zdravotní pojišťovnou

- ♦ Cizí pojištěnec se ve zdravotnickém zařízení prokáže [Potvrzením o registraci](#), vydaným českou ZP, na kterém je vyznačeno, že opravňuje k čerpání plánované péče. K Potvrzení by zpravidla měla být přiložena alespoň obecná specifikace služeb, které mohou být poskytnuty.
 - Žádné další tiskopisy není nutné vyplňovat.
 - Na Potvrzení o registraci je uvedeno české číslo pojištěnce. Je zde i kontakt na pracovníka pojišťovny, který doklad vystavil.
 - Účtuje se vystavující české zdravotní pojišťovně na uvedené české číslo pojištěnce podle metodiky samostatnou fakturou (druh pojištění 4).

- na základě předloženého zahraničního nárokového dokladu

- ♦ Platným nárokovým dokladem může být formulář S2, nebo E112 vystavený zahraniční pojišťovnou
- ♦ Pokud nebyl předem dohodnut jiný postup, je nutno pacienta upozornit, že se musí s cizím nárokovým dokladem před poskytnutím plánované péče registrovat na zvolené české smluvní zdravotní pojišťovně. Na základě registrace mu bude vystaveno české Potvrzení o registraci, včetně přiděleného českého čísla pojištěnce.
- ♦ U případů do 1000 EUR lze výjimečně poskytnout péči i bez předchozí registrace u ZP. Po předložení nárokového dokladu S2 nebo E112 poskytovateli je ovšem nutno okamžitě kontaktovat zvolenou ZP a zařídit registraci dodatečně
- ♦ U ostatních případů je možné poskytnout plánovanou péči přímo na základě zahraničního nárokového dokladu pouze v případě, že je to s českou ZP, která bude pojištěnce registrovat, předem dohodnuto.

- ♦ Po provedení registrace u české ZP se účtuje české registrující zdravotní pojišťovně na přidělené české číslo pojištěnce podle metodiky samostatnou fakturou (druh pojištění 4).

- v případě, že cizí pojištěnec nepředložil žádný z nárokových dokladů a chce hradit plánovanou péči jako samoplátce

- ♦ cena péče by měla být před poskytnutím služby dohodnuta s pacientem. Stejně tak by měly být dohodnuty i související okolnosti léčení (čas, místo, doprava apod.). Jde v zásadě o smlouvu mezi zahraničním pacientem a poskytovatelem. Lze ji uzavřít ústně i písemně.
- ♦ cena péče je účtována přímo pacientovi. Ten hradí přímo poskytovateli.
- ♦ výše ceny je předmětem věcného usměrnění (viz. též příslušný Cenový předpis MZ). Měla by tedy odpovídat nákladům a přiměřenému zisku.
- ♦ cena musí být stejná jako v případě českého samoplátce (např. pojištěnce nesmluvní pojišťovny). V ideálním případě by měl u poskytovatele existovat jednotný ceník pro samoplátce (bez rozdílu, zda jde o občana státu EU, nebo ČR).
- ♦ pacientovi musí být vydán podrobný rozpis poskytnutých zdravotních služeb
- ♦ pacientovi musí být v případě úhrady na místě vydáno potvrzení o zaplacení s uvedením částky. Případně by mu měla být vystavena faktura.
- ♦ na případnou žádost pacienta, CMU, nebo zahraniční pojišťovny by mělo být poskytovatelem dodatečně potvrzeno provedení úhrady a případně i poskytnuta bližší informace k poskytnutým službám

1.3. **Plný rozsah péče v ČR**

Cizí pojištěnec se ve zdravotnickém zařízení prokáže [žlutým Průkazem pojištěnce EU](#) bydlícího v ČR, nebo [Potvrzením o registraci](#), vydaným českou ZP.

- ♦ Na [žlutém Průkazu pojištěnce EU](#) bydlícího v ČR, nebo [Potvrzení o registraci](#) je vyznačen rozsah péče, na níž má pojištěnec nárok. Pokud je zde uveden nárok na "věcné dávky v plném rozsahu", poskytuje zdravotnické zařízení péči stejně jako v případě běžného českého pojištěnce. Žádné další tiskopisy není nutné vyplňovat.
- ♦ Na [žlutém Průkazu pojištěnce EU](#) bydlícího v ČR, nebo [Potvrzení o registraci](#) je uvedeno zvláštní číslo pojištěnce. Je zde i kontakt na pracovníka pojišťovny, který doklad vystavil.
- ♦ Účtuje se vystavující české zdravotní pojišťovně na uvedené české číslo pojištěnce podle metodiky samostatnou fakturou (druh pojištění 4).