MANUÁL
PROVÁDĚNÍ EVROPSKÉHO PRÁVA

pro zdravotní pojišťovny

16. přepracované vydání, platné od 2.3.2021

Kancelář ZP 2021

Obsah

1. ÚVOD 10

2. OBECNÉ INFORMACE 12

2.1 Slovník pojmů a zkratek 12

2.2 Přehled právních předpisů a dalších dokumentů 15

2.3 Osoby kryté nařízeními 883/2004 a 987/2009 18

2.4 Osoby ze třetích států kryté nařízeními 883/2004 a 987/2009 18

2.5 Základní principy: rovnost zacházení, příslušnost k právním předpisům jednoho státu a asimilace skutečností 19

2.6 Sdělování a sdílení informací mezi institucemi – obecná pravidla 21

2.7 Státy a další území, na která se nařízení vztahují 21

2.8 Důležité odkazy 23

3. POUŽÍVÁNÍ EVROPSKÝCH DOKUMENTŮ, TÝKAJÍCÍCH SE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ 24

3.1 Obecná pravidla pro používání papírových a elektronických dokumentů 24

3.2 Přenositelné dokumenty 24

3.3 Strukturované elektronické dokumenty (SEDy) 25

3.3.1 SEDy používané pro dávky v nemoci a mateřství 25

3.3.2 Horizontální SEDy 27

3.3.3 SEDy používané pro mezinárodní vymáhání pohledávek 27

3.3.4 SEDy administrativní 28

3.3.5 SEDy používané v oblasti aplikovatelné legislativy 28

3.3.6 SEDy používané pro pracovní úrazy a nemoci z povolání 28

3.4 E-formuláře ze zahraničí, které mohou být českými zdravotními pojišťovnami přijímány 30

3.5 Základní toky dat (BUC) 30

3.6 Komentář k vybraným, nejčastěji používaným dokumentům 34

4. PŘEHLED NÁROKŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI, NÁROKY JEDNOTLIVÝCH SKUPIN OSOB 38

4.1 Rozsahy zdravotní péče na základě práva EU 38

4.2 Tabulka nároků 38

5. PŘÍSLUŠNOST K PRÁVNÍM PŘEDPISŮM 42

5.1 Základní principy pro určení aplikovatelných právních předpisů 42

5.1.1 Princip jednoho pojištění 42

5.1.2 Pojištění ve státě výkonu činnosti 42

5.1.3 Důchodci 43

5.1.4 Nezaopatření rodinní příslušníci podléhají stejným předpisům jako živitel 43

5.1.5 Nezaopatření rodinní příslušníci pracovníka, který není pojištěn v rámci zákonného systému 44

5.1.6 Neaktivní osoby podléhají právním předpisům země svého bydliště 44

5.1.7 Hierarchie pravidel určování příslušnosti....45

5.1.8 Pravidla pro účast v dobrovolném pojištění 45

5.2 Hlavní výjimky ze základních principů....45

5.2.1 Vyslaní pracovníci 45

5.2.2 Státní úředníci....46

5.2.3 Výjimka z příslušnosti k předpisům....46

5.2.4 Smluvní pracovníci evropských institucí 46

5.2.5 Výkon činnosti na námořní lodi 47

5.3 Výkon výdělečné činnosti ve více státech (souběh)....47

5.3.1 Výkon zaměstnání ve dvou a více státech....47

5.3.2 Souběh zaměstnání v jednom státě a okrajové činnosti v druhém státě....48

5.3.3 OSVČ na území dvou a více států....48

5.3.4 Souběh zaměstnání a SVČ....48

5.3.5 Postup při určení příslušnosti 49

5.4 Postup při určování příslušnosti ve sporných případech 49

5.4.1 Zjištění dob pojištění, zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti, dosažených v druhém státě 49

5.4.2 Určení příslušnosti a případné provizorní určení příslušnosti....50

5.4.3 Určení bydliště....52

5.4.4 Výjimky z příslušnosti k právním předpisům - podávání a řešení žádosti o výjimku 53

5.5 Praktické důsledky pravidel pro určení aplikovatelné legislativy pro český systém....54

5.6 Příklady....57

6. ČEŠTÍ POJIŠTĚNCI V EU – PRACOVNÍ POSTUPY 61

6.1 Přechodné pobyty českých pojištěnců v zahraničí....61

6.1.1 Obecně 62

6.1.2 Před vycestováním....62

6.1.3 Dodatečné zaslání dokladu o nároku 62

6.1.4 Lékařské ošetření na území jiného členského státu....63

6.1.5 Vztah mezi nárokem z nařízení a nárokem z případného komerčního cestovního připojištění 64

6.1.6 Úhrada nákladů 64

6.1.7 Náhrada (refundace) nákladů pojištěnci (nezbytná péče) 65

6.1.8 Příklady....70

6.2 Plánovaná péče poskytovaná českým pojištěncům v EU 71
6.2.1 Plánovaná péče se souhlasem ZP („Nařízení“, §16) 72
6.2.1.1 Postup při podání a posouzení žádosti o souhlas s plánovanou péčí 73
6.2.1.2 Postup na území státu léčení 79
6.2.1.3 Úhrada nákladů (standardní přeúčtování) 80
6.2.1.4 Náhrada nákladů (pojištěnec nesl náklady sám) 80
6.2.2 Plánovaná péče bez souhlasu ZP („Směrnice“) 83
6.2.2.1 Postup na území státu léčení 83
6.2.2.2 Postup náhrady nákladů pojištěnci 84
6.2.3 Příklady 87
6.3 Bydliště v zahraničí - čeští pojištěnci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci 89
6.3.1 Obecně 90
6.3.2 Postup před vystavením nárokového dokladu 92
6.3.3 Vystavení nárokového dokladu a registrace v jiném státě 94
6.3.4 Placení pojistného za české pojištěnce registrované v jiném státě 95
6.3.5 Přechodný pobyt mimo stát bydliště i stát pojištění 95
6.3.6 Plánovaná péče mimo stát bydliště i stát pojištění 95
6.3.7 Změna nebo zánik registrace v jiném členském státě 96
6.3.8 Pracovní úraz pracovníka, bydlícího a registrovaného v jiném státě 98
6.3.9 Úhrada nákladů 98
6.3.10 Příklady 99
7. CIZÍ POJIŠTĚNCI V ČR – PRACOVNÍ POSTUPY 102
7.1. Přechodné pobyty cizích pojištěnců v ČR 102
7.1.1. Obecně 102
7.1.2. Příklady posuzování rozsahu nezbytné péče 103
7.1.3. Postup při uplatnění nároku v ČR 104
7.1.4. Vypršení platnosti Evropského průkazu, nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího EHIC 106
7.1.5. Zvláštní postupy u vyslaných pracovníků - pracovní úraz 106
7.1.6. Zvláštní postupy u studentů - výdělečná činnost během přechodného pobytu v ČR ..106
7.1.7. Poskytování dlouhodobých věcných dávek na území ČR 106
7.1.8. Úhrada nákladů 107
7.1.9. Příklady 108
7.2. Plánovaná péče poskytovaná cizím pojištěncům v ČR 109
7.2.1. Obecně 109

7.2.2. Postup při zjišťování ze strany zahraniční instituce, zda je konkrétní péče v ČR poskytována a hrazena 110
7.2.3. Postup poskytnutí plánované péče v ČR - pacient s nárokovým dokladem 110
7.2.4. Postup v případě, kdy se ukáže potřeba pokračování v léčení na území ČR 111
7.2.5. Postup poskytnutí plánované péče v ČR – pacient bez nárokového dokladu 111
7.2.6. Úhrada nákladů 112
7.2.7. Plánovaná péče, poskytovaná na území ČR českým pojištěncům, registrovaným v jiném státě bydliště 112
7.3. Bydliště v ČR – cizí pojištěnci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci 112
7.3.1. Obecně 113
7.3.2. Postup při obdržení nárokového dokladu a jeho následné registraci českou ZP 116
7.3.3. Důchodci a/nebo členové jejich rodin – zvláštní pravidla 118
7.3.4. Žadatelé o důchod a/nebo členové jejich rodin – zvláštní pravidla 118
7.3.5. Nezaopatření rodinní příslušníci u jiné ZP – zvláštní pravidla 118
7.3.6. Bývalí přeshraniční pracovníci, kteří v ČR získali důchod – zvláštní pravidla 119
7.3.7. Hrazení pojistného a dodatečná zpětná registrace 119
7.3.8. Přechodný pobyt na území jiného státu než je ČR 119
7.3.9. Vyžádaná péče osob, registrovaných v ČR, na území dalšího státu 120
7.3.10. Změna nebo zrušení registrace v ČR, doregistrace nového rodinného příslušníka 120
7.3.11. Oznamovací povinnost ex-českého pojištěnce, nově pojištěného v jiném státě EU 121
7.3.12. Dodatečné zjištění, že český pojištěnec neměl podléhat českým předpisům a měl být pojištěn v jiném státě 122
7.3.13. Poskytování dlouhodobých věcných dávek na území ČR 122
7.3.14. Pracovní úraz, nebo nemoc z povolání pracovníka z jiného státu, bydlícího v ČR 122
7.3.15. Úhrada nákladů 123
7.3.16. Příklady 123
8. ÚHRADA NÁKLADŮ 127
8.1. Péče poskytnutá českým pojištěncům v jiném státě – provádění mezistátních úhrad za zdravotní péči – skutečné náklady 127
8.1.1. Obecný postup 127
8.1.2. Zpochybnění 128
8.1.3. Zvláštní postupy – změna české ZP v době poskytování dávek 129
8.2. Péče poskytnutá cizím pojištěncům v ČR - provádění mezistátních úhrad za zdravotní péči – skutečné náklady 130
8.3. Úhrada paušálních nákladů za zdravotní péči poskytnutou českým pojištěncům, bydlícím na území členského státu 132
9. VYMÁHÁNÍ DLUŽNÝCH ČÁSTEK NA ÚZEMÍ DRUHÉHO ČLENSKÉHO STÁTU 135

9.1. Obecně 135
9.2. Základní postupy vymáhání 137
9.2.1. Vymáhání pohledávky české ZP prostřednictvím zahraniční instituce, na území jiného členského státu 137
9.2.2. Vymáhání pohledávky cizí instituce prostřednictvím české ZP, na území ČR 138
9.3. Žádost o informace za účelem vymáhání pohledávky 139
9.3.1. Vyžádání informací za účelem vymáhání zahraniční pohledávky na území ČR 139
9.3.2. Vyžádání informací za účelem vymáhání české pohledávky v zahraničí 139
9.4. Doručení/oznámení dlužníkovi, prostřednictvím instituce druhého státu 140
9.5. Postup při napadení pohledávky 140
9.6. Žádost o úhradu nákladů, spojených s vymáháním pohledávky 141
9.6.1. Vymáhání pohledávky v ČR - žádost o úhradu nákladů 141
9.6.2. Vymáhání pohledávky v jiném členském státě - žádost o úhradu nákladů 142
10. DOPORUČENÝ POSTUP PRO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PŘI OŠETŘENÍ ZAHRANIČNÍCH POJIŠTĚNCŮ 144
10.1. Cizí pojištěnec předložil Potvrzení o registraci nebo žlutý Průkaz pojištěnce 144
10.2. Cizí pojištěnec předložil Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC 145
10.3. Cizí pojištěnec nepředložil žádný relevantní nárokový doklad 146
10.4. Cizí pojištěnec předložil formulář S2 nebo E112 147
10.5. Předepisování léčivých přípravků 148
10.6. Postup lékáren 148
10.7. Postup záchranné zdravotnické služby 149
10.8. Postup letecké záchranné služby 149
10.9. Pracovní neschopnost – pracovní postup 150
11. SPECIFICKÉ HORIZONTÁLNÍ OTÁZKY 151
11.1. V jakém pořadí se posuzují rozhodující skutečnosti (výkon výdělečné činnosti, pobírání důchodu, odvozený nárok) pro určení příslušnosti k právním předpisům u osob, které splňují předpoklady pro zařazení do vícero relevantních skupin (např. pracující důchodce a zároveň rodinný příslušník jiného pojištěnce?) 151
11.2. Jakou roli z hlediska odvodu pojistného hraje skutečnost, že je osoba zaměstnaná nebo samostatně výdělečně činná na území ČR zároveň poživatelem důchodu z jiného státu EU? 151
11.3. Odhlášení a opětovné přihlášení k českému zdravotnímu pojištění při zahájení výdělečné činnosti českého občana v jiném státě EU, při vzniku pojištění v jiném státě z jiného důvodu; oznamovací povinnost 152
11.4. Je možné nadále odhlašovat české pojištěnce z titulu dlouhodobého pobytu v zahraničí podle § 8 zákona č. 48/1997 Sb., pokud pobývají v jiném státě EU? Nemůže se stát, že taková osoba by nebyla pojištěna v žádném zákonném systému pojištění? 155

11.5. Jak přistupovat k úředníkům Evropské komise a ostatních orgánů EU, kteří jsou na základě tzv. Staff Regulations pojištěni ve zvláštním systému pro úředníky EU, který je výslovně vyloučen z věcného rozsahu koordinačních nařízení? 156

11.6. Jaké jsou možnosti řešení situace českých au pair, pracujících v jiných členských státech? 156

11.7. Jak přistupovat k minijobům v Německu 157

11.8. Kdo je v České republice považován za nezaopatřeného rodinného příslušníka? 157

11.9. Pojištění NRP, pokud není v zahraničí pojištěn živitel (OSVČ v Německu) 160

11.10. Hrazení pojistného za NRP žijící v jiném státě 160

11.11. Co se rozumí pojmem skutečné bydliště v České republice? 161

11.12. Jaký je další osud a význam mezinárodních smluv, sjednaných před vstupem do EU? ..164

11.13. Existují zvláštní pravidla pro výběr pojistného a určení výše pojistného u osob, které jsou OSVČ v ČR a zároveň jsou zaměstnány v jiném státě EU a jsou tudíž pojištěny v obou státech? (do 30.4.2020) 164

11.14. Jak posuzovat cizího studenta, který studuje v ČR, kde zahájí výdělečnou činnost, z hlediska odvodu pojistného? 165

11.15. Má nějaké důsledky pro účast v českém systému zdravotního pojištění, když osoba s bydlištěm v jiném státě EU onemocní po ukončení zaměstnání v ČR v ochranné lhůtě ve smyslu zákona o nemocenském pojištění? 166

11.16. Za jakých podmínek může účast zahraničního pracovníka v českém systému, po ukončení výdělečné činnosti v ČR, pokračovat? 166

11.17. Mohou být v ČR pojištěny i osoby bez trvalého pobytu v ČR, které nevykonávají výdělečnou činnost v ČR, ale které na území ČR mají těžiště svých zájmů? 167

11.18. Jak posuzovat účast v systému českého veřejného zdravotního pojištění a případnou odvodovou povinnost osob s volnem bez náhrady mzdy které v jiném státě bydlí nebo pracují? .167

11.19. Má dítě narozené českým pojištěncům v jiném státě nárok na účast v českém systému veřejného zdravotního pojištění, i když ještě nemá český rodný list? 167

11.20. Jaká je situace dítěte, které se narodí na území ČR matce, pojištěné v jiném státě EU, která v ČR nebydlí a dítě po narození odloží? 168

11.21. Kam má být hrazeno pojistné z dodatečně vyplacených odměn, pokud se mezitím změnila příslušnost k právním předpisům pracovníka? 168

11.22. Rodinní příslušníci, občané třetích států bez trvalého pobytu - nárok na účast v českém zdravotním pojištění? 169

11.23. Jaký je postup elektronizace evropské agendy? 169

11.24. Má pojištěnec nárok na poskytnutí podstatných věcných dávek odsouhlasených ještě českou ZP, poté co změní aplikovatelnou legislativu do jiného státu? Na čí účet? 170

11.25. Jaké je řešení příslušnosti k českému zdravotnímu pojištění osoby kryté nařízením, vykonávající činnost pro zaměstnavatele bez sídla na území ČR (nebo EU)? 170

11.26. Za jakých podmínek a v jaké výši náleží pojištěnci náhrada nákladů vynaložených na léky v jiném státě EU? 170

11.27. Má pojištěnec nárok na náhradu nákladů, které vynaložil v zahraničí na letecký transport? 171

11.28. Jaká jsou specifika při vyřizování žádosti o refundaci lázeňské péče, kterou pojištěnec přímo zaplatil v zahraničí? 171

11.29. Jak stanovit náhradu, pokud je předloženo více dokladů o zaplacení 171

11.30. Za jakých podmínek hradí ZP náklady na odběr, uchování a převoz orgánu, pokud k nim dochází v jiném státě? 171

11.31. Přístup k regulačním poplatkům a související otázky 172

11.32. Jaká pravidla se aplikují ve vztahu ke Spojenému království? 172

12. PŘÍLOHY 175

12.1. Vzor žlutého Průkazu pojištěnce EU, pobývajícího v ČR 175

12.2. Vzor žlutého Průkazu pojištěnce EU, bydlícího v ČR 175

12.3. Vzor Potvrzení o registraci 175

12.4. Vzor Potvrzení o nároku 175

12.5. Vzor dopisu – odmítnutí vystavení náhradního dokladu 175

12.6. Vzor dopisu - odmítnutí nároku komerční pojišťovny 175

12.7. Vzory SEDů, přenositelných dokumentů a vyplněných E-dokumentů 175

12.8. Vzor Dotazníku pro určení státu bydliště pro účely aplikace koordinačních nařízení EU 175

12.9. Příloha III. nařízení 883/2004 – omezení nároků na věcné dávky pro rodinné příslušníky příhraničních pracovníků 175

12.10. Příloha IV. nařízení 883/2004 – plný rozsah nároků pro důchodce ve státě pojištění 175

12.11. Příloha III. nařízení 987/09 – seznam států, které nadále účtují v paušálních nákladech 175

12.12. Vzory dokumentů pro vedení správního řízení o udělení souhlasu s úhradou nákladů péče při vycestování za zdravotní péčí do zahraničí 175

12.12.1. Žádost pojištěnce o udělení souhlasu s úhradou nákladů na vyžádané zdravotní služby v zahraničí 175

12.12.2. Oznámení o zahájení řízení 175

12.12.3. Výzva k doplnění žádosti 175

12.12.4. Usnesení o přerušení kvůli vadám žádosti 175

12.12.5. Usnesení o přerušení kvůli předběžné otázce do zahraničí 175

12.12.6. Usnesení o zastavení kvůli nepřípustnosti 175

12.12.7. Oznámení o pokračování v řízení po doplnění žádosti 175

12.12.8. Oznámení o pokračování v řízení po předběžné otázce 175

12.12.9. Rozhodnutí pozitivní dle nařízení 175

12.12.10. Rozhodnutí pozitivní dle §16 175

12.12.11. Rozhodnutí negativní dle nařízení i §16 175

12.12.12. Usnesení o zastavení řízení pro nezhojení vad žádosti 175

12.12.13. Usnesení o zastavení po zpětvzetí žádosti 175
12.12.14. Univerzální rozhodnutí o odvolání 175
12.13. Vzory dokumentů pro vedení správného řízení o náhradě nákladů vynaložených pojištěncem v zahraničí 176
12.13.1. Žádost pojištěnce o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí 176
12.13.2. Oznámení o zahájení řízení 176
12.13.3. Výzva k doplnění žádosti 176
12.13.4. Usnesení o přerušení kvůli předběžné otázce do zahraničí 176
12.13.5. Usnesení o přerušení kvůli vadám žádosti 176
12.13.6. Usnesení o zastavení kvůli nepřípustnosti 176
12.13.7. Oznámení o pokračování v řízení po doplnění žádosti 176
12.13.8. Oznámení o pokračování v řízení po předběžné otázce 176
12.13.9. Usnesení o zastavení řízení pro nezhojení vad žádosti 176
12.13.10. Usnesení o zastavení po zpětvzetí žádosti 176
12.13.11. Rozhodnutí o refundaci negativní 2v1 176
12.13.12. Rozhodnutí o refundaci negativní dle §14 176
12.13.13. Rozhodnutí o refundaci pozitivní dle §14 (nemožnost nařízení) 176
12.13.14. Rozhodnutí o refundaci pozitivní §14 176
12.13.15. Rozhodnutí o refundaci pozitivní Nařízení 176
12.13.16. Univerzální rozhodnutí o odvolání 176
12.14. Uživatelská příručka – praktické postupy zpracování jednotlivých situací 176

1. ÚVOD

Tento Manuál metodicky upravuje provádění koordinačních pravidel Evropské unie a Dohody o obchodu a spolupráci uzavřené mezi Evropskou unií a Spojeným královstvím v oblasti zdravotní péče a zdravotního pojištění na území České republiky. Specifickým cílem je pak usnadnění orientace pracovníků českých zdravotních pojišťoven a dalších veřejných institucí a orgánů, v právech a závazcích vyplývajících pro české instituce z členství ČR v EU a zejména poskytnutí praktického návodu pro administraci příslušných nadstátních právních předpisů prostřednictvím společného informačního systému AP KZP.

Manuál obsahuje obecné informace, týkající se evropského koordinačního práva, jako je přehled aplikovatelných předpisů, přehled používaných dokumentů, postupů a nároků jednotlivých skupin osob, přehled příslušných definic a pojednání o základních principech koordinace. Zpracovává dále podrobněji pravidla pro stanovení příslušnosti k právním předpisům a uvádí jejich důsledky pro českou praxi. Obsahuje i postupy, doporučené českým poskytovatelům zdravotní péče při provádění práva EU a odpovědí na některé specifické otázky.

Ve zvláštní části Manuál popisuje postupy, toky dat a používané dokumenty ve vztahu k jednotlivým situacím a skupinám osob, krytým nařízením 883/2004 a jeho Prováděcím nařízením a Dohodou o obchodu a spolupráci, s přihlédnutím k požadavkům a pravidlům, daným nižšími prováděcími předpisy. Tato část Manuálu by měla pokrývat nejčastější situace, se kterými přichází do styku pracovníci ZP a sloužit jim jako základní návod pro správné zpracování případu.

Doufám a věřím, že tento Manuál bude dobrým pomocníkem pracovníkům zdravotních pojišťoven, Kanceláře zdravotního pojištění, případně i dalším orgánům a institucím.

S přátelským pozdravem
L. Švec, Kancelář ZP

Změnová tabulka

Datum	*Kapitola*	*Popis změny*
15.12.2020	*11.32*	*Zvláštní postupy - brexit*
2.3.2021	*Celý text*	*Dílčí úpravy související s brexitem*
	8.2	*Zohlednění přechodu k DRG*
	11.32	*Přepracována celá kapitola, Dohoda o obchodu a spolupráci*

2. OBECNÉ INFORMACE

Tento manuál metodicky upravuje provádění koordinačních pravidel Evropské unie a Dohody o obchodu a spolupráci uzavřené mezi Evropskou unií a Spojeným královstvím v oblasti zdravotní péče a zdravotního pojištění. V této oblasti Dohoda o obchodu a spolupráci téměř zcela opisuje evropská koordinační nařízení. Pokud není dále v textu uvedeno jinak, uplatní se ve vztahu ke Spojenému království i nadále evropská koordinační pravidla, byť na jiném právním základě.

2.1 Slovník pojmů a zkratek

EHIC = Evropský průkaz zdravotního pojištění
průkaz platný v rámci EU, EHP, Švýcarska a Spojeného království. S průkazem je spojen nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči při přechodném pobytu. Stejný nárok je spojen i s Globálním průkazem zdravotního pojištění (Global Health Insurance Card, GHIC). Kdykoliv je dále v textu použit termín Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo EHIC, je tím myšlen i GHIC.

GHIC = Globální průkaz zdravotního pojištění
Obdoba Evropského průkazu zdravotního pojištění vystavovaná od 1.1.2021 osobám podléhajícím předpisům Spojeného království. S průkazem je taktéž nárok na lékařsky nezbytnou péči při přechodném pobytu. Původní Evropské průkazy zdravotního pojištění vystavené v UK zůstávají v platnosti.

REPL
Potvrzení dočasně nahrazující EHIC či GHIC, papírová podoba, stejné použití jako EHIC.

Žlutý Průkaz pojištěnce bydlícího v České republice
průkaz vydávaný osobám, krytým evropským nařízením, nebo mezinárodní smlouvou a registrovaným v ČR, která je státem jejich bydliště (nárok na plnou péči).

Žlutý Průkaz pojištěnce, pobývajícího v České republice
průkaz vydávaný výjimečně osobám, krytým evropským nařízením, nebo mezinárodní smlouvou a registrovaným v ČR v případě delšího pobytu (nárok na nezbytnou péči dle nařízení nebo neodkladnou péči dle smluv)

Potvrzení o registraci
Papírové potvrzení o výpomocné registraci pojištence z EU s vyznačením rozsahu nároku.

Průkaz pojištěnce ze třetího státu
Průkaz vydávaný českým pojištěncům, občanům třetích států. Průkaz je platný pouze na území ČR. Pokud existuje přeshraniční prvek, nárok se rozšiřuje na území celé EU – viz. Kapitola 2.4.

EU, Evropa, zahraničí, cizina
Tento Manuál obsahuje pravidla a postupy pro situace týkající se Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska a Spojeného království. Není-li výslovně uvedeno jinak, je tento prostor dále označován jako EU, Evropa, zahraničí nebo cizina.

EHP
Evropský hospodářský prostor (Norsko, Lichtenštejnsko a Island)

Věcné dávky
zdravotní péče, konkrétně dle definice v čl. 1 nařízení 883/04:
„věcné dávky stanovené v právních předpisech členského státu, které jsou určeny k poskytnutí a zpřístupnění lékařské péče a produktů a služeb souvisejících s touto péčí i k přímé úhradě nebo náhradě nákladů na tuto péči, produkty a služby související s touto péčí. Patří sem i věcné dávky dlouhodobé péče."
Pro účely hlavy III kapitoly 2 (pracovní úrazy a nemoci z povolání) „všechny věcné dávky týkající se pracovních úrazů a nemocí z povolání, jak jsou definovány v první odrážce a jež jsou upraveny v systémech členských států pro pracovní úrazy a nemoci z povolání."

Styčné místo
instituce, zastupující systém poskytování zdravotní péče daného státu, jejímž prostřednictvím jsou mimo jiné prováděny hromadné platby za zdravotní péči do jiných členských států, nebo naopak z jiných členských států do systému

Kompetentní (příslušná) instituce
instituce, u které je osoba pojištěna a která nese náklady na zdravotní péči (ve státech s pojišťovacím systémem pojišťovna, ve státech se státním systémem některá státní instituce)

EESSI
systém elektronické výměny dat v sociálním zabezpečení (Electronic Exchange of Social Security Information)

BUC
Business Use Case, definované životní situace. V rámci BUC si instituce v rámci EU vyměňují SEDy v daném pořadí, tak aby byla životní situace vyřešena.

SED
Structured Electronic Document. SEDy jsou elektronické dokumenty sloužící k výměně informací mezi institucemi v rámci BUC.

Institution Repository
Nahrazuje původní Master Directory. Je databází všech institucí sociálního (zdravotního) zabezpečení. Pro jednotlivé instituce uvádí jejich kontaktní údaje, kompetence, a jestli je daná instituce schopna elektronické výměny v rámci EESSI. Institution Repository má veřejnou a neveřejnou část. Veřejná část je dostupná zde: https://ec.europa.eu/social/social-security-directory/cai/cai/select-country/language/cs.
AP KZP se s Institution Repository pravidelně synchronizuje.

Výpomocná instituce (instituce v místě pobytu či bydliště)
instituce, která v místě pobytu či bydliště platí zdravotní péči poskytnutou pojištěnci zahraniční kompetentní instituce jejímu poskytovateli (popřípadě ve státech s pokladenským systémem proplácí dodatečně náklady přímo cizímu pojištěnci). V zásadě přebírá na sebe po určitou dobu roli kompetentní instituce [než vyúčtuje péči skutečné kompetentní instituci

(pojišťovně) pacienta do zahraničí]

Správní (Administrativní) komise (v textu používáno také AK)
součást Evropské komise, která se věcně zabývá problematikou koordinace systémů sociálního zabezpečení (navrhuje změny nařízení, podává návrhy Evropskému soudnímu dvoru, řeší stížnosti občanů členských zemí, rozhoduje ve věci výkladu evropských nařízení, řeší spory mezi státy)

Audit Board (Účetní komise)
součást Správní komise, která řeší otázky související s poskytování věcných dávek, zejména pak otázky související s hrazením nákladů. Schvaluje také průměrné náklady na zdravotní péči v některých členských zemích (podle věkových skupin).
V rámci Účetní komise působí Conciliation Panel (Smírčí výbor), který napomáhá vypořádání jednotlivých sporných pohledávek po uplynutí lhůty 36 měsíců.

Technická komise
součást Správní komise. Jejím úkolem je zajištění výměny dat a informací mezi státy a příprava zavedení elektronické výměny dat a elektronického EHIC.

Paušální platby
přicházejí v úvahu u důchodců a jejich rodin, bydlících v jiném členském státě, než je stát pojištění, a u rodinných příslušníků, bydlících v jiném státě než pracovník. Mohou je účtovat pouze státy, které učinily vklad do přílohy III nařízení 987/2009. Jde o celkové částky, účtované jinému státu. Skládají se z počtu registrovaných osob, vynásobeným počtem měsíců registrace a výší průměrných nákladů v členění podle jednotlivých odpovídajících věkových skupin osob (průměrné náklady – viz také výše Audit Board)

skutečné náklady
náklady výpomocné instituce (u nás zdravotní pojišťovny) za skutečně poskytnutou zdravotní péči tak, jak se projevily v jejím účetnictví. Účtují se prostřednictvím styčných orgánů zahraniční kompetentní instituci (pojišťovně) pacienta

pojištěná osoba
jakákoliv osoba, splňující podmínky požadované legislativou kompetentního státu pro právo na dávky v rámci jednotlivých odvětví sociálního zabezpečení, zahrnutých ve věcném rozsahu nařízení

přeshraniční pracovník
přeshraniční pracovník je pracovník, který se každý den, nebo nejméně jednou týdně, vrací ze státu výkonu výdělečné činnosti do státu bydliště.

OBZP
osoba bez zdanitelných příjmů – v českém systému platí pojištění jako samoplátce

OSVČ
osoba samostatně výdělečně činná

Kancelář ZP, KZP

Kancelář zdravotního pojištění = styčné místo ČR pro oblast zdravotní péče

Nezaopatřený rodinný příslušník
kdo je nezaopatřeným rodinným příslušníkem, určují právní předpisy země bydliště. Tam, kde předpisy definici pro účely sociálního zabezpečení neobsahují, jde o nezaopatřeného manžela a nezaopatřené dítě. V ČR tak jde o manžela(ku), který(á) nevykonává v ČR (ani v jiném členském státě EU, EHP, Spojeném království či Švýcarsku) výdělečnou činnost, nepobírá zde důchod, podporu v nezaměstnanosti, peněžitou pomoc v mateřství z nemocenského pojištění a netrvá jí v ČR ani pracovní poměr po dobu rodičovské dovolené, nebo neplaceného volna. Dále pak jde o nezaopatřené dítě ve smyslu zákona o státní sociální podpoře. Za manžela by měl být pro účely provádění nařízení v ČR považován i registrovaný partner podle definice uvedené v zákoně České republiky č. 115/2006 Sb., o čemž též ČR učinila vklad do příslušné přílohy XI. nařízení 883/04. Podrobnosti v kapitole 11.8 „Kdo je v České republice považován za nezaopatřeného rodinného příslušníka?“

Bydliště ve smyslu nařízení
dle základní definice v nařízení je bydlištěm místo, kde osoba obvykle bydlí. Prováděcí nařízení 987/2009 v čl. 11 přitom obsahuje bližší kritéria pro posouzení bydliště. Za bydliště ve smyslu evropských právních předpisů o koordinaci systémů sociálního zabezpečení je třeba považovat místo (stát), kde má osoba těžiště svých zájmů.

Podrobnosti v kapitole 11.11 „Co se rozumí pojmem skutečné bydliště v České republice?“

Státní pojištěnec
pojištěnec, za kterého je stát plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu

Zahraniční pojištěnec
pojištěnec systému členského státu EU, EHP, Švýcarska, nebo Spojeného království

Český pojištěnec
osoba, účastná českého veřejného zdravotního pojištění

Registrace (výpomocná)
registrací se rozumí proces na straně výpomocné instituce, během nějž přijímá nárokový doklad, vystavený institucí jiného státu, eviduje osobu (a případně i její nezaopatřené rodinné příslušníky) v příslušné evidenci a vystavuje osobě doklad opravňující k čerpání zdravotní péče na území státu bydliště (nebo výjimečně státu pobytu). Registrací se rozumí i následný stav, kdy je osoba výše uvedeným způsobem výpomocně registrována. Registrace přichází nejčastěji v úvahu u osob pojištěných v jednom státě a zároveň bydlících a registrovaných v jiném členském státě.

2.2 Přehled právních předpisů a dalších dokumentů

- **Nařízení a směrnice EU**
  - Nařízení Evropského Parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004
  - Prováděcí nařízení Evropského Parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010, rozšiřující působnost nařízení 883/2004 a 987/2009 na občany třetích států Směrnice o právech pacientů v přeshraniční péči 24/2011

- **Rozhodnutí Správní komise**
  - Rozhodnutí **S1** a **S2** o EHIC
  - Rozhodnutí **S3** o nezbytných věcných dávkách, chronických onemocněních a dávkách při porodu
  - Rozhodnutí **S4** o přeúčtovací proceduře (nahrazeno S9 od 27.9.2013)
  - Rozhodnutí **S5** o tom, co je považováno za věcnou dávku
  - Rozhodnutí **S6** o vedení registrace ve státě bydliště
  - Rozhodnutí **S7** o zajištění přechodu mezi nařízením 1408/71 a 883/04 z hlediska přeúčtování nákladů (nahrazeno rozhodnutím S10 od 20.5.2014)
  - Rozhodnutí **S8** o důležitých věcných dávkách
  - Rozhodnutí **S9** o postupech přeúčtování (nahrazuje S4 od 27.9.2013)
  - Rozhodnutí **S10** o přechodu k novým nařízením (nahrazuje rozhodnutí S7 od 20.5.2014)
  - Pokyny k rozhodnutí S6, předkládání přehledu měsíců a přeúčtování v případě retroaktivity

  ELEKTRONIZACE
  - Rozhodnutí **E1** o horizontálních otázkách přechodného období
  - Rozhodnutí **E2** o změnách v Master Directory
  - Rozhodnutí **E3** o přechodném období (nahrazeno E4 od 20.5.2014)
  - Rozhodnutí **E4** o přechodném období (nahrazuje rozhodnutí E3 od 20.5.2014)
  - Rozhodnutí **E5** o praktických opatřeních pro přechodné období
  - Rozhodnutí **E6** o doručování elektronických zpráv
  - Rozhodnutí **E7** o přechodných opatřeních před plným spuštěním EESSI

  APLIKVOATELNÁ LEGISLATIVA
  - Rozhodnutí **A1, A2 a A3** o vysílání
  - Praktický průvodce použitelnými právními předpisy

  - Rozhodnutí **H1** o přechodu k novým nařízením
  - Rozhodnutí **H2** o fungování Technické komise
  - Rozhodnutí **H3** o přeúčtovacích kurzech
  - Rozhodnutí **H4** o fungování Účetní komise
  - Rozhodnutí **H5** o boji proti podvodům a omylům
  - Rozhodnutí **H6** o sčítání dob

  VYMÁHÁNÍ
  - Rozhodnutí **R1** o výkladu článku 85 nařízení (ES) č. 987/2009 (náklady vymáhání)

- **Doporučení Správní komise**

- Doporučení **S1** o finančních aspektech přeshraničního dárcovství orgánů od žijících dárců
- Doporučení **S2** o nároku na věcné dávky pro pojištěné osoby a jejich rodinné příslušníky během pobytu ve třetí zemi podle dvoustranné úmluvy mezi příslušným členským státem a danou třetí zemí

- **Vybrané rozsudky Evropského soudního dvora**
  - C-143/87 Stanton (pojistné v případě souběhu SVČ a zaměstnání)
  - C-160/96 Molenaar (dlouhodobé věcné dávky)
  - C-158/96 Kohll (nároky na úhradu zdravotní péče v zahraničí)
  - C-120/95 Decker (nároky na úhradu zdravotní péče v zahraničí)
  - C-275/96 Kuusijärvi (účast v pojištění a hrazení pojistného neaktivní osoby)
  - C-90/97 Swaddling (posuzování bydliště)
  - C-215/99 Jauch (dávky v případě péče o další osobu)
  - C-157/99 Geraets-Smits and Peerbooms (nároky na úhradu zdravotní péče v zahraničí)
  - C-368/98 Vanbraekel and Others (nároky na úhradu zdravotní péče v zahraničí)
  - C-385/99 Müller-Fauré a van Riet (nároky na úhradu zdravotní péče v zahraničí)
  - C-8/02 Leichtle (nároky na úhradu péče v zahraničí, podmínka účinnější léčby, státní zaměstnanci)
  - C-56/01 Inizan (nároky na úhradu zdravotní péče v zahraničí)
  - C-302/02 Effing (příslušnost u vězně)
  - C-372/04 Watts (nároky na úhradu zdravotní péče v zahraničí)
  - C-466/04 Herrera (nároky na úhradu zdravotní péče v zahraničí)
  - C-2/05 Kiere (vyslání a dosah potvrzení o vyslání E101)
  - C-444/05 Stamatelaki (nárok na uhrazení péče poskytnuté nesmluvním poskytovatelem v zahraničí)
  - C-208/07 Petra von Chamier-Glisczinski (nárok na dávky ve státě bydliště osoby odkázané na péči 3. osoby)
  - C- 173/09 Elchinov (rozsah nároku na zdravotní péči ze systému veřejného zdravotního pojištění – vyspělejší metoda poskytovaná v zahraničí)
  - C- 345/09 Van Delft (hrazení pojistného a existence nároku v případě, že se pojištěnec v jiném státě EU, kde bydlí, nezaregistroval)
  - C-255/13 pan I. vs. HSE (skutečné bydliště x pobyt)
  - C-268/13 Petru (plánovaná péče, předchozí souhlas)
  - C-543/13 Fischer-Lintjens (retroaktivní vypořádání nákladů)
  - C-569/15 Hoge Raad der Nederlanden (příslušnost, neplacené volno)
  - C-321/12 F. van der Helder a D. Farrington (příslušnosti důchodci, které doby se berou jako nejdelší)

- **Dokumenty upravující vztah se Spojeným královstvím**
  - Výstupová dohoda (Dohoda o vystoupení Spojeného království Velké Británie a Severního Irska z Evropské unie a Evropského společenství pro atomovou energii

ze dne 31.1.2020)

- Dohoda o obchodu a spolupráci (Dohoda o obchodu a spolupráci mezi Evropskou unií a Evropským společenstvím pro atomovou energii na jedné straně a Spojeným královstvím Velké Británie a Severního Irska na straně druhé ze dne 31.12.2020)

2.3 Osoby kryté nařízeními 883/2004 a 987/2009

Nařízení se vztahují na každou osobu, která:

- která je státním příslušníkem jednoho z těchto států
- osoby bez státní příslušnosti a uprchlíky bydlící v některém členském státě
- podléhá, nebo kdykoliv v minulosti podléhala jakémukoliv, byť i jedinému, systému sociálního zabezpečení, kteréhokoliv z členských států a

Nařízení se dále vztahují na rodinné příslušníky a pozůstalé výše uvedených osob, a to bez ohledu na jejich státní příslušnost. Nařízení se vztahují i na pozůstalé státních příslušníků třetích států, kteří v minulosti podléhali systému sociálního zabezpečení kteréhokoliv z členských států, za předpokladu, že jsou tito pozůstalí občany členského státu a bydlí na území EU.

Poznámka 1: *Nařízení se za určitých podmínek může vztahovat přímo i na státní příslušníky třetích států – blíže pod 2.4*

Poznámka 2: *Ačkoliv se nařízení vztahuje v zásadě i na osoby, které se v daný moment mezi státy nepohybují, prakticky se může uplatnit až v situaci, která není omezena na jeden členský stát*

2.4 Osoby ze třetích států kryté nařízeními 883/2004 a 987/2009

Nařízení 883/2004 a 987/2009 se na osoby ze třetích států (státy mimo EU, EHP a Švýcarska) vztahují na základě nařízení 1231/2010 pouze v případě, že legálně pobývají v některém z členských států, jsou zde pojištěni a uplatňuje se v jejich případě přeshraniční prvek (doslova, pokud „jsou v situaci, která se neomezuje ve všech ohledech na jediný členský stát“).

Otázka přeshraničního prvku, zejména pak jeho časový rozměr, je nadále nedořešená a výklady MPSV a MZ ČR se liší. Neexistuje žádný přesnější předpis ani soudní rozhodnutí v této oblasti. Je otázkou, jestli na osobu, která jednou splnila přeshraniční prvek již navždy aplikovat koordinační nařízení nebo jestli je nutná jistá kontinuita. Je zahraniční turistický pobyt přeshraničním prvkem? A již navždy?

Podmínka přeshraničního prvku je vždy splněna, pokud občan třetího státu před přesunem do ČR podléhal jednomu ze systémů sociálního zabezpečení jiného státu EU. Pokud je taková osoba v ČR pojištěna (na základě koordinačních nařízení), má nárok na vystavení nárokového dokladu.

Dále bude podmínka splněna v případě osoby, u níž je sice ČR prvním státem pojištění v rámci EU, ale která cestuje do zahraničí v souvislosti s prací (např. vyslání pracovníka z 3. státu do jiného státu EU), nebo v situaci, kdy taková osoba pracuje v ČR, ale bydlí v jiném

členském státě.

Nárok na vystavení Evropského průkazu zdravotního pojištění a jiných nárokových dokladů mají vždy všechny výše uvedené osoby.

Nárok na vystavení Evropského průkazu zdravotního pojištění (REPL) by měl mít také každý v ČR pojištěný cizinec z třetího státu, který má v ČR skutečné bydliště (těžiště zájmů), ve smyslu evropských nařízení (pro zjednodušení považujeme tuto podmínku zpravidla vždy za splněnou, pokud jde o osobu, která má v ČR povolení k dlouhodobému pobytu, přičemž byla v posledních 18 měsících alespoň 12 měsíců účastna českého zdravotního pojištění z titulu výkonu výdělečné činnosti).

Občan třetího státu, pojištěný v ČR, má nárok na nezbytnou péči na území EU. Pokud je ZP požádána o vystavení REPLu, je vystaven, ačkoliv je to občan třetího státu. (Rozhodnutí CP). Turistický pobyt je důvodem pro vystavení nárokového dokladu, nikoliv pro vznik pojištění.
***Poznámka 1:** Pokud je občan třetího státu rodinným příslušníkem občana EU, krytého nařízením (tzn. takového, který se pohybuje (pohyboval) mezi státy EU), vztahují se nároky z nařízení automaticky i na něj – viz výklad v části Horizontální otázky.*

***Poznámka 2:** Zvláštní nároky mají **občané Maroka, Alžírska, Tuniska (Magreb), zaměstnaní na území ČR**. Nárok na české zdravotní pojištění mají na základě tzv. asociačních dohod i jejich nezaopatření rodinní příslušníci, bydlící v ČR. Rovné zacházení je zaměstnanci i jeho nezaopatřené rodině nutné zajistit do okamžiku ukončení zaměstnání, popřípadě až do ukončení nemoci, kterou onemocněl během trvání zaměstnání, nebo do ukončení evidence na českém úřadu práce jako uchazeče o zaměstnání.*

2.5 Základní principy: rovnost zacházení, příslušnost k právním předpisům jednoho státu a asimilace skutečností

ROVNOST ZACHÁZENÍ

Čl. 4 nařízení 883/2004

Princip rovného zacházení znamená, že osoba krytá nařízením (pokud není ve zvláštních ustanoveních uvedeno jinak) má právo na stejné dávky a zároveň má stejné povinnosti, jako státní příslušníci státu, na jehož území pobývá, bydlí, nebo pracuje.

V rámci principu rovného zacházení není přípustná ani skrytá/nepřímá diskriminace, tzn. například vyžadování splnění takových podmínek, které jsou pro cizí státní příslušníky v porovnání s místními občany těžko splnitelné (udělení trvalého pobytu).

Státní příslušníci jiných států EU, kteří podléhají českým právním předpisům o sociálním (zdravotním) zabezpečení na základě výkonu výdělečné činnosti, na základě skutečného bydliště v ČR, nebo jako nezaopatření rodinní příslušníci českého pojištěnce, tak musí být z hlediska účasti v systému, placení a výše pojistného, rozsahu nároků atd. ve stejné situaci, jako čeští občané, jejichž status je obdobný (např. OSVČ, student, OBZP atd.).

PŘÍSLUŠNOST K PRÁVNÍM PŘEDPISŮM JEDNOHO STÁTU

Čl. 11, 12, 13,14, 15, 16 nařízení 883/04

Čl. 6, 11, 12, 14 až 21 nařízení 987/2009

Jedním ze základních principů evropského koordinačního práva je princip aplikace právního řádu jednoho státu (čl. 11 nařízení Rady 883/04). Znamená to, že by v jednom okamžiku neměl nikdo podléhat pojistné povinnosti ve dvou zemích zároveň**.**

Určení příslušnosti k právním předpisům je základem pro provádění evropských nařízení. S určením, které právní předpisy se na osobu 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, způsob a výše hrazení pojistného atd.).

Pro určení aplikovatelné legislativy obsahují nařízení soubor kolizních norem, které v jednotlivých situacích odkazují na stát, jehož předpisy o sociálním zabezpečení má být osoba kryta (kde má být pojištěna). Na základě těchto pravidel je tedy určeno i to, kdo je a kdo není českým pojištěncem.

Příslušnost k právním předpisům jednoho státu znamená, že se na osobu vztahuje legislativa v oblasti sociálního zabezpečení jako celek (nelze např. podléhat zákonnému důchodovému pojištění v jednom státě a zároveň zdravotnímu pojištění v jiném státě).

Pokud se na osobu vztahuje legislativa daného státu, měla by být, pokud jde o nároky, pojistné, podmínky účasti apod. ve stejné situaci jako místní státní příslušníci (rovnost zacházení).

Poznámka 1: *Osoby, které na základě těchto pravidel podléhají českým předpisům o zdravotním pojištění a při aplikaci zásady rovného zacházení, jsou proto našimi pojištěnci, i když nesplňují podmínky dané českým zákonem (např. trvalý pobyt v ČR).*

Aplikovatelnost jedné legislativy vylučuje současnou aplikovatelnost legislativy druhé.

Poznámka 2: *Osoby, které na základě těchto pravidel podléhají právním předpisům jiného členského státu, proto nejsou nadále českými pojištěnci, i když jinak splňují podmínky českého zákona pro účast v zákonném pojištění.*

Určení, zda aktivní osoba podléhá českému právnímu řádu a českému pojištění, či zda má být pojištěna na území jiného členského státu je v problematických případech u aktivních osob formálně v pravomoci České správy sociálního zabezpečení (potvrzování vyslání, výjimek, řešení souběhů apod.). V případě, že by osoba žádala o výjimku z českých, nebo cizích předpisů, musí ČSSZ požádat o stanovisko Kancelář ZP jako zástupce systému veřejného zdravotního pojištění, přičemž nemůže sama rozhodnout v rozporu s tímto stanoviskem. Sporné případy posuzují ministerstva, nebo výjimka nebude udělena.

Určení aplikovatelné legislativy u neaktivních osob je v případě komplikovaných případů a zejména sporů s institucemi jiných států řešeno Kanceláří ZP.

V běžných případech a v první fázi ovšem určuje příslušnost k českým předpisům ta instituce (např. ZP), která je osobou (zaměstnavatelem), pro nějaký účel oslovena (typicky přihlášení zaměstnance k pojištění při zahájení zaměstnání).

ASIMILACE SKUTEČNOSTÍ
Čl. 5 NAŘÍZENÍ Rady 883/04

Pokud není zvláštním ustanovením určeno jinak, vychází nařízení 883/2004 z principu asimilace skutečností. To znamená, že pokud legislativa jednoho státu spojuje s pobíráním dávky nebo jiného příjmu právní účinky, budou stejné účinky uplatněny i v případě dávek, pobíraných podle předpisů jiného státu, nebo příjmu, pobíraného v jiném státě. Tam, kde legislativa jednoho státu přiznává právní účinky určitým skutečnostem, budou stejné účinky přiznány i v případě, že k obdobným skutečnostem došlo na území jiného státu.

Z tohoto principu vychází řada důležitých skutečností, např. z hlediska odvodu pojistného a zařazení osob do odpovídající kategorie plátců. Pokud například česká legislativa spojuje s registrací na úřadě práce, se studiem, péčí o děti, nebo jinými skutečnostmi, právo na platbu pojistného ze strany státu, bude stejné právo přiznáno i osobě, která je českým pojištěncem (např. z titulu rodinné příslušnosti k českému pracovníkovi) a je v obdobné situaci na území jiného členského státu (typicky státu bydliště).

Šíři použití principu asimilace skutečností prověří až praxe a případná judikatura ESD.

2.6 Sdělování a sdílení informací mezi institucemi – obecná pravidla

Dle čl. 2 nařízení 987/09 si instituce přímo nebo přes styčné orgány neprodleně poskytují nebo vyměňují všechny nezbytné údaje pro stanovení a určení práv a povinností osob. Dle čl. 76 a násl. nařízení 883/04 má doručení styčnému orgánu stejné účinky jako doručení příslušné instituci.

Dokumenty, doklady a informace předané instituci špatně určeného státu musí být předány správné instituci správného státu (datum doručení první instituci je přitom pro druhou instituci závazné).

Dokumenty a informace předané institucí jiného státu jsou pro instituci závazné, pouze v případě pochybností o správnosti či aktuálnosti lze požádat o přehodnocení, v případě trvajícího rozporu lze případně požádat o stanovisko AK).

Dle čl. 19 a 20 prováděcího nařízení 987/09 jsou instituce komp. státu povinny sdělit osobě podmínky účasti v systému. Na žádost potvrdí osobě nebo zaměstnavateli podléhání komp. předpisům, případně včetně označení konečného data a podmínek pro udržení příslušnosti.

Určená instituce kompetentního státu je povinna učinit informaci o začátku podléhání předpisům dostupnou instituci dříve příslušného státu.

Ochrana osobních údajů je upravena v čl. 77 nařízení 987/2009. Obecně je stanoveno, že při provádění koordinačních nařízení si instituce sdělují osobní údaje. Sdělení údajů podléhá ochraně podle předpisů poskytujícího státu, další nakládání s nimi potom ochraně podle předpisů přijímajícího státu. To vše v souladu s unijními předpisy o ochraně osobních údajů (GDPR).

2.7 Státy a další území, na která se nařízení vztahují

EU = Evropská unie = 27 států, jmenovitě:

Česká Republika	**Kypr**	**Rakousko**
Belgie	**Litva**	**Rumunsko**
Bulharsko	**Lotyšsko**	**Řecko**
Dánsko	**Lucembursko**	**Slovensko**
Estonsko	**Maďarsko**	**Slovinsko**
Finsko	**Malta**	**Španělsko**

Francie	**Německo**	**Švédsko**
Chorvatsko	**Nizozemsko**	
Irsko	**Polsko**	
Itálie	**Portugalsko**	

Dále se nařízení vztahují na státy EHP, tj. **Norsko, Lichtenštejnsko, Island.**

Na základě specifické smlouvy se nařízení vztahují i na **Švýcarsko.**

Na **Velkou Británii** se koordinační nařízení EU vztahovala do konce roku 2020. Od 1.1.2021 se ve vztahu k UK použije Dohoda o obchodu a spolupráci uzavřená mezi UK a EU, která v oblasti zdravotního pojištění a věcných dávek téměř zcela opisuje evropská koordinační pravidla. Jedním z rozdílů je právě územní rozsah.

Koordinační nařízení a Dohoda o obchodu a spolupráci se **vztahují** i na následující území (viz. čl. 355 TFEU, nóta AK 337/2018, čl. FINPROV.1 Smlouvy o obchodu a spolupráci):
- Azory (PT)
- Baleárské ostrovy (Mallorca, Ibiza) (ES)
- Ceuta (ES)
- Kanárské ostrovy (ES)
- Francouzská Guyana (FR)
- Gibraltar (UK) - omezeně[1]
- Guadeloupe (FR)
- Hebridy (UK)
- Ostrov Wight (UK)
- Madeira (PT)
- Martinik (FR)
- Melilla (ES)
- Orknejské ostrovy (UK)
- Réunion (FR)
- Shetlandské ostrovy (UK)
- francouzská část ostrova St. Martin (FR)
- Západní ostrovy (Western Isles) (UK)

Koordinační nařízení ani Dohoda o obchodu a spolupráci se **nevztahují** na následující zámořská území evropských států:
- Grónsko
- Nová Kaledonie a závislá území
- Francouzská Polynésie
- Francouzská jižní a antarktická území
- ostrovy Wallis a Futuna
- Saint-Pierre a Miquelon

[1] Na území Gibraltaru se vztahovala evropská koordinační nařízení do 31.12.2020. Vztahuje se na něj Výstupová dohoda, která garantuje zachování nabytých práv (tj. vztahuje se na situace, které započaly před koncem roku 2020). Smlouva o obchodu a spolupráci se na území Gibraltaru nevztahuje.

- Svatý Bartoloměj
- Aruba
- Nizozemské Antily - Bonaire, Curaçao, Saba, Sint Eustatius, Sint Maarten
- Anguilla (UK)
- San Marino
- Kajmanské ostrovy **(UK)**
- Falklandy **(UK)**
- Jižní Georgie a Jižní Sandwichovy ostrovy **(UK)**
- Montserrat **(UK)**
- Pitcairn **(UK)**
- Svatá Helena a závislá území **(UK)**
- Britské území v Antarktidě **(UK)**
- Britské indickooceánské území **(UK)**
- Turks a Caicos **(UK)**
- Britské Panenské ostrovy **(UK)**
- Bermudy **(UK)**
- Faerské ostrovy
- Normanské ostrovy **(UK)**
- Ostrov Man **(UK)**

2.8 Důležité odkazy

- Konvertor měn dle Evropské centrální banky: http://sdw.ecb.europa.eu/curConverter.do
- Institution Repository: https://ec.europa.eu/social/social-security-directory/cai/cai/select-country/language/cs
- EUR LEX: http://eur-lex.europa.eu/cs/index.htm
- DG Employment: http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=26&langId=cs
- MPSV: www.mpsv.cz
- MZ ČR: www.mzcr.cz
- Kancelář ZP: www.kancelarzp.cz
- ČSSZ: www.cssz.cz

3. POUŽÍVÁNÍ EVROPSKÝCH DOKUMENTŮ, TÝKAJÍCÍCH SE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

3.1 Obecná pravidla pro používání papírových a elektronických dokumentů

Dne 30. 6. 2019 skončilo přechodné období. Oproti původním plánům je i po tomto datu možná „papírová“ výměna za použití předchozích verzí dokumentů s těmi státy, které nejsou k aktuálnímu datu elektronické výměny schopné. Rozhodnutí Správní komise E7 předpokládá, že jakmile bude schopno pro daný BUC elektronické výměny více než 80% členských států, má se papírová výměna v rámci tohoto BUCu do 6 měsíců ukončit a veškeré další nové případy se již budou řešit elektronicky. Platí ale, že případ se má ukončit takovou formou, jakou byl započat, pokud se státy nedohodnou jinak.

Před odesláním SEDu je tedy třeba zkontrolovat, jestli je daný stát (resp. daná instituce) pro daný BUC schopný elektronické výměny. Pokud ne, je třeba SED vytisknout a odeslat ho v papírové podobě. K SEDům je možné připojit i přílohy.

Kromě SEDů jsou používány i tzv. přenositelné dokumenty vydávané přímo osobě v těch situacích, kdy je potřebné/možné, aby osoba dosvědčila svůj nárok na území jiného státu osobně (např. dokument S1 pro registraci ve státě bydliště, dokument A1 osvědčení o aplikovatelné legislativě).

České zdravotní pojišťovny vydávají při komunikaci se zahraničními institucemi a pojištěnci SEDy, nebo přenositelné dokumenty. Nevydávají již původní E-formuláře. Ze zahraničí mohou ovšem nadále E-formuláře přicházet. V takovém případě jsou v AP KZP digitalizovány (přepisovány) a je na ně odpovídáno SEDy. Zahraniční papírové dokumenty se též doporučuje skenovat a v systému ukládat.

Komunikace probíhá s institucemi sociálního zabezpečení, které jsou uvedené v Institution Repository (nahrazuje Master Directory). V databázi je vyznačena i příslušnost a kompetence jednotlivých institucí z hlediska provádění nařízení 883/2004. V případě potřeby tak lze dohledat, kdo je za danou otázku v daném státě zodpovědný. Databáze je průběžně aktualizována a AP KZP je s ní pravidelně synchronizováno.

V případě jakékoliv změny z hlediska struktury českých institucí a jejích kontaktních adres a spojení je nutné záznamy týkající se České republiky aktualizovat. Za správu a aktualizaci české části Institution Repository je zodpovědná Kancelář ZP. Změny je nutné Kanceláři ZP průběžně oznamovat.

3.2 Přenositelné dokumenty

Slouží k uplatnění nároku ve druhém členském státě přímo pojištěncem, zejména v případech, kdy není dopředu známé, mezi kterými institucemi dotčených států bude komunikace probíhat. V takovém případě může být doklad o nároku vydán přímo pojištěnci, který jej předloží instituci v druhém státě. Typicky jde o nárokové doklady, předkládané za účelem registrace ve státě bydliště nebo pobytu, pokud se tento stát liší od státu pojištění.

Jednotlivé Přenositelné dokumenty:

EHIC Evropský průkaz zdravotního pojištění (European Health Insurance Card)

GHIC Globální průkaz zdravotního pojištění (Global Health Insurance Card)
REPL Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo GHIC
S1 Registrace pro účely krytí zdravotní péče
S2 Nárok na plánované léčení
S3 Lékařská péče poskytovaná bývalému přeshraničnímu pracovníkovi v zemi, v níž dříve pracoval
DA1 Nárok na krytí zdravotní péče na základě pojištění proti pracovním úrazům a nemocem z povolání (v ČR vystavuje Kooperativa a.s.)
A1 Osvědčení týkající se právních předpisů v oblasti sociálního zabezpečení, které se vztahují na držitele (v ČR vystavuje ČSSZ)
U1 Doby, které se zohlední pro přiznání dávek v nezaměstnanosti (v ČR vystavuje ÚP)
U2 Zachování nároku na dávky v nezaměstnanosti (v ČR vystavuje ÚP)
U3 Okolnosti, jež mohou ovlivnit nárok na dávky v nezaměstnanosti (v ČR vystavuje ÚP)

3.3 Strukturované elektronické dokumenty (SEDy)

Jsou hlavním způsobem komunikace mezi institucemi v rámci EU. V současné době je aktuální verze 4.1.0. SEDy jsou určeny pro elektronickou výměnu v rámci EESSI. Po přechodnou dobu je možné SEDy tisknout a zasílat poštou.

3.3.1 SEDy používané pro dávky v nemoci a mateřství

S001 Informace o výplatě dlouhodobých peněžitých dávek – pokrývající dlouhodobé věcné dávky
S002 Potvrzení přijetí informací o dlouhodobých peněžitých dávkách
S003 Informace o dlouhodobých věcných dávkách
S004 Potvrzení přijetí informace o dlouhodobých věcných dávkách
S005 Informace o změně týkající se dlouhodobých věcných dávek
S006 Žádost o informace o stavu - bývalý příhraniční pracovník nebo rodinný příslušník bývalého příhraničního pracovníka
S007 Informace o stavu - bývalý příhraniční pracovník nebo rodinný příslušník bývalého příhraničního pracovníka
S008 Dokument o nároku - bývalý příhraniční pracovník - rodinný příslušník bývalého příhraničního pracovníka
S009 Žádost o dokument o nároku - plánované léčení mimo členský stát bydliště
S010 Odpověď na žádost o doklad o nároku - plánované léčení mimo členský stát bydlištěS011 Informace o naléhavé, životně nezbytné léčbě - mimo členský stát bydliště
S012 Potvrzení o přijetí - informace o povolení neodkladného a životně důležitého léčeníS014 Žádost o informaci, zda je členským státem pobytu zajištěno léčení - plánované léčení
S015 Informace, zda je členským státem pobytu zajištěno léčení - plánované léčení
S016 Zrušení nárokového dokladu příslušnou institucí
S017 Odpověď na zrušení nárokového dokladu příslušnou institucí
S018 Zrušení registrace
S019 Odpověď na zrušení registrace
S026 Pohledávka – úrok z prodlení (ILP)
S027 Potvrzení přijetí pohledávky – úrok z prodlení (ACK_ILP)
S028 Dobropis k pohledávce - úrok z prodlení (CRN_ILP)
S030 Zpochybnění pohledávky za úrok z prodlení - úrok (COC_ILP)
S031 Odpověď na zpochybnění pohledávky za úrok z prodlení - úrok (RPY_COC_ILP)

S032 Informace o platbě - úrok (PAY_ILP)
S033 Zpochybnění dobropisu k úroku z prodlení - úrok (COC_CRN_ILP)
S034 Odpověď na zpochybnění dobropisu k úroku z prodlení - úrok (RPY_COC_CRN_ILP)
S035 Žádost o rozšíření dokumentu o nároku - plánované léčení
S037 Odpověď na žádost o rozšíření dokladu o nároku - plánované léčení
S040 Žádost o doby - druh pojistného rizika: Nemoc, mateřství nebo otcovství
S041 Odpověď na žádost o potvrzení dob - druh pojistného rizika: Nemoc, mateřství nebo otcovství
S044 Žádost o nárokový doklad - přechodný pobyt
S045 Nárokový doklad - přechodný pobyt
S046 Informace o výplatě nebo nevýplatě peněžitých dávek
S047 Informace o skončení pracovní neschopnosti
S050 Spor o datum
S051 Žádost o vrácení přeplatku (RRO)
S053A Přijetí žádosti o vrácení přeplatku (ACP_RRO)
S053C Napadení žádosti o vrácení přeplatku (COC_RRO)
S053R Odpověď na napadení žádosti o vrácení přeplatku (RPY_COC_RRO)
S054 Informace o vrácení přeplatku (IRO_RRO)
S055 Žádost o peněžité dávky
S056 Informace o žádosti o dlouhodobých peněžitých dávkách – pobyt nebo bydliště mimo CS
S057 Potvrzení přijetí informace týkající se žádosti o dlouhodobé věcné dávky
S061 Žádost o lékařskou prohlídku – dlouhodobé dávky (schválen)
S062 Odpověď na žádost o lékařskou prohlídku – dlouhodobé dávky
S063 Žádost o administrativní a lékařské prohlídky
S064 Odpověď na žádost o administrativní a lékařské prohlídky
S065 Informace o nákladech na lékařské prohlídky
S066 Schválení administrativní nebo lékařské prohlídky
S067 Žádost o sazby náhrad - pobyt
S068 Odpověď ohledně sazeb úhrad - pobyt
S071 Žádost o nárokový doklad - bydliště
S072 Nárokový doklad - bydliště
S073 Informace o registraci - bydliště
S077 Zrušení dokladu o nároku - bývalý příhraniční pracovník - rodinný příslušník bývalého příhraničního pracovníka
S080 Žádost o úhradu (CLA)
S081 Přijetí žádosti o úhradu (ACK_CLA)
S082 Zpochybnění individuální pohledávky (COC)
S083 Uznání napadení individuální pohledávky (ACK_COC)
S084 Odpověď na zpochybnění individuální pohledávky (RPY_COC)
S085 Dobropis (CRN)
S087 Napadení dobropisu (COC_CRN)
S088 Odpověď na napadení dobropisu (RPY_COC_CRN)
S089 Informace o zálohách (IDP)
S090 Odpověď na informace o zálohách (RPY_IDP)
S091 Informace o platbě individuální pohledávky (PAY)
S092 Potvrzení platby jediné pohledávky (ACK_PAY)
S100 Přehled měsíců vztahující se k úhradě na základě paušálních částek (IMO)
S101 Potvrzení přijetí přehledu měsíců (ACK_IMO)

S102 Napadení soupisu měsíců týkajícího se jedné osoby (COC_IMO)
S103 Uznání napadení soupisu měsíců (ACK_COC_IMO)
S104 Odpověď na zpochybnění soupisu měsíců (RPY_COC_IMO)
S105 Dobropis měsíců (CRN_IMO)
S107 Napadení dobropisu soupisu měsíců týkajícího se jedné osoby (COC_CRN_IMO)
S108 Odpověď na zpochybnění dobropisu soupisu měsíců (RPY_COC_CRN_IMO)
S110 Žádost o úhradu paušálních částek (CLA_IMO)
S111 Potvrzení přijetí žádosti o úhradu paušálních částek (ACK_CLA_IMO)
S112 Zpochybnění souhrnné pohledávky - paušální částky (COC_CLA_IMO)
S113 Odpověď na zpochybnění souhrnné pohledávky - jednorázové částky (RPY_COC_CLA_IMO)
S114 Informace o zálohách paušálních částek (IDP_IMO)
S115 Odpověď na informace o zálohách jednorázových částek (RPY_IDP_IMO)
S116 Informace o platbě individuální pohledávky - jednorázové částky (PAY_IMO)
S117 Potvrzení platby individuální pohledávky - paušální částky (ACK_PAY_IMO)
S130 Potvrzení o přijetí nárokového dokladu - bývalý příhraniční pracovník
S131 Potvrzení zrušení dokladu o nároku - bývalý příhraniční pracovník

3.3.2 Horizontální SEDy

H001 Oznámení informací / žádost o informace
H002 Odpověď na žádost o informace
H003 Návrh/oznámení státu bydliště
H004 Odpověď na návrh státu bydliště / nesouhlas s rozhodnutím o státu bydliště
H005 Žádost o informace o bydlišti
H006 Odpověď na žádost o informace o bydlišti
H010 Oznámení změny použitelných právních předpisů
H011 Žádost o oznámení data změny použitelných právních předpisů
H012 Odpověď na žádost o datum změny použitelných právních předpisů
H120 Žádost o zdravotní dokumentaci
H121 Oznámení zdravotnických informací/Odpověď na žádost o zdravotnické informace

3.3.3 SEDy používané pro mezinárodní vymáhání pohledávek

R004 Oznámení platby
R010 Žádost o úhradu prozatímních odvodů
R011 Odpověď s uvedením částky odvodů k uhrazení
R012 Žádost o informace
R014 Odpověď na žádost o informace
R015 Žádost o oznámení
R016 Odpověď na žádost o oznámení
R017 Žádost o vymáhání pohledávky / předběžná opatření
R018 Odpověď na žádost o vymáhání vyplacených částek/předběžná opatření
R019 Oznámení o zpochybnění
R025 Oznámení o zpětvzetí nebo snížení pohledávky
R028 Žádost o úhradu nákladů
R029 Odpověď na žádost o úhradu nákladů
R033 Odpověď na oznámení o zpochybnění
R034 Rozhodnutí o zpochybnění
R036 Poskytnutí doplňujících informací

3.3.4 SEDy administrativní

X001 Žádost o uzavření
X002 Žádost o opětovné otevření uzavřeného případu
X003 Odpověď na žádost o znovuotevření uzavřeného případu
X004 Znovu otevřít případ
X005 Přidat nového účastníka
X006 Odebrat účastníka
X007 Přeposlat případ
X008 Zneplatnit SED
X009 Urgence
X010 Odpověď na urgenci
X011 Odmítnout SED
X012 Vyjasnit obsah
X013 Odpověď na žádost o vyjasnění
X050 Výjimka v procesu
X100 Změna účastníka

3.3.5 SEDy používané v oblasti aplikovatelné legislativy

A001 Žádost o výjimku
A002 Odpověď na žádost o výjimku
A003 Určení aplikovatelné legislativy
A004 Odpověď na určení aplikovatelné legislativy
A005 Žádost o dodatečné informace
A006 Odpověď na žádost o dodatečné informace
A007 Provizorní určení aplikovatelné legislativy
A008 Oznámení relevantních informací

3.3.6 SEDy používané pro pracovní úrazy a nemoci z povolání

Primárně by měly být používány kompetentní institucí pro oblast pracovních úrazů a nemocí z povolání, tedy Kooperativou a.s., případně ČSSZ pro oblast nemocenské a důchodů. V oblasti věcných dávek ale bude pro zpracování nutná i komunikace mezi Kooperativou a Kanceláří ZP (zejména v oblasti přeúčtování), resp. ZP.

DA 001 Žádost o potvrzení nároku na věcné dávky při pracovním úraze nebo nemoci z povolání
DA002 Potvrzení o nároku na věcné dávky při pracovním úraze nebo nemoci z povolání
DA003 Zrušení potvrzení o nároku na věcné dávky
DA004 Žádost o potvrzení refundovatelné částky
DA005 Odpověď na žádost o potvrzení refundovatelné částky
DA006 Předání žádosti o autorizaci plánované péče mimo stát pojištění i stát bydliště
DA007 Autorizace plánované péče
DA008 Informace o vhodnosti doplnění plánované léčby
DA009 Informace o autorizaci urgentní životně nezbytné péče
DA Žádost o úhradu nákladů na věcné dávky
DA011 Přijetí žádosti o úhradu
DA012 Mínusový výkaz – úhrada nákladů na věcné dávky
DA013 Přijetí minusového výkazu

DA014 Návrh zálohy
DA015 Odpověď na návrh zálohy
DA016 Zpochybnění individuální pohledávky
DA017 Odpověď na zpochybnění individuální pohledávky
DA018 Informace o platbě individuálního případu
DA019 Informace o finálním vypořádání pohledávky
DA020 Pohledávka za úroky při zpožděné platbě
DA021 Přijetí pohledávky za úroky při zpožděné platbě
DA022 Mínusový výkaz – úrok při zpožděné platbě
DA023 Přijetí minusového výkazu za úroky při zpožděné platbě
DA024 Zpochybnění pohledávky za úroky
DA025 Odpověď na zpochybnění pohledávky za úroky
DA026 Informace o platbě úroků
DA027 Žádost o úhradu přeplatku
DA028 Přijetí žádosti o úhradu přeplatku
DA029 Odpověď na žádost o úhradu přeplatku
DA030 Informace o úhradě přeplatku
DA031 Žádost o peněžité dávky
DA032 Žádost o administrativní nebo lékařskou prohlídku
DA033 Odpověď na žádost o prohlídku
DA034 Žádost o úhradu nákladů prohlídky
DA035 Přijetí žádosti o úhradu nákladů prohlídky
DA036 Zpochybnění indiv. pohledávky - admin. nebo lék. prohlídka
DA037 Odpověď na zpochybnění indiv. pohledávky - admin. nebo lék. prohlídka
DA038 Informace o platbě indiv. Pohledávky - admin. nebo lék. prohlídka
DA039 Informace o konečném vypořádání- náklady na prohlídku
DA040 Informace o platbě peněžité dávky
DA 041 Informace o konci neschopnosti
DA042 Oznámení lékařského potvrzení
DA043 Informace o osobě určené pro vyšetřování
DA044 Žádost o detailní zprávu a lékařské osvědčení
DA045 Zaslání zprávy a lékařských osvědčení
DA046 Žádost o rozhodnutí (datum zotavení, nebo stabilizace, příp. přiznání důchodu)
DA047 Informace o rozhodnutí
DA048 Oznámení o zpochybnění (určení legislativy, týkající se pracovního úrazu nebo nemoci z povolání)
DA049 Oznámení konečného rozhodnutí o zpochybnění
DA050 Prohlášení nebo oznámení nemoci z povolání
DA051 Oznámení, že podmínky nejsou splněny a předání prohlášení státu, kde byla naposledy vykonávána činnost, která mohla nemoc způsobit
DA052 Oznámení o odvolání proti rozhodnutí o zamítnutí dávek – nemoc z povolání
DA 053 Žádost o informaci pro určení částky – nemoc z povolání
DA 054 Informace potřebná pro určení částky – nemoc z povolání
DA055 Oznámení konečného rozhodnutí o odvolání – nemoc z povolání
DA056 Žádost o úhradu zálohově poskytnutých dávek kompetentní institucí – nemoc z povolání
DA057 Žádost o informaci týkající se zhoršení nemoci z povolání
DA 058 Informace o zhoršení nemoci z povolání
DA059 Žádost o informaci o stupni nezpůsobilosti

DA060 Informace o stupni nezpůsobilosti
DA061 Předání pohledávky kompetentní instituci

3.4 E-formuláře ze zahraničí, které mohou být českými zdravotními pojišťovnami přijímány

E 001 Žádost o informace, sdělení informací, žádost o dokumenty, urgence
E 104 Potvrzení, týkající se sčítání dob pojištění, zaměstnání nebo bydlení
E 106 Potvrzení o nároku na věcné dávky zdravotního pojištění a pojištění v mateřství pro osoby, bydlící v jiném, než příslušném státě
E 107 Žádost o potvrzení nároku na věcné dávky
E 108 Oznámení o pozastavení nebo odnětí nároku na věcné dávky zdravotního pojištění a pojištění v mateřství
E 109 Potvrzení pro registraci rodinných příslušníků pojištěné osoby a aktualizaci seznamů
E 112 Potvrzení o zachování nároku na již poskytované dávky v nemoci a mateřství
E 120 Potvrzení o nároku na věcné dávky pro žadatele o důchod a jejich rodinné příslušníky
E 121 Potvrzení pro registraci důchodců a jejich rodinných příslušníků a aktualizaci seznamů
E 123 Potvrzení o nároku na věcné dávky na základě pojištění proti pracovním úrazům a proti nemocem z povolání
E 125 Výkaz skutečných výdajů
E 126 Sazby náhrad za věcné dávky
E 127 Výkaz měsíčních paušálních plateb

Související E- formuláře

E 101 Potvrzení, týkající se použití právních předpisů (ČSSZ, většinou nahrazeno A1)
E 102 Prodloužení doby vyslání zaměstnance nebo činnosti osoby samostatně výdělečně činné (ČSSZ, minimální použití)
E 103 Provádění volby práva (ČSSZ, minimální použití)
E 117 Poskytování peněžitých dávek v případě mateřství a při pracovní neschopnosti (v ČR vydává ČSSZ)
E 118 A Opravné prostředky a lhůty jejich podání (v ČR vydává ČSSZ)
E 213 Podrobná lékařská zpráva (v ČR vydává ČSSZ na základě údajů vyplněných ošetřujícím lékařem)

3.5 Základní toky dat (BUC)

Tabulka uvádí jednotlivé BUC a k nim patřící SEDy. Praktický postup pro jednotlivé BUC je uveden v Uživatelské příručce k AP KZP.

BUC	Název BUC	SED	Název BUC
S_BUC_01	Registrace osoby bez nárokového dokladu – bydliště v jiném členském státě	S071 S072 S073 S050	Žádost o nárokový doklad - bydliště Nárokový doklad - bydliště Informace o registraci - bydliště Spor o datum
S_BUC_01a	Registrace osoby bez nárokového dokladu – bydliště v jiném členském státě – zahajuje příslušná instituce zasláním S072	S072 S073 S050	Nárokový doklad - bydliště Informace o registraci - bydliště Spor o datum
S_BUC_02	Registrace osoby s nárokovým dokladem – bydliště v jiném členském státě	S073 S050	Informace o registraci - bydliště Spor o datum
S_BUC_03	Změna nebo zrušení nárokového dokladu příslušnou institucí - bydliště v jiném členském státě	S016 S017	Zrušení nárokového dokladu příslušnou institucí Odpověď na zrušení nárokového dokladu příslušnou institucí

		S050	Spor o datum
S_BUC_04	Změna nebo zrušení registrace institucí v místě bydliště - bydliště v jiném členském státě	S018	Zrušení registrace
		S019	Odpověď na zrušení registrace
		S050	Spor o datum
S_BUC_05	Přechodný pobyt v jiném členském státě, žádost o nárokový doklad	S044	Žádost o nárokový doklad - přechodný pobyt
		S045	Nárokový doklad - přechodný pobyt
S_BUC_06	Přechodný pobyt v jiném členském státě, žádost o informace o tarifech	S067	Žádost o sazby náhrad - pobyt
		S068	Odpověď ohledně sazeb úhrad - pobyt
S_BUC_07	Plánovaná péče, žádost o informace zda je daná péče hrazena	S014	Žádost o informaci, zda je členským státem pobytu zajištěno léčení - plánované léčení
		S015	Informace, zda je členským státem pobytu zajištěno léčení - plánované léčení
S_BUC_08	Plánovaná péče, žádost o souhlas v případě, že je bydliště mimo kompetentní stát	S009	Žádost o dokument o nároku - plánované léčení mimo členský stát bydliště
		S010	Odpověď na žádost o doklad o nároku - plánované léčení mimo členský stát bydliště
S_BUC_09	Plánovaná péče, žádost o rozšíření souhlasu	S035	Žádost o rozšíření dokumentu o nároku - plánované léčení
		S037	Odpověď na žádost o rozšíření dokladu o nároku - plánované léčení
S_BUC_11	Urgentní plánovaná péče	S011	Informace o naléhavé, životně nezbytné léčbě - mimo členský stát bydliště
		S012	Potvrzení o přijetí - informace o povolení neodkladného a životně důležitého léčení
S_BUC_18	Žádost o nárokový doklad pro bývalého příhraničního pracovníka	S006	Žádost o informace o stavu - bývalý příhraniční pracovník nebo rodinný příslušník bývalého příhraničního pracovníka
		S007	Informace o stavu - bývalý příhraniční pracovník nebo rodinný příslušník bývalého příhraničního pracovníka
		S008	Dokument o nároku - bývalý příhraniční pracovník - rodinný příslušník bývalého příhraničního pracovníka
		S130	Potvrzení o přijetí nárokového dokladu - bývalý příhraniční pracovník
S_BUC_18a	Zrušení nárokového dokladu bývalému příhraničnímu pracovníku nebo rodinnému příslušníkovi bývalého příhraničního pracovníka	S050	Spor o datum
		S077	Zrušení dokladu o nároku - bývalý příhraniční pracovník - rodinný příslušník bývalého příhraničního pracovníka
		S131	Potvrzení zrušení dokladu o nároku - bývalý příhraniční pracovník
S_BUC_19	Úhrada nákladů za věcné dávky	S080	Žádost o úhradu (CLA)
		S081	Potvrzení přijetí žádosti o úhradu (ACK_CLA)
		S082	Zpochybnění individuální pohledávky (COC)
		S083	Uznání napadení individuální pohledávky (ACK_COC)
		S084	Odpověď na zpochybnění individuální pohledávky (RPY_COC)
		S085	Dobropis (CRN)
		S087	Napadení dobropisu (COC_CRN)
		S088	Odpověď na napadení dobropisu (RPY_COC_CRN)
		S089	Informace o zálohách (IDP)
		S090	Odpověď na informace o zálohách (RPY_IDP)
		S091	Informace o platbě individuální pohledávky (PAY)
		S092	Potvrzení platby jediné pohledávky (ACK_PAY)
S_BUC_21	Úhrada paušálů za zdravotní péči	S100	Přehled měsíců vztahující se k úhradě na základě paušálních částek (IMO)
		S101	Potvrzení přijetí přehledu měsíců (ACK_IMO)
		S102	Napadení soupisu měsíců týkajícího se jedné osoby (COC_IMO)
		S103	Uznání napadení soupisu měsíců (ACK_COC_IMO)
		S104	Odpověď na zpochybnění soupisu měsíců (RPY_COC_IMO)
		S105	Dobropis měsíců (CRN_IMO)
		S107	Napadení dobropisu soupisu měsíců týkajícího se jedné osoby (COC_CRN_IMO)
		S108	Odpověď na zpochybnění dobropisu soupisu měsíců (RPY_COC_CRN_IMO)

		S110	Žádost o úhradu paušálních částek (CLA_IMO)
		S111	Potvrzení přijetí žádosti o úhradu paušálních částek (ACK_CLA_IMO)
		S112	Zpochybnění souhrnné pohledávky - paušální částky (COC_CLA_IMO)
		S113	Odpověď na zpochybnění souhrnné pohledávky - jednorázové částky (RPY_COC_CLA_IMO)
		S114	Informace o zálohách paušálních částek (IDP_IMO)
		S115	Odpověď na informace o zálohách jednorázových částek (RPY_IDP_IMO)
		S116	Informace o platbě individuální pohledávky - jednorázové částky (PAY_IMO)
		S117	Potvrzení platby individuální pohledávky - paušální částky (ACK_PAY_IMO)
S_BUC_22	Úhrada úroků z prodlení za neuhrazené závazky	S026	Pohledávka - úrok z prodlení (ILP)
		S027	Potvrzení přijetí pohledávky - úrok z prodlení (ACK_ILP)
		S028	Dobropis k pohledávce - úrok z prodlení (CRN_ILP)
		S030	Zpochybnění pohledávky za úrok z prodlení - úrok (COC_ILP)
		S031	Odpověď na zpochybnění pohledávky za úrok z prodlení - úrok (RPY_COC_ILP)
		S032	Informace o platbě - úrok (PAY_ILP)
		S033	Zpochybnění dobropisu k úroku z prodlení - úrok (COC_CRN_ILP)
		S034	Odpověď na zpochybnění dobropisu k úroku z prodlení - úrok (RPY_COC_CRN_ILP)
S_BUC_23	Žádost o vrácení přeplatku	S051	Žádost o vrácení přeplatku (RRO)
		S053A	Přijetí žádosti o vrácení přeplatku (ACP_RRO)
		S053C	Napadení žádosti o vrácení přeplatku (COC_RRO)
		S053R	Odpověď na napadení žádosti o vrácení přeplatku (RPY_COC_RRO)
		S054	Informace o vrácení přeplatku (IRO_RRO)
S_BUC_24	Ověření doby pojištění, zaměstnání nebo bydliště	S040	Žádost o doby - druh pojistného rizika: Nemoc, mateřství nebo otcovství
		S041	Odpověď na žádost o potvrzení dob - druh pojistného rizika: Nemoc, mateřství nebo otcovství
H_BUC_01	Obecná žádost o informace	H001	Oznámení informací / žádost o informace
		H002	Odpověď na žádost o informace
H_BUC_01_Subprocess	Subproces - Obecná žádost o informace	H001	Oznámení informací / žádost o informace
		H002	Odpověď na žádost o informace
H_BUC_02a	Určení bydliště, žádost o informace o bydlišti	H003	Návrh/oznámení státu bydliště
		H005	Žádost o informace o bydlišti
		H006	Odpověď na žádost o informace o bydlišti
H_BUC_02b	Určení bydliště: nesouhlas s rozhodnutím	H003	Návrh/oznámení státu bydliště
		H004	Odpověď na návrh státu bydliště / nesouhlas s rozhodnutím o státu bydliště
		H005	Žádost o informace o bydlišti
		H006	Odpověď na žádost o informace o bydlišti
H_BUC_02c	Určení bydliště - oznámení státu bydliště	H003	Návrh/oznámení státu bydliště
H_BUC_03a	Změna příslušnosti k právním předpisům - Oznámení	H010	Oznámení změny použitelných právních předpisů
H_BUC_03b	Změna příslušnosti k právním předpisům - Žádost o informace	H011	Žádost o oznámení data změny použitelných právních předpisů
		H012	Odpověď na žádost o datum změny použitelných právních předpisů
H_BUC_08	Zdravotnická dokumentace	H120	Žádost o zdravotní dokumentaci
		H121	Oznámení zdravotnických informací/Odpověď na žádost o zdravotnické informace

H_BUC_08_Subprocess	Subproces - Zdravotnická dokumentace	H120	Žádost o zdravotní dokumentaci
		H121	Oznámení zdravotnických informací/Odpověď na žádost o zdravotnické informace
H_BUC_09	Oznámení zdravotnických informací	H121	Oznámení zdravotnických informací/Odpověď na žádost o zdravotnické informace
R_BUC_04	Postup při dodatečném definitivním určení příslušnosti k pojištění - refundace pojistného	R004	Oznámení platby
		R010	Žádost o úhradu prozatímních odvodů
		R011	Odpověď s uvedením částky odvodů k uhrazení
R_BUC_05	Zjišťování informace týkající se pohledávky v jiném státě EU	R012	Žádost o informace
		R014	Odpověď na žádost o informace
R_BUC_06	Žádost o doručení dokumentů (informace) týkajících se pohledávky v jiném státě EU	R015	Žádost o oznámení
		R016	Odpověď na žádost o oznámení
R_BUC_07	Postup při vymáhání pohledávky v jiném státě EU	R004	Oznámení platby
		R017	Žádost o vymáhání pohledávky / předběžná opatření
		R018	Odpověď na žádost o vymáhání vyplacených částek/předběžná opatření
		R019	Oznámení o zpochybnění
		R025	Oznámení o zpětvzetí nebo snížení pohledávky
		R028	Žádost o úhradu nákladů
		R029	Odpověď na žádost o úhradu nákladů
		R033	Odpověď na oznámení o zpochybnění
		R034	Rozhodnutí o zpochybnění
		R036	Poskytnutí doplňujících informací
Ad_BUC_01_Subprocess	Close Case	X001	Žádost o uzavření
Ad_BUC_02_Subprocess	Reopen Case	X002	Žádost o opětovné otevření uzavřeného případu
		X003	Odpověď na žádost o znovuotevření uzavřeného případu
		X004	Znovu otevřít případ
Ad_BUC_03_Subprocess	Add Participant	X005	Přidat nového účastníka
Ad_BUC_04_Subprocess	Remove Participant	X006	Odebrat účastníka
Ad_BUC_05_Subprocess	Forward Case	X007	Přeposlat případ
Ad_BUC_06_Subprocess	Invalidate SED	X008	Zneplatnit SED
Ad_BUC_07_Subprocess	Reminder	X009	Urgence
		X010	Odpověď na urgenci
Ad_BUC_08_Subprocess	Clarify SED Content	X012	Vyjasnit obsah
		X013	Odpověď na žádost o vyjasnění
Ad_BUC_09_Subprocess	Reject SED	X011	Odmítnout SED
Ad_BUC_10_Subprocess	Update SED	N/A	N/A
Ad_BUC_11_Subprocess	Business Exception	X050	Výjimka v procesu

Ad_BUC_12_Subprocess	Change of Participant	X100	Změna účastníka

3.6 Komentář k vybraným, nejčastěji používaným dokumentům

Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC)

Plastový průkaz, na jehož základě mají čeští i evropští pojištěnci přechodně pobývající na území jiného státu EU nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a předpokládané době pobytu na území jiného státu. Průkaz je zároveň českým národním průkazem pojištěnce. Kdykoliv je dále v textu použit termín Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo EHIC, je tím myšlen i GHIC.

Globální průkaz zdravotního pojištění (GHIC)

Plastový průkaz, na jehož základě mají pojištěnci Spojeného království přechodně pobývající na území jiného státu EU nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a předpokládané době pobytu na území jiného státu.

Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo GHIC
(žádost SED S044, potvrzení SED S045)

Tento dokument zdravotní pojišťovna vydává v případě, že Evropský průkaz zdravotního pojištění není možné z technických důvodů včas vydat, nebo pokud o něj žádá pojištěnec, poskytovatel, či instituce z jiného státu. Lze jej také vydat v případě, kdy je nutné vydat doklad o nároku na časově omezenou relativně krátkou dobu (například když je známo, že příslušnost k českému pojištění k určitému datu skončí). Často je vydáván retrospektivně.

V rámci elektronické výměny je nahrazen SEDem S045, o který se žádá SEDem S044.

Potvrzení dob pojištění
(žádost SED S040, potvrzení S041, dříve formulář E104)

Dokument, jehož smyslem je zjištění, po jakou dobu byla osoba pojištěna v rámci nemocenského (zdravotního) pojištění v druhém členském státě. Tyto údaje jsou důležité zejména pro instituce těch zemí, kde nárok na poskytnutí dávek závisí na dosažení určité doby pojištění pro instituce spravující residenční systémy, které musí mít možnost jak zjistit nebo ověřit délku podléhání předpisům jiného státu.

Nárok na plnou péči ve státě bydliště
(přenositelný dokument S1, SEDy S071 (žádost), S072 (nárokový doklad), S073 (potvrzení registrace), dříve formuláře E109, E106, E120, E121)

Dokumenty sloužící k prokázání nároku na zdravotní péči pojištěnců, pojištěných v jedné zemi a skutečně bydlících v zemi druhé. Týká se důchodců, přeshraničních pracovníků, rodinných příslušníků, bydlících jinde než pracovník apod.

Pokud životní situaci vyřizuje instituce státu bydliště (zdravotní pojišťovna), zasílá do zahraničí žádost S071, zahraničí odpovídá S072 a instituce státu bydliště potvrzuje obdržení S073. V případě, že ve státě bydliště žije i nezaopatřený rodinný příslušník, je třeba pro něj vyžádat vlastní S072 pomocí S071.

Pojištěnec si může nárok na plnou péči zajistit sám tím, že si vyžádá přenositelný dokument S1 a předloží jej instituci ve státě bydliště k registraci.

Zrušení nárokového dokladu
(zrušení SED S016, odpověď S017, dříve formulář E108)

Dokumenty, kterými se oznamuje zrušení nárokového dokladu příslušnou institucí osobě, bydlící mimo stát pojištění. Jde o situaci, kdy osobě z nějakého důvodu skončí, či je pozastaven nárok v zemi pojištění. Tímto dokumentem se tak například oznámí druhé straně, že registrovaná osoba již v zemi dále nepracuje, a není zde proto ani pojištěna.

Kompetentní instituce zasílá SED S016, instituce v místě bydliště odpovídá SEDem S017. Datum uvedené na S016 má být institucí v místě bydliště akceptováno. Následovat ovšem může spor o datum (S050), pokud instituce v místě bydliště nesouhlasí.

Zrušení registrace
(zrušení SED S018, odpověď S019, dříve formulář E108)

Dokumenty, kterými instituce v místě bydliště oznamuje kompetentní instituci zrušení registrace nárokového dokladu osoby bydlící mimo stát pojištění. Jedná se zejména o situace, kdy osoba zemřela, odstěhovala se, začala podléhat předpisům státu bydliště (např. tu začala pracovat).

Instituce v místě bydliště zasílá SED S018, kompetentní instituce odpovídá SEDem S019. Datum uvedené na S019 má být institucí místa bydliště akceptováno. Následovat ovšem může spor o datum (S050), pokud instituce nesouhlasí.

Souhlas s poskytováním plánované péče
(přenositelný dokument S2, dříve formulář E112)

Tímto dokumentem vyjadřuje příslušná zdravotní pojišťovna souhlas s poskytováním vyžádané plánované péče na území druhého členského státu.

Náhrada nákladů
(SEDy S067, S068, dříve formulář E126)

Tyto dokumenty 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 S067 ptá, kolik by za stejnou péči zaplatila instituce v místě pobytu, která stanoví odpovídající částku na S068, a do této výše pak ZP svému pojištěnci refunduje jeho náklady.

SEDy S067 ze zahraničí jsou zasílány KZP, která na S068 stanoví částku odpovídající léčení v ČR.

Žádost o úhradu skutečné náklady
(SED S080, dříve formulář E125)

Tímto dokumentem uplatňuje zdravotní pojišťovna do zahraničí nárok na úhradu skutečných nákladů, vynaložených na cizího pojištěnce, vůči jeho zahraniční zdravotní pojišťovně.

Tento dokument se používá vyjma případů, za něž se platí paušálem, tzn. vyjma důchodců a jejich rodinných příslušníků nebo rodinných příslušníků pracovníka (živitele), bydlících v jiném státě než živitel, pokud jde o stát bydliště uvedený v příloze III. nařízení 987/09, účtující prostřednictvím paušálních plateb.

Žádost o úhradu paušální úhrada
(SED S095, dříve formulář E127)

Tento dokument slouží k uplatnění nároku zdravotní pojišťovny na paušální úhradu za zdravotní péči. To přichází v úvahu u důchodců a jejich rodinných příslušníků nebo rodinných příslušníků pracovníka (živitele), bydlících v jiném státě než živitel, pokud jde o stát uvedený v příloze III. nařízení 987/09., účtující nadále v paušálních platbách. Dokument zasílá pojišťovna v místě bydliště, u níž je osoba registrována, kompetentní pojišťovně.

ČR S095 nevydává. Přijímat je bude ze zemí uvedených v příloze III. nařízení 987/09. Před přijetím cizí pohledávky prostřednictvím S095 obdrží k vypořádání ještě přehled měsíců registrace, a to prostřednictvím S090.

Oznámení informací, žádost o informace
(SED H001, dříve formulář E001)

Tento dokument je určen pro styk mezi institucemi tam, kde neexistují zvláštní dokumenty, nebo kde se chce druhé straně něco připomenout, navrhnout, vysvětlit.

Potvrzení o příslušnosti
(přenositelný dokument A1, SED A003, dříve formulář E101)

Potvrzení, které v ČR vydává ČSSZ. Potvrzuje příslušnost osoby k předpisům o sociálním zabezpečení daného státu v těchto situacích: vyslaná osoba, souběh činností, úředník, smluvní zaměstnanec ES, námořník, člen letové posádky, výjimka.

Na jeho základě např. 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 tohoto dokladu vystaveného v jeho státě, zbaven povinnosti platit pojištění v ČR. To platí nejdéle na dobu 24 měsíců.

Dokument je též vydáván osobám, které obdržely výjimku z příslušnosti k právním předpisům, nebo které vykonávají činnost souběžně ve dvou či více státech. V těchto případech vystavuje dokument instituce té země, kde je na základě výjimky osoba pojištěna (i na dobu delší než dva roky).

Dokument je vystavován i osobám, u nichž je příslušnost k předpisům vysílajícího státu daná přímo nařízením (diplomaté, státní úředníci, vojáci) - v těchto případech může být též vystaven i na dobu několika let.

Nárok na zdravotní péči, související s pracovním úrazem nebo nemocí z povolání
(přenositelný dokument DA1, SED DA002, dříve formulář E123)

Tyto dokumenty slouží k uplatnění nároku na zdravotní péči, související s pracovním úrazem nebo nemocí z povolání, poskytovanou v místě bydliště nebo pobytu pracovníka, které je jinde než v příslušném státě (státě zaměstnání). Nárok se týká pouze péče, související s léčením pracovního úrazu, či nemoci z povolání.

Nárokovými doklady obvykle stejné doklady (PD nebo SED), které se používají v případě běžných onemocnění a úrazů během pobytu či bydliště v jiném státě (pokud je kompetentní instituce v obou státech stejná i pro krytí nákladů pracovních úrazů a nemocí z povolání). Může být ale vydán i DA1 (pokud je ve státě pojištění jiná komp. instituce zodpovědná za tyto náklady, nebo je ve státě pobytu či bydliště zvláštní systém léčení úrazů a nemocí z povolání). Pokud je vyžádán institucí jiného státu, může být nárok na léčení potvrzen také prostřednictvím SEDu DA002.

Vznik pracovního úrazu nebo nemoci z povolání je oznamován prostřednictvím SEDu

DA001.

***Poznámk*a:** *SEDy se zasílají zásadně za každou dotčenou osobu zvlášť. Pro každého rodinného příslušníka je třeba vyžádat vlastní doklad (S072). Oznámení o registraci S073 je tak následně vystavováno za každou registrovanou osobu zvlášť).*

4. PŘEHLED NÁROKŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI, NÁROKY JEDNOTLIVÝCH SKUPIN OSOB

4.1 Rozsahy zdravotní péče na základě práva EU

Definice	Skupina krytých osob	Bližší vymezení
1) Lékařsky **nezbytná zdravotní péče** s přihlédnutím k povaze dávek (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, vzteklina, 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.
2) **Plná péče** podle právních předpisů státu, kde je poskytována	Všechny osoby, bydlící a registrované v jiném státě, než je stát pojištění	Péče v plném rozsahu. Stejná péče, na kterou má nárok místní pojištěnec.
3) **Vyžádaná** (též plánovaná) **péče**	Osoby, které obdržely souhlas s plánovaným poskytnutím péče v jiném státě. *Poznámka*: Případně též plánovaná péče, za níž osoba vycestovala bez souhlasu pojišťovny (zde nárok na úhradu pouze dle předpisů státu pojištění)	Specifická péče, směřující k léčení konkrétního, již existujícího zdravotního problému pacienta, za níž pacient cíleně vycestoval. Nejedná se o péči, na niž byl pacient objednán v rámci poskytování nezbytné péče. Např. kontrola po týdnu nemoci, nebo další vyšetření u jiného specialisty.

4.2 Tabulka nároků

Okruh krytých osob	Příslušné dokumenty	Rozsah nároku na zdravotní péči	Kompetentní instituce a způsob úhrady
Osoby, pobývající v jiném státě přechodně (např. jako turisté, vyslaní pracovníci, studenti, nebo z jiného důvodu) *čl. 19 nařízení 883/04 a čl. 25 nařízení 987/09* *rozhodnutí S1, S2 (EHIC), S3 (definice nezbytné péče), S9 (povinnost hradit i za*	***Nárokové doklady:*** Evropský průkaz zdravotního pojištění **(EHIC)** Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění **(REPL)** **S045**	Lékařsky **nezbytná zdravotní péče**	Instituce, která vydala Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazující průkaz – ve skutečných nákladech. Stanovena povinnost uhradit nezbytnou péči poskytnutou na základě platného EHICu i pokud již osoba nebyla pojištěna.

nepojištěného držitele EHICu)			
Osoby, které zaplatily za lékařsky nezbytnou péči při přechodném pobytu v hotovosti *Čl. 19; Čl. 27 nařízení 883/04* *Čl. 25 B) nařízení 987/09*	**S067 / S068** (určení ceny lékařsky nezbytné péče - refundovatelné částky, podle tarifů země pobytu) dříve formulář **E 126**	Lékařsky **nezbytná zdravotní péče** Nárok na úhradu vynaložených nákladů do výše tarifů platných v zemi ošetření nebo v zemi pojištění. Nárok na úhradu podle tarifů země pojištění i v případech, kdy se nepodaří zjistit cenu v zemi ošetření.	Pojištěnci refunduje instituce příslušná k vystavení Evropského průkazu zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího průkaz
Žadatelé o plánovanou péči, nebo o pokračování v léčení na území jiného státu, než je stát pojištění *Čl. 20 nařízení 883/04* *Čl. 26 nařízen 987/09* *Rozsudky ESD: (Decker,Kohll,Inizan, Vanbraeckel, Müller Fauré, Van Riet, Smits Peerboms, Watts, Keller, Acereda Herrera)*	***Nárokové doklady:*** Přenositelný dokument **S2** **SED S010** dříve formulář **E112** *Související doklady*: **S009** – (žádost o potvrzení souhlasu) **S067 / S068** (určení ceny plánované péče- refundovatelné částky, podle tarifů země pobytu)	Nárok na úhradu nákladů konkrétní vyžádané péče do výše dané předpisy státu léčení. Na žádost nárok na refundaci nákladů, vynaložených přímo pojištěncem, až do výše ceny dle předpisů státu pojištění.	Instituce, která vydala nárokový doklad, hradí výpomocné instituci ve skutečných nákladech. Případně hradí přímo pojištěnci formou refundace na základě tarifu státu léčení, zjištěného na základě **S068**, nebo na základě tarifu státu pojištění V některých případech nárokový doklad vydáván institucí státu bydliště jménem kompetentní instituce (v případě životně nezbytné péče) – výpomocné instituci hradí ve skutečných nákladech přímo kompetentní instituce
Pojištěnci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci, bydlící v jiné zemi, než je stát pojištění *Čl. 17 nařízení 883/04* *Čl. 24 nařízení 987/09*	***Nárokové doklady:*** Přenositelný dokument **S1** **S072** (vyžádaná pomocí **S071**) dříve formuláře **E 106** (pracovník), **E109** (nezaopatření rodinní příslušníci, bydlící jinde než pracovník) *Související doklady*: - **S073** – potvrzení registrace, včetně data - **S050** – spor o datum registrace ***Zrušení nároku:*** **S016** (ze strany kompetentní instituce) nebo **S018** (ze strany instituce místa bydliště), dříve **E108**	Plná péče podle předpisů státu bydliště i podle předpisů státu pojištění, v ostatních státech lékařsky nezbytná péče **POZOR:** v některých státech pojištění pouze nezbytná péče pro rodinné příslušníky typických přeshraničních pracovníků (vracejících se do země bydliště každodenně nebo alespoň jednou týdně)*	Instituce, která vydala nárokové doklady ve skutečných nákladech. Pozn.: U rodinných příslušníků, bydlících v jiném státě než pracovník, některé státy bydliště účtují v paušálních nákladech ***
Žadatelé o důchod a jejich rodinní příslušníci *Čl. 22 nařízení 883/04* *Čl. 24 nařízení 987/09*	***Nárokové doklady:*** Přenositelný dokument **S1** **S072** (vyžádaná pomocí **S071**) dříve formulář **E 120**	Plná péče podle předpisů státu bydliště a v ostatních státech pouze lékařsky nezbytná péče	Instituce, která vydala nárokové doklady a následně potvrdila přiznání důchodu – ve skutečných nákladech

	Zrušení nároku: **S016** (ze strany kompetentní instituce) nebo **S018** (ze strany instituce místa bydliště), dříve **E108**		
Důchodci a jejich rodinní příslušníci *Čl. 24; 25; 26 nařízení 883/04* *Čl. 24.3 nařízení 987/09*	***Nárokové doklady:*** Přenositelný dokument **S1** **S072** (vyžádaná pomocí **S071**) dříve formulář **E 121** ***Zrušení nároku:*** **S016** (ze strany kompetentní instituce) nebo **S018** (ze strany instituce místa bydliště), dříve **E108**	Plná péče podle předpisů státu bydliště i státu pojištění a v ostatních státech lékařsky nezbytná péče. **POZOR:** Některé státy svým pojištěným důchodcům a jejich rodinným příslušníkům na území kompetentního státu přiznávají pouze nárok na nezbytnou péči**	Instituce, která vydala nárokový doklad ve skutečných nákladech Pozn.: Některé státy bydliště nadále účtují v paušálních nákladech***
Důchodci a jejich rodinní příslušníci, registrovaní v jiném než kompetentním členském státě, cestující do jiného státu, než je stát bydliště *Čl. 27.1,3,4; nařízení 883/04* *Čl. 25, 26 A 2.3 nařízení 987/09*	***Nárokové doklady:*** Evropský průkaz zdravotního pojištění **(EHIC)** Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění **(REPL)** **S045** V případě vyžádané péče Přenositelný dokument **S2** **SED S010** dříve formulář **E112** vystavené státem pojištění (v případě, že jde o stát, který účtuje v paušálech, pak S010, S2, nebo E112 vystavený státem bydliště) (čl. 26 987/2009)	**Lékařsky nezbytná péče** během pobytu v jiném státě, než je stát bydliště. V případě souhlasu s vyžádanou péčí – konkrétní odsouhlasená péče.	Kompetentní instituce, která vystavila nárokový doklad, hradí výpomocné instituci ve skutečných nákladech V případě, že jde o důchodce, bydlícího ve státě, který účtuje v paušálech, pak jsou náklady na vyžádanou péči na základě **nárokových dokladů** hrazeny výpomocné instituci státem bydliště ve skutečných nákladech
Rodinní příslušníci pojištěnce, bydlící jinde než pojištěnec a cestující do dalšího státu EU *Čl. 19 nařízení 883/04* *Čl. 25, 26 A2.3: nařízení 987/09*	***Nárokové doklady:*** Evropský průkaz zdravotního pojištění **(EHIC)** Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění **(REPL)** **S045** V případě vyžádané péče Přenositelný dokument **S2** **SED S010**	**Lékařsky nezbytná péče** během pobytu v jiném státě, než je stát bydliště. V případě souhlasu s vyžádanou péčí – konkrétní odsouhlasená péče.	Kompetentní instituce, která vystavila nárokový doklad, hradí výpomocné instituci ve skutečných nákladech V případě, že jde o rodinné příslušníky, bydlící ve státě, který účtuje v paušálech, pak jsou náklady na vyžádanou péči na základě **nárokových dokladů** hrazeny výpomocné instituci státem bydliště ve skutečných nákladech

	dříve formulář **E112** vystavené státem pojištění (v případě, že jde o stát, který účtuje v paušálech, pak S010, S2, nebo E112, vystavený státem bydliště)		
Přeshraniční pracovníci v důchodu *čl. 28 nařízení 883/04*	**Neaplikovatelné pro ČR – neučiněn vklad do přílohy V.**	Nárok na **plnou péči** ve státě předchozí výdělečné činnosti i po odchodu do důchodu a změně příslušnosti do státu bydliště	**Neaplikovatelné pro ČR**
Přeshraniční pracovníci v důchodu, kteří se začali léčit před ukončením práce a návratem do státu bydliště *čl. 28.1 nařízení 883/04* *čl. 29 nařízení 987/09*	***Nárokové doklady:*** Přenositelný dokument **S3**	Nárok na doléčení konkrétní nemoci ve státě výkonu původní pracovní činnosti	Hradí kompetentní instituce státu bydliště výpomocné instituci ve skutečných nákladech
Osoby pobírající dlouhodobé peněžité dávky *čl. 34 nařízení 883/04*	***Nárokové doklady:*** **SEDy S001 až S005**	-dle typu osoby, zpravidla pojištěná osoba nebo důchodce, registrovaná v jiném státě s plným nárokem na zdravotní péči--	Kompetentní instituce oznamuje registrující instituci vyplácení dlouhodobé peněžité dávky. Registrující instituce oznamuje kompetentní instituci náklady na dlouhodobě poskytované věcné dávky. Kompetentní instituce o tuto částku sníží výši vyplácených dlouhodobých peněžitých dávek. **Pro ČR v nejbližším období neaplikovatelné.**

* Státy uvedené v příloze III. Nařízení 883/04, které **ne**přiznávají nezaopatřeným rodinným příslušníkům přeshraničních pracovníků, pojištěným v daném státě a bydlícím jinde nárok na plnou zdravotní péči ve státě pojištění:
DÁNSKO, IRSKO, CHORVATSKO (od 1. 7. 2013)**, FINSKO, ŠVÉDSKO, SPOJENÉ KRÁLOVSTVÍ, NORSKO** (od 1. 6. 2012), **ISLAND** (od 1. 6. 2012),
(do 1. 3. 2014 omezení uplatňovalo ESTONSKO, ŠPANĚLSKO, ITÁLIE, LITVA, MAĎARSKO, NIZOZEMSKO)

** Státy uvedené v příloze IV nařízení 883/04, které přiznávají svým pojištěným důchodcům, registrovaným v jiném státě bydliště nárok na plnou péči ve státě pojištění: **BELGIE, BULHARSKO, ČR, NĚMECKO, ŘECKO, ŠPANĚLSKO, FRANCIE, KYPR, LUCEMBURSKO, MAĎARSKO, NIZOZEMSKO, RAKOUSKO, POLSKO, SLOVINSKO, ŠVÉDSKO, ISLAND** (od 1. 6. 2012), **LICHTENŠTEJNSKO** (od 1. 6. 2012), **ŠVÝCARSKO** (od 1. 4. 2012),

***Státy uvedené v příloze III prováděcího nařízení, které účtují náklady za důchodce a jejich nezaopatřené rodinné příslušníky + za nezaopatřené rod. příslušníky, bydlící jinde než pracovník, pokud jsou registrováni na jejich území formou paušálních nákladů: **IRSKO, ŠPANĚLSKO, KYPR, PORTUGALSKO, ŠVÉDSKO, SPOJENÉ KRÁLOVSTVÍ**

5. PŘÍSLUŠNOST K PRÁVNÍM PŘEDPISŮM

5.1 Základní principy pro určení aplikovatelných právních předpisů

5.1.1 Princip jednoho pojištění

Čl. 11 odst. 1 nařízení 883/2004

Na osobu se vztahují právní předpisy pouze jednoho státu a tato příslušnost se vztahuje na všechny právní předpisy, upravující místní systémy sociálního zabezpečení. Tento princip znamená, že v jednom okamžiku nemá žádná osoba podléhat zákonné pojišťovací povinnosti v rámci systémů sociálního zabezpečení ve dvou státech.

Pokud je určena příslušnost k právním předpisům jedné země, vztahují se na pracovníka předpisy, týkající se všech systémů sociálního zabezpečení dané země. Předpisy jiného státu jsou z aplikace vyloučeny. Není tedy možné, aby byla osoba například zákonně zdravotně pojištěna v jednom státě a zároveň zákonně důchodově nebo nemocensky v jiném státě.

***Poznámka**: To ale nemusí znamenat, že je osoba v jiném státě skutečně zároveň pojištěná ve všech systémech sociálního zabezpečení, jaké známe v České republice (důchodové, nemocenské, pojištění v nezaměstnanosti, zdravotní pojištění, rodinné dávky). Může v daném státě například splňovat zákonné podmínky pouze pro účast v důchodovém pojištění a v ostatních systémech být pojištěna pouze dobrovolně (tedy potenciálně vůbec), nebo může mít pro určitou oblast pouze možnost pojištění na komerčním základě.*

Záleží na právních předpisech a jimi stanovených podmínkách pro účast v systému dané země. Při jejich posuzování je nutné aplikovat princip rovného zacházení s místními občany a zákaz nepřímé diskriminace (tzn. například, že by migrující pracovník neměl v dotčeném systému sociálního zabezpečení zůstat nepojištěný, pokud by místní státní příslušník ve stejné situaci pojištěný ze zákona byl).

5.1.2 Pojištění ve státě výkonu činnosti

Čl. 11 odst. 3 písm. a, odst. 2 nařízení 883/2004

Až na určité výjimky je osoba pojištěna ve státě, na jehož území vykonává své zaměstnání, nebo samostatnou výdělečnou činnost (princip **Lex Loci Laboris**/právo místa výkonu práce). Tento princip znamená, že základním určovacím pravidlem pro zjištění právních předpisů, které se na pracovníka výlučně vztahují, je místo (stát) výkonu výdělečné činnosti.

***Poznámka:** Samotný výkon činnosti na území jiného státu nemusí ale vždy znamenat, že se na osobu vztahují tamní předpisy. Je nutné, aby šlo o takový výkon činnosti, který je za zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost považován předpisy o sociálním zabezpečení v daném státě, jinými slovy, aby založil účast v systému nebo nárok na dávku sociálního zabezpečení z alespoň jednoho místního systému (tzn., že například au pair, či stážisté sice mohou v některých státech fyzicky pracovat, přesto se na ně ale místní předpisy nebudou vztahovat, neboť tento typ činnosti zde nikomu ve stejném postavení nezakládá účast v žádném systému.).*

Osoby ze států EU, EHP, Spojeného království a Švýcarska tedy zpravidla podléhají právním předpisům a jsou pojištěni v té zemi, na jejímž území pracují. Toto pravidlo se uplatňuje bez ohledu na to, kde bydlí, zda zde má zaměstnavatel sídlo, podle jakých právních předpisů mají uzavřenu 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, zejména pokud jde o vyslaného pracovníka, státního úředníka nebo zaměstnance diplomatické mise či konzulárního úřadu (viz Hlavní výjimky níže).

Z pravidla Lex Loci Laboris též může být v konkrétním případě udělena na žádost výjimka, a to pro jednotlivce, či celou skupinu osob.

Na osoby pobírající peněžité dávky z důvodu nebo v důsledku jejich zaměstnání nebo SVČ se pohlíží, jakoby uvedenou činnost nadále vykonávaly (čl. 11 odst. 2 nařízení 883/2004).

Pokud jde o komplikovanější situaci, v níž osoba vykonává výdělečnou činnost ve dvou nebo více státech zároveň, existují pro určení země pojištění zvláštní kolizní pravidla (viz níže 5.3 Výkon výdělečné činnosti ve více státech (souběh).

5.1.3 Důchodci

čl. 23- 25 nařízení 883/2004

Osoby pobírající důchod (ať už starobní, invalidní nebo pozůstalostní) mají podléhat předpisům státu, který jim důchod vyplácí. Pokud pobírají dva nebo více důchody z různých států, mají podléhat předpisům jednoho z těchto států, pokud v něm bydlí. Pokud pobírají dva nebo více a bydlí mimo tyto státy, mají podléhat předpisům toho státu vyplácející důchod, jehož předpisům podléhali po nejdelší dobu

5.1.4 Nezaopatření rodinní příslušníci podléhají stejným předpisům jako živitel

čl. 32 nařízení 883/2004

Toto pravidlo znamená, že rodinní příslušníci živitele, kteří nejsou pojištěni na základě vlastní výdělečné činnosti a nepobírají ani vlastní peněžité dávky, či důchody, jsou pojištěni ve stejném státě jako živitel. Kdo je rodinným příslušníkem určují vždy předpisy země, kde tyto osoby bydlí. Pokud předpisy o pojištění tuto definici neobsahují, aplikuje se definice daná přímo čl. 1 nařízení 883/04. Státy též mohou tuto definici doplnit vkladem do příslušné přílohy nařízení (v případě ČR doplněni registrovaní partneři).

Rodinní příslušníci mohou bydlet v jiném státě, než je stát pojištění. V takovém případě by ve státě bydliště měli být registrovaní. Mohou ale také bydlet spolu s pracovníkem ve státě výkonu práce (ve státě pojištění). V obou případech jsou ve státě pojištění pojištěni za stejných podmínek jako místní rodinní příslušníci.

Pokud existují dva živitelé a každý z nich pracuje v jiném členském státě, podléhají nezaopatření rodinní příslušníci předpisům státu bydliště, pokud je jeden z živitelů aktivní v tomto státě. Pokud v tomto státě není aktivní ani jeden živitel, mohou si nezaopatření rodinní příslušníci vybrat, ve kterém ze států, kde jsou živitelé aktivní, budou pojištění.

5.1.5 Nezaopatření rodinní příslušníci pracovníka, který není pojištěn v rámci zákonného systému

Problematickou může být situace rodinných příslušníků pracovníka, který podléhá právním předpisům státu, v němž nemá možnost zdravotního pojištění v rámci zákonného zdravotního pojištění, popřípadě se dobrovolně zákonného systému pojištění neúčastní. Soukromé komerční pojištění zpravidla odmítá aplikovat koordinační nařízení a nevystaví proto pracovníkovi, ani jeho rodině žádný evropský doklad, kryjící nároky na zdravotní péči ve smyslu koordinačních nařízení.

Pokud se pracovník ve státě výkonu výdělečné činnosti zákonného nemocenského/zdravotního pojištění neúčastní na základě vlastní vůle, měly by se v každém případě i na jeho rodinné příslušníky vztahovat výlučně právní předpisy, které se vztahují na pracovníka (čl. 32, odst. 1 a 3 nařízení 987/09). V případě, že jsou rodinní příslušníci ve státě bydliště pojištěni pouze na základě bydliště, nemají v tomto státě ani nárok na účast v pojištění, resp. na hrazení nákladů prostřednictvím místního systému zdravotního pojištění. Náklady na léčení tak musí nést sami. Samozřejmě mají na druhou stranu možnost účastnit se (zpravidla stejně jako živitel) komerčního pojištění.

V případech, kdy by v důsledku zůstala rodina bez krytí (např. pokud nelze rodinného příslušníka vzhledem k jeho zdravotnímu stavu pojistit) lze živiteli doporučit, aby požádal o výjimku z příslušnosti k právním předpisům a v případě kladného vyjádření druhé strany tak mohl i nadále spolu s rodinou podléhat právním předpisům státu bydliště a zdejšímu zákonnému zdravotnímu pojištění.

Poznámka: *Z textu prováděcího nařízení není zcela zřejmé, zda se stejná pravidla vztahují i na situace a státy, v nichž pracovník nemá ani možnost účastnit se zákonného nemocenského/zdravotního pojištění. Uvedený čl. 32 se vztahuje na osoby, které se zákonného systému neúčastní z vlastní vůle. Lze mít pouze za to, že stejné závěry by měly být aplikovány i pro tyto případy.*

5.1.6 Neaktivní osoby podléhají právním předpisům země svého bydliště

čl. 11. 3. e) nařízení 883/2004

Toto pravidlo mimo jiné znamená, že pokud se do jiného státu EU přestěhuje neaktivní osoba, která předtím alespoň určitou dobu spadala do osobního rozsahu nařízení (tedy byla účastna systému sociálního zabezpečení v jiném státě), měla by požádat o účast v systému státu nového bydliště (a zároveň být vyňata ze systému státu, odkud se stěhuje). Pro její zahrnutí do systému státu nového bydliště však bude muset prokázat, že zde má skutečné bydliště ve smyslu evropských nařízení (viz kapitola 11.11 „Co se rozumí pojmem skutečné bydliště v České republice?“).

Důsledky se dále týkají typicky pracovníka ze státu A, který ve státě B po určitou dobu pracoval a po ukončení výdělečné činnosti zde zůstal bydlet. I zde v případě zachování skutečného bydliště ve státě ukončené činnosti (stát B), zůstává osoba příslušná k předpisům a systémům tohoto státu. Naopak, na základě stejného pravidla se pracovník ze státu A, který ukončil výdělečnou činnost ve státě B (kde nebydlí) vrací do systému pojištění státu A.

5.1.7 Hierarchie pravidel určování příslušnosti

V jakém pořadí se posuzují výše uvedené rozhodující skutečnosti pro určení příslušnosti k právním předpisům u osob, které splňují předpoklady pro zařazení do vícero relevantních skupin viz. kapitola 11.1.

5.1.8 Pravidla pro účast v dobrovolném pojištění

čl. 14 nařízení 883/2004

Pravidla pro určení příslušnosti se použijí na systém dobrovolného pojištění pouze v případě, že ve státě pro dané odvětví jiný systém neexistuje.

Pokud osoba podléhá zákonnému systému v jednom státě, neměla by zároveň podléhat dobrovolnému systému v jiném státě. Pokud existuje více dobrovolných systémů a osoba nepodléhá systému zákonnému, podléhá pouze systému, který si zvolila.

Jestliže předpisy členského státu podmiňují účast v dobrovolném pojištění bydlištěm v tomto státě, nebo předchozí činností zaměstnance nebo osoby samostatně výdělečně činné, považuje se existence bydliště v jiném členském státě za splnění podmínky pouze v případě, že osoba v minulosti podléhala právním předpisům uvedeného členského státu na základě činnosti, kterou vykonávala jako zaměstnanec nebo OSVČ.

5.2 Hlavní výjimky ze základních principů

5.2.1 Vyslaní pracovníci

Čl. 12 nařízení 883/2004

Vyslaným pracovníkem je osoba vyslaná zaměstnavatelem, pro kterého běžně pracuje, na území jiného členského státu, aby tam pro tohoto zaměstnavatele provedla nějakou práci. Vyslaný pracovník podléhá právním předpisům vysílajícího státu. Podmínkou je, že očekávané trvání této práce nepřevyšuje 24 měsíců, a že není vyslána, aby nahradila jinou osobu, která dovršila dobu svého přidělení (vyslání). Další podmínkou je, že osoba udržuje s vysílajícím zaměstnavatelem během celé doby vyslání tzv. organickou vazbu (tzn., že zaměstnavatel její činnost řídí, může jí z práce odvolat, propustit apod.). Detailní podmínky, týkající se vyslání jsou obsaženy v rozhodnutí A1.

Vyslaným pracovníkem je i osoba samostatně výdělečně činná, která dočasně pracuje na určitém úkolu v jiné zemi, přičemž těžiště její činnosti nadále zůstává v původním státě. Vyslaným pracovníkem může být i zaměstnanec pracovní agentury. Podmínkou je, že tato agentura provozuje svou činnost (pronájem pracovní síly) i na území státu, odkud je osoba vyslána (vyplývá z judikatury ESD – případ Manpower).

Pro účely potvrzení, že nadále podléhá právním předpisům vysílajícího státu, se pracovník v zemi výkonu zaměstnání nebo SVČ prokazuje přenositelným dokumentem A1, vystaveným svou kompetentní institucí.

Pokud by měla osoba podléhat právním předpisům vysílajícího státu déle než 24 měsíců, musela by jí být udělena výjimka podle čl. 16 nařízení 883/2004, a to pověřenými institucemi obou států.

Poznámka: *Formuláře E101, vystavené před 1. 5. 2010, budou i nadále uznávány jako platné až do jejich zrušení (např. v důsledku žádosti o přehodnocení situace podle nového nařízení ze strany pojištěnce).*

5.2.2 Státní úředníci

Čl. 11 odst. 3 písm. b) nařízení 883/2004

Pravidlo se vztahuje na státní úředníky a osoby za ně považované, např. diplomaty. Tyto osoby podléhají právním předpisům státu, kterým podléhá úřad, který je zaměstnává.

Poznámka: *U států, uvedených v příloze II. prováděcího nařízení (Německo, Španělsko), mají osoby pojištěné v rámci zvláštních soustav pro státní úředníky z hlediska zdravotní péče na základě nařízení nároky na zdravotní péči pouze v tom rozsahu, jaký obsahují tyto zvláštní soustavy.*

5.2.3 Výjimka z příslušnosti k předpisům

Čl. 16 nařízení 883/2004

Výjimkou lze prolomit jakékoliv z uvedených pravidel, týkajících se příslušnosti k právním předpisům. Zpravidla se uděluje v případech, kdy je nutné dodatečně napravit špatně určenou příslušnost, nebo pokud je to v zájmu pracovníka či zaměstnavatele. Na udělení výjimky není právní nárok. Může být udělena osobě, či skupině osob.

Žádost se podává pověřené instituci ve státě, jehož předpisům chce pojištěnec podléhat (V ČR ČSSZ). Instituce tuto žádost předá pověřené instituci státu, na jehož území je vykonávána činnost, která na základě výjimky nemá založit účast v místním systému pojištění. Předpokladem pro udělení výjimky je souhlas instituce státu, kde je činnost vykonávána.

Po dobu platné výjimky nemůže být požadována platba pojistného do systému státu výkonu výdělečné činnosti. V případě, že je výjimka udělena zpětně, musí být pojistné na žádost vráceno.

Poznámka: *Pokud v ČR pracuje osoba, která žádá o výjimku z příslušnosti k českým předpisům a o výjimce ještě nebylo rozhodnuto, měla by do doby rozhodnutí odvádět pojistné jako běžný pracovník (jinými slovy není přípustné, aby nebyla do pojištění přihlášena s tím, že čeká na rozhodnutí o výjimce) - na udělení není právní nárok.*

Výjimky v ČR potvrzuje ČSSZ (oddělení mezinárodních pojistných vztahů) po konzultaci s Kanceláří ZP. Pokud je žádáno o to, aby osoba zůstala pojištěna nadále v českém systému, žádost podává zaměstnanec spolu se zaměstnavatelem. Dokument žádosti je na www.cssz.cz.

5.2.4 Smluvní pracovníci evropských institucí

čl. 15 nařízení 883/2004

Smluvní zaměstnanci evropských orgánů (nejde o úředníky), mají možnost zvolit si s účinností od nástupu do zaměstnání u evropských společenství právní předpisy, kterým chtějí podléhat. Takto si mohou vybrat z předpisů státu, na jehož území pracují, státu, kde byli naposledy pojištěni, nebo státu, jehož jsou státními příslušníky. Právo volby mají pouze jednou. V praxi je tato možnost omezena jen na zaměstnání kratší než jeden rok a ani v těchto případech není využívána.

Smluvní zaměstnanec může být nadále pojištěn v českém systému jako osoba bez

zdanitelných příjmů, nebo se může odhlásit z důvodu dlouhodobého pobytu v zahraničí.

5.2.5 Výkon činnosti na námořní lodi

Čl. 11 odst. 4 nařízení 883/2004

Pokud jde o osobu provozující svou činnost na námořní lodi, považuje se její činnost za činnost vykonávanou na území státu, pod jehož vlajkou loď pluje. Pokud je ale za práci odměňován podnikem nebo osobou registrovanými v jiném státě, a pokud v tomto státě bydlí, podléhá předpisům státu bydliště.

5.3 Výkon výdělečné činnosti ve více státech (souběh)

Pokud osoba vykonává činnost na území více členských států, je vždy třeba, aby požádal příslušnou instituci o vystavení potvrzení o aplikovatelné legislativě – formulář A1, který v ČR vystavuje ČSSZ na základě níže uvedených pravidel. Postup při podání na konci kapitoly.

5.3.1 Výkon zaměstnání ve dvou a více státech

Čl. 13 nařízení 883/2004

Pokud zaměstnanec vykonává podstatnou část své činnosti ve státě bydliště (tj. že na činnost vykonávanou ve státě bydliště připadá alespoň 25% pracovní doby nebo odměny), podléhá právním předpisům členského státu bydliště.

Nevykonává-li zaměstnanec podstatnou část činnosti ve státě svého bydliště, pak platí, že:

a) má-li **pouze jednoho zaměstnavatele**, nebo má-li více zaměstnavatelů sídlících pouze v jediném členském státě, podléhá právním předpisům tohoto členského státu, na jehož území má/mají zaměstnavatel/-é sídlo nebo místo podnikání (čl. 13/1/b/i a ii nařízení 883/2004),

b) má-li **dva nebo více zaměstnavatelů** sídlících ve dvou členských státech, z nichž jedním je stát bydliště, pak podléhá právním předpisům toho z uvedených dvou států, který není státem bydliště osoby (čl. 13/1/b/iii nařízení 883/2004),

c) má-li **dva nebo více zaměstnavatelů**, z nichž alespoň dva mají sídlo nebo místo podnikání v různých členských státech jiných, než je stát bydliště, pak zaměstnanec podléhá předpisům státu bydliště (čl. 13/1/b/iv nařízení 883/2004).

Specifickým způsobem je řešen výkon výdělečné činnosti ve více státech členy letových posádek a posádek palubních průvodčích (čl. 11 odst. 5 nařízení č. 883/2004). Činnost, kterou vykonávají v oblasti osobní nebo nákladní letecké dopravy, se považuje za činnost vykonávanou v členském státě, ve kterém se nachází jejich mateřské letiště.

Poznámka: *Pokud se v důsledku novely vztahují na určitou osobu právní předpisy jiného členského státu než toho, jehož právní předpisy se na ní vztahovaly podle pravidel před 28. 6. 2012, použijí se na tuto osobu i nadále právní předpisy členského státu určené podle pravidel před novelou, a to dokud nedojde ke změně situace dané osoby, v každém případě ale maximálně po dobu deseti let od 28. 6. 2012. Dotčená osoba zároveň může kdykoli požádat, aby její příslušnost byla posouzena podle nových pravidel.*

- ***osoba, která vykonává činnost ve dvou státech EU pro zaměstnavatele se sídlem ve třetím státě,*** *je příslušná legislativě státu bydliště*

5.3.2 Souběh zaměstnání v jednom státě a okrajové činnosti v druhém státě

Čl. 14 odst. 5b nařízení 987/2009

Pokud je v jednom ze států vykonávána pouze okrajová činnost (cca do 5% podílu celkové pracovní doby nebo mzdy z obou činností – v ČR může jít např. o práci v orgánech bytového družstva apod.) a osoba zároveň vykonává zaměstnání na území jiného státu, nebere se tato okrajová činnost pro určení aplikovatelné legislativy v potaz. Pravidla pro určení aplikovatelné legislativy při souběhu činností dle čl. 13 nařízení 883/2004 se v takovém případě nepoužijí. Aplikovatelná legislativa je v takovém případě určena podle čl. 11 základního nařízení 883/2004 do státu, kde je vykonávána hlavní činnost.

Příklad: Pokud by tedy např. Čech, bydlící v Ostravě, vykonával zaměstnání pro slovenskou firmu na Slovensku (40h týdenní pracovní doba a měsíční příjem 2000 EUR) a zároveň se jednou měsíčně účastnil v Ostravě jednání orgánů družstva, za které by byl odměňován částkou 2000 Kč, byl by pojištěn na Slovensku. Pojistné z příjmu za okrajovou činnost, vykonávanou na území ČR, by odváděl dle slovenských předpisů na Slovensku, pokud to tak slovenské předpisy stanoví. Je třeba mít zamítavé stanovisko od ČSSZ.

Poznámka**:** *Pokud je na základě pravidel o určení aplikovatelné legislativy při souběhu činností pracovník pojištěn v ČR, ale pracuje (a vydělává) i v zahraničí, musí platit pojistné z českého i z cizího příjmu, a to ve výši stanovené českými předpisy*.

5.3.3 OSVČ na území dvou a více států

Čl. 13 odst. 2 nařízení 883/2004

Pro osobu samostatně výdělečně činnou, která normálně vykonává svou činnost na území dvou a více členských států, platí právní předpisy státu, kde bydlí. Podmínkou ale je, že v tomto státě vykonává alespoň 25% své činnosti z hlediska obratu, pracovní doby, množství poskytovaných služeb a příjmu. V úvahu je brán i očekávaný vývoj v příštích 12 měsících.

Pokud nevykonává činnost ve státě bydliště, podléhá právním předpisům státu, kde má centrum činnosti. Pro určení centra činnosti je rozhodné místo výkonu podnikání, povaha a trvání aktivit, množství poskytovaných služeb a záměr vyplývající ze všech okolností.

Osoba samostatně výdělečně činná na území jednoho členského státu, která vykonává nějakou časově omezenou práci na území druhého členského státu, nadále podléhá právním předpisům prvého státu. To platí nejdéle po dobu 24 měsíců (vyslání). Pokud její práce ještě není dokončena a osoba chce nadále podléhat předpisům prvé země, musí požádat o výjimku.

Poznámka: *Do určené příslušné země musí být samozřejmě odváděno pojistné ze všech příjmů dosažených OSVČ*

5.3.4 Souběh zaměstnání a SVČ

Čl. 13 odst. 3 nařízení 883/2004

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 závislém placeném zaměstnání.

Pokud osoba vykonává SVČ v jedné nebo i vícero zemí a zároveň závislé zaměstnání ve dvou nebo vícero zemí, je nutné určit, který stát je příslušný z hlediska souběhu zaměstnání podle zvláštních pravidel pro určení aplikovatelné legislativy zaměstnanců (viz. výše). Tento stát je posléze kompetentní i pro pojištění ze samostatné výdělečné činnosti.

Poznámka: *Pokud byla dle nařízení 1408/71 určena příslušnost k dvěma státům podle bývalé přílohy VII, platí toto určení až do zrušení, nejdéle však po dobu 10 let od okamžiku nabytí účinnosti nových nařízení (tj. od 1. 5.2010). Zrušení dvojí příslušnosti je kdykoliv možné na základě žádosti osoby o přehodnocení situace, a to k následujícímu měsíci. Pokud je žádost podána do třech měsíců od účinnosti nových nařízení, ruší se dvojí pojištění zpětně k 1. 5. 2010. Dvojí pojištění by též mělo být zrušeno ve chvíli, kdy se změní okolnosti pracovní situace dotčení osoby.*

5.3.5 Postup při určení příslušnosti

Příslušnost je na žádost osoby nejdříve určována pověřenou institucí státu bydliště. V ČR je pověřenou institucí ČSSZ. Pokud by se tedy na českou ZP obrátil pracovník s bydlištěm v ČR se žádostí o určení příslušnosti v případě souběžného výkonu činností ve více státech, měl by být pro rozhodnutí vždy odkázán na ČSSZ. V případě vyslání se o A1 žádá ve vysílajícím státě.

Rozhodnutí instituce státu bydliště je následně sděleno dotčeným institucím dotčených států. V rámci ČR by rozhodnutí ČSSZ mělo být sděleno Kanceláři ZP a následně dotčené ZP (pokud má některá ZP na osobu existující vazbu).

Oslovené instituce mají 2 měsíce na případné zpochybnění. Pokud ke zpochybnění nedojde, je určení považováno za definitivní. V případě sporu mezi institucemi dvou či více států je postupováno dále dle čl. 6 nařízení 987/2009 (tzn., dochází k provizornímu určení aplikovatelné legislativy dle daných kritérií).

Poznámka*: Pokud jde o osobu, vykonávající činnost v ČR, musí být pojistné odváděno v ČR až do okamžiku, kdy je určena legislativa jiná. Zpravidla tedy do doručení dokladu A1, nebo do provizorního určení cizí aplikovatelné legislativy, popřípadě do okamžiku definitivního určení cizí legislativy.*

5.4 Postup při určování příslušnosti ve sporných případech

5.4.1 Zjištění dob pojištění, zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti, dosažených v druhém státě

V mnoha situacích je nutné ověřit délku podléhání právním předpisům jiného státu. Je to důležité např. v residenčních systémech zdravotního pojištění (jaký je v ČR) pro ověření časového úseku, po níž je dotčená osoba vyňata z působnosti předpisů státu bydliště (vzhledem k tomu, že podléhá legislativě jiného státu).

Pokud osoba s trvalým pobytem v ČR začne vykonávat výdělečnou činnost v jiném členském státě a vztahují se na ni předpisy tohoto státu (činnost zakládá účast v alespoň jednom ze systémů sociálního zabezpečení), nemá být nadále pojištěna v rámci českého systému veřejného zdravotního pojištění. To platí i pro jejího nezaopatřeného rodinného příslušníka. Stejné důsledky má i přestěhování se do jiného členského státu v případě neaktivní osoby.

Pro zjištění dob, po které osoba podléhala zahraničním právním předpisům, slouží SED S040 (žádost) a S041 (odpověď), dříve též formulář E104.

Praktický postup:

- **zjišťování dob pojištění nebo trvání výdělečné činnosti v jiném státě** viz Kapitola 2 Uživatelské příručky
- **potvrzení doby pojištění, zaměstnání, SVČ, nebo bydliště v ČR na základě žádosti cizí instituce viz** Kapitola 3 Uživatelské příručky

5.4.2 Určení příslušnosti a případné provizorní určení příslušnosti

URČENÍ PŘÍSLUŠNOSTI

V běžných případech není nutné vznik příslušnosti k právním předpisům (typicky vznik zdravotního pojištění zaměstnance v ČR) sdělovat do zahraničí. Výjimečně se může stát, že se na českou ZP obrátí zahraniční instituce s informací o určení příslušnosti v tomto státě, nebo že má česká ZP pochybnost o správnosti určení příslušné legislativy do ČR. V těchto případech se ZP může obrátit na ČSSZ.

Pokud jde o situaci, kdy jde o osobu, vykonávající činnost ve více státech, měl by být případ předán vždy okamžitě k řešení na ČSSZ – viz výše postup při souběhu činností.

Pokud nedojde ke shodě na aplikovatelné legislativě a jedná se o aktivní osobu, je nutné případ předat k řešení na ČSSZ. U neaktivních osob, je nutné případ předat k řešení Kanceláři ZP. Proces dále pokračuje provizorním určením aplikovatelné legislativy.

PROVIZORNÍ URČENÍ PŘÍSLUŠNOSTI

Čl. 6 nařízení 987/2009

Dojde-li k neshodě o správném určení příslušnosti mezi institucemi 2 států (např. v případě souběhu, kde stát výkonu činnosti vyjádřil nesouhlas s primárním určením ze strany pověřené instituce v místě bydliště, nebo i v jakýchkoliv dalších případech, kdy se neshodnou instituce dvou států na správném řešení), mělo by dojít k provizornímu určení aplikovatelné legislativy.

Legislativa by měla být dohodou mezi institucemi provizorně určena dle daných kritérií v následujícím pořadí (čl. 6, odst. 1):

- stát zaměstnání nebo SVČ (pokud vykonáváno v jednom státě)
- stát bydliště (pokud je osoba neaktivní, nebo částečně činná tamtéž)
- stát, kde osoba požádala o příslušnost nejdříve

Během provizorního určení příslušné legislativy by měly být dávky poskytovány dle předpisů státu bydliště, za předpokladu, že osoba bydlí na území jednoho ze sporných států. Bydlí-li osoba mimo sporné státy, pak jsou dávky poskytovány podle státu, kde osoba prvně požádala o příslušnost.

Pokud se během provizorního určení instituce nedohodnou na správném řešení příslušnosti, může být posouzení sporu předáno Administrativní komisi.

Pokud se instituce dohodnou na definitivním určení legislativy, má toto dodatečné

určení kompetentního státu retroaktivní účinky (odst. 4). Již poskytnuté dávky (peněžité i věcné) musí být vypořádány, tedy dodatečně uhrazeny správnou kompetentní institucí (odst. 5).

Stejně tak musí být vypořádáno i vybrané pojistné, které musí být na výzvu předáno původní institucí dodatečně určené kompetentní instituci (případný přeplatek v porovnání s výší pojistného dle dodatečně určeného přísl. státu je vrácen osobě, resp. případně zaměstnavateli) – čl. 73, odst. 2 nařízení 987/2009. Dodatečně určená instituce musí původně určenou instituci informovat o výši pojistného (která měla být vybrána, pokud by byla legislativa od začátku určena správně), a to do třech měsíců od definitivního určení aplikovatelné legislativy.

POSTUP V ČR PŘI PROVIZORNÍM URČOVÁNÍ APLIKOVATELNÉ LEGISLATIVY

Pokud se ZP neshodne na určení příslušnosti s institucí druhého státu a jde o aktivní osobu, požádá ZP o spolupráci a řešení případu ČSSZ, která ve spolupráci se zahraniční institucí určí provizorně aplikovatelnou legislativu (A007). K provizornímu určení může dojít také v případě souběhu činností, kdy zahraniční instituce nesouhlasila se stanoviskem ČSSZ ve věci určení aplikovatelné legislativy.

O provizorním určení ČSSZ informuje ZP (případně prostřednictvím Kanceláře ZP). V okamžiku definitivního určení (A003) aplikovatelné legislativy informuje ČSSZ o finálním řešení dotčenou ZP (případně prostřednictvím Kanceláře ZP).

V případě neaktivní osoby a sporu s institucí druhého státu požádá ZP o spolupráci a řešení případu dle daných kritérií Kancelář ZP. Kancelář ZP ve spolupráci se zahraniční institucí určí provizorně aplikovatelnou legislativu (A007). O provizorním určení informuje ZP. V okamžiku definitivního určení aplikovatelné legislativy (A003) informuje Kancelář ZP o finálním řešení dotčenou ZP.

O provizorním určení legislativy, i o následném definitivním určení aplikovatelné legislativy se musí instituce ČR vzájemně informovat. Styčné orgány (Kancelář ZP, ČSSZ) si vzájemně zasílají seznamy osob, u nichž byla provizorně nebo definitivně určena aplikovatelná legislativa (informace bude dále adresována přímo konkrétní dotčené instituci (ZP), pokud je tato známa).

Je-li provizorně určena legislativa česká, přistupuje ZP po dobu provizorního určení k pojištěnci, jako by šlo o běžného českého pojištěnce. Je-li provizorně určena cizí legislativa a za osobu bylo v ČR dosud vybíráno pojistné, nemělo by být pojistné (přinejmenším do definitivního určení) nadále vybíráno.

POSTUP PŘI DODATEČNÉM DEFINITIVNÍM URČENÍ <u>ČESKÉ</u> LEGISLATIVY

V případě dodatečně určené legislativy české (provizorně určena zahraniční), zjistí ZP výši dlužného pojistného a oznámí jí do třech měsíců zahraniční pojišťovně (v případě problémů s určením výše pojistného požádá o pomoc - zpravidla informaci o výši příjmu - zahraniční instituci, nebo přímo zahraničního zaměstnavatele).

Zahraniční instituce zašle vyžádanou částku, pokud ji předtím za osobu vybrala. Případný přeplatek vrátí plátcům. Pokud vybrala méně, pošle české ZP celou částku, kterou vybrala a česká ZP musí dovybrat zbytek od plátců dle české legislativy. Následně může zahraniční instituce zaslat české ZP vyúčtování nákladů na dávky, pokud takové věcné dávky osobě během provizorního určení poskytla (prostřednictvím Kanceláře ZP). Česká ZP náklady uhradí běžným způsobem v rámci mezinárodního vypořádání nákladů na zdravotní péči.

Praktický postup při podání žádosti o úhradu dlužné částky z EU za nevybrané pojistné viz Kapitola 4 Uživatelské příručky

POSTUP PŘI DODATEČNÉM DEFINITIVNÍM URČENÍ CIZÍ LEGISLATIVY

V případě dodatečně určené cizí legislativy (provizorně určena legislativa česká) předá česká ZP na případnou výzvu cizí instituci vybrané pojistné ve vyžádané výši. Žádost cizí instituce musí být podána do třech měsíců od definitivního určení prostřednictvím SEDu R010. ZP případně poskytne cizí instituci spolupráci při určení správné výše pojistného dle zahraničních předpisů (např. dotaz, nebo alespoň odkaz na příslušného zaměstnavatele, u nějž lze výši příjmu, dosaženého v ČR, ověřit).

Vybrala-li česká ZP na pojistném víc, než je částka vyžádaná zahraniční institucí, vrátí rozdíl plátcům pojistného.

Pokud zahraniční instituce nepožádá o vybrané pojistné, vrací ZP pojistné plátci. Vnitrostátní promlčecí lhůta pro vrácení pojistného se neuplatní, protože daná osoba českým předpisům vůbec neměla podléhat.

Pokud během provizorního určení uhradila česká ZP za osobu péči, vyúčtuje náklady běžným způsobem v rámci mezinárodního přeúčtování nákladů zahraniční instituci. Pro tento účel si ZP vyžádá nárokový doklad, dle Pokynů k rozhodnutí S6 by měl k přeúčtování veškeré péče postačovat S045.

Praktický postup při podání žádosti o úhradu dlužné částky za nevybrané pojistné z ČR viz Kapitola 5 Uživatelské příručky

5.4.3 Určení bydliště

Pokud je pro správné posouzení situace osoby z hlediska aplikovatelné legislativy (ale i z hlediska rozsahu nároků na dávky) nutné určit stát bydliště osoby, posuzuje dotčená instituce bydliště dle kritérií, obsažených v čl. 11 prováděcího nařízení. Tato kritéria se použijí zejména tam, kde se instituce obou států neshodnou na stejném posouzení bydliště.

PRVKY PRO URČENÍ BYDLIŠTĚ

- trvání a kontinuita přítomnosti v dotčených státech,
- charakter a znaky všech vykonávaných činností (místo činnosti a stabilní povaha činnosti, trvání pracovní smlouvy),
- rodinná situace a rodinné vazby,
- výkon nevýdělečných aktivit,
- zdroj příjmů u studentů,
- bytová situace a její stálost,
- stát daňové příslušnosti

Nelze-li určit stát bydliště z uvedených kritérií, je rozhodující záměr osoby, vyplývající ze všech okolností, zejména pak z důvodů, které ji vedly k přestěhování.

POSTUP PŘI URČOVÁNÍ BYDLIŠTĚ, SPOR O BYDLIŠTĚ

Pro primární určení, zda je státem bydliště Česká republika, nebo zda je jím jiný stát, je zdravotní pojišťovnou používán Dotazník pro určení státu bydliště pro účely aplikace koordinačních nařízení EU, který je jednotný pro všechny české instituce sociálního zabezpečení – viz. přílohy. Tento dotazník je určen pro zjištění relevantních informací a získání podpůrných dokladů přímo od dotčené osoby.

Dotazník má dvě varianty - pro určení bydliště v současnosti a pro jeho určení v minulosti. Dotazníky jsou k dispozici v češtině, angličtině, němčině, francouzštině a polštině.

Dotazník není nutné použít tam, kde je určení státu bydliště zřejmé a kde neexistují pochybnosti o správnosti řešení, nebo zvláštní důvod pro ověřování tvrzení osoby nebo zahraniční instituce.

Společný Dotazník pro určení státu bydliště se v oblasti zdravotního pojištění naproti tomu použije vždy v případech aplikace čl. 11.3e), tedy zejména:

- pokud neaktivní osoba žádá o účast v českém systému zdravotního pojištění, nebo
- pokud existuje důvodné podezření, že český neaktivní pojištěnec bydlí v jiném státě

Dále se použije obecně v případě důvodných pochybností o bydlišti v ČR, nebo v jiném státě EU (např. pro účely potvrzení nároku na plný rozsah zdravotní péče ve státě bydliště).

Pokud zahraniční instituce opakovaně žádá o vystavení náhradního certifikátu u ekonomicky neaktivní osoby, u které má ZP důvodné podezření, že v ČR nežije, zasílá ZP zahraniční instituci informační dopis s přiloženým Dotazníkem o bydlišti. (Dopis v příloze)

Posouzení bydliště je považováno za součást řízení, v jehož rámci je posuzováno jako jedna z okolností, důležitých pro vydání rozhodnutí ve věci. Při posuzování bydliště může ZP spolupracovat s ostatními institucemi sociálního zabezpečení v ČR, zejména poskytovat a vyžadovat informace a údaje potřebné pro posouzení bydliště.

Pokud se ZP dozví, že dotčené osobě bylo bydliště dříve určeno jinou českou institucí, bude respektovat výsledek předchozího zjištění, ledaže by byly známy okolnosti, které se objektivně neslučují s předchozím posouzením bydliště, popř. by měla jiné důvodné pochybnosti, nebo by jim změnu okolností, majících vliv na posouzení bydliště oznámila sama osoba.

Jestliže ZP a jiná česká instituce posoudí bydliště u jedné osoby odlišně a dozví se o tom dodatečně, instituce, která nepoužila pro posouzení standardizovaný Dotazník, bude respektovat výsledek předchozího zjištění druhé instituce, ledaže by jí byly známy okolnosti, které se objektivně neslučují s předchozím posouzením bydliště, popř. by měla jiné důvodné pochybnosti, nebo by jí změnu okolností, majících vliv na posouzení bydliště, oznámila sama osoba.

Jestliže ZP a jiná česká instituce posoudí bydliště odlišně, následně se o tom dozví a žádná z nich nepoužila pro určení bydliště standardizovaný Dotazník, pokusí se sjednotit posouzení bydliště pomocí standardizovaného Dotazníku (dohodnou se zejména, která z dotčených institucí vyzve dotčenou osobu k jeho vyplnění).

Praktický postup při komunikaci s institucí druhého státu ve věci určení bydliště viz Kapitola 6 Uživatelské příručky

5.4.4 Výjimky z příslušnosti k právním předpisům - podávání a řešení žádosti o výjimku

Žádosti o výjimku ekonomicky aktivních osob, které chtějí zůstat pojištěné v českém systému sociálního zabezpečení (zdravotního pojištění) jsou podávány osobou (a ve většině případů i jejím zaměstnavatelem) České správě sociálního zabezpečení, která je po konzultaci s Kanceláří ZP předá k rozhodnutí pověřené instituci dotčeného státu.

Žádosti o výjimku osob, které chtějí zůstat pojištěné v systému sociálního zabezpečení jiného státu, přestože vykonávají činnost na území ČR, jsou předávány pověřenou institucí dotčeného státu České správě sociálního zabezpečení. ČSSZ po získání stanoviska Kanceláře ZP vydá rozhodnutí, které předá žádající instituci.

V případě, že se liší názor ČSSZ a Kanceláře ZP, požádá ČSSZ o posouzení MPSV, které případ konzultuje s MZ ČR.

Žádosti o výjimku ekonomicky neaktivních osob se podávají Kanceláři ZP, která případy posuzuje individuálně a konzultuje je s příslušnou českou zdravotní pojišťovnou a ČSSZ.

***Poznámka**: Informace o udělených výjimkách si může ZP vyžádat u Kanceláře ZP. Informace o osobách, které si udržely příslušnost k českému zdravotnímu pojištění v případě souběhu činností, nebo výjimky, Kancelář ZP dále sděluje zdravotním pojišťovnám v určitých intervalech hromadně.*

5.5 Praktické důsledky pravidel pro určení aplikovatelné legislativy pro český systém

PLACENÍ POJISTNÉHO PŘI VÝKONU ČINNOSTI V ČR PO DOBU POCHYBNOSTÍ O SPRÁVNÉM URČENÍ APLIKOVATELNÉ LEGISLATIVY

Pokud osoba vykonává zaměstnání nebo SVČ na území ČR a nedisponuje dokladem A1 (nebo dříve E101), měla by v každém případě hradit v ČR pojistné, a to i v situaci, kdy není zřejmé, zda bude česká legislativa nakonec skutečně aplikovatelná (např. v případě souběhu, nebo vyslání do ČR). Placení pojistného by nemělo být dále vyžadováno až v okamžiku, kdy osoba doručí A1 z cizího státu, nebo kdy dojde k provizornímu, případně následně definitivnímu určení aplikovatelné legislativy jiného státu. Pokud je dodatečně určena legislativa cizí, je nutné pojistné vrátit.

OZNAMOVACÍ POVINNOST A SANKCE ZA JEJÍ NESPLNĚNÍ

Na základě čl. 76, odst. 4,5 nařízení 883/2004 a čl. 3 prováděcího nařízení 987/2009 má dotčená osoba povinnost co nejdříve informovat příslušnou zdravotní pojišťovnu a pojišťovnu v místě bydliště o jakékoliv změně situace významné z hlediska příslušnosti, resp. jejího nároku podle evropských nařízení.

Pokud tuto povinnost nesplní, může ji instituce sankcionovat podle jí uplatňovaných právních předpisů tak, jak v obdobných případech sankcionuje ostatní běžné pojištěnce. Z toho vyplývá, že česká ZP může pokutovat pojištěnce, který nesplnil svou oznamovací povinnost (například když neoznámil, že se stal pojištěncem jiného státu).

OSVČ Z EU, VYKONÁVAJÍCÍ SAMOSTATNOU VÝDĚLEČNOU ČINNOST V ČR

Osoba samostatně výdělečně činná na území ČR ve smyslu českých právních předpisů má být v ČR pojištěna a je povinna platit pojistné do českého systému veřejného zdravotního pojištění, i když zde nemá trvalý pobyt.

Pro zproštění se této povinnosti by muselo jít o OSVČ, která se vyslala z jiného státu, kde si udržuje prostředky ke své činnosti, nebo o OSVČ, které byla odsouhlasena výjimka Českou správou sociálního zabezpečení, nebo by muselo jít o osobu, která vykonává samostatnou výdělečnou činnost ve více státech, přičemž má být podle zvláštních pravidel pojištěna v jiném státě. Tuto skutečnost musí doložit formulářem A1. (viz pravidla uvedená výše.)

UKONČENÍ DOBY, PO KTEROU CIZÍ PRACOVNÍK PODLÉHÁ ČESKÝM PRÁVNÍM PŘEDPISŮM O ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ

České zdravotní pojištění pracovníka, bydlícího v jiném státě, je obecně ukončeno dnem, kdy byla ukončena výdělečná činnost v ČR. Cizí pracovník, který ukončí výdělečnou činnost v ČR, bude ovšem nadále v ČR pojištěn za podmínky, že:

- onemocněl před ukončením pracovního poměru. Pojištění v takovém případě trvá maximálně do konce doby, po níž čerpá dávky nemocenského pojištění (včetně peněžité pomoci v mateřství). Naopak, pokud onemocní až v ochranné lhůtě a mezitím přestal podléhat českým předpisům, neobnovuje se jeho české zdravotní pojištění, přestože mu budou posléze vypláceny české peněžité dávky.
- je evidován na Úřadě práce s nárokem na českou podporu v nezaměstnanosti nebo podporu v rekvalifikaci.

Po ukončení výplaty dávek z nemocenského pojištění, nebo po ukončení nároku na podporu v nezaměstnanosti (nebo rekvalifikaci), nebude obecně nadále považován za českého pracovníka a tím ani za českého zákonného pojištěnce. Účast v systému zdravotního pojištění si pracovník z jiného státu přesto dále může zachovat i v období, kdy v ČR nevykonává výdělečnou činnost, ani nepobírá peněžité dávky za podmínky, že:

- prohlásí a prokáže, že státem jeho skutečného bydliště (viz. kapitola 5.4.3) ve smyslu evropských nařízení je Česká republika (typicky v případech, kdy zde předtím výdělečnou činnost vykonával po delší dobu), nebo
- bude po ukončení výdělečné činnosti považován za nezaopatřeného rodinného příslušníka jiného českého pojištěnce.

RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI BEZ TRVALÉHO POBYTU V ČR, BYDLÍCÍ V ČR SPOLU S PRACOVNÍKEM

Rodinní příslušníci pracovníka z jiného členského státu pracujícího a pojištěného v ČR, kteří se do ČR přestěhovali spolu s ním, ale nemají zde trvalý pobyt ve smyslu českých právních předpisů, jsou v ČR pojištěni spolu s pracovníkem za stejných podmínek jako ostatní čeští rodinní příslušníci, včetně povinnosti platit pojistné v případě, že jsou dle českých předpisů považováni za osobu bez zdanitelných příjmů. Za osoby, které jsou dle českých předpisů státními pojištěnci, hradí pojistné Česká republika.

Za rodinného příslušníka je považován manžel, manželka, registrovaný partner (partnerka) nebo nezaopatřené dítě ve smyslu zákona č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře. (viz. kapitola 11.8 „Kdo je v České republice považován za nezaopatřeného rodinného příslušníka?“)

RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI, KTEŘÍ JSOU NA ZÁKLADĚ NAŘÍZENÍ CIZÍMI POJIŠTĚNCI

Nezaopatření rodinní příslušníci osob, vykonávajících výdělečnou činnost v jiném členském státě EU, EHP, Spojeném království a Švýcarsku a podléhajících tamním předpisům o sociálním zabezpečení alespoň v rámci jednoho ze systémů soc. zab., kteří mají trvalý pobyt v ČR, podléhají na základě nařízení právním předpisům ve státě výkonu výdělečné činnosti pracovníka (živitele). V ČR tedy nemohou být pojištění, přestože tu mají trvalý pobyt. Stejné pravidlo platí pro nezaopatřené rodinné příslušníky cizího důchodce, bydlící 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 zproštěni od chvíle, kdy se na ně na základě evropského práva

začaly vztahovat právní předpisy jiného státu, tedy typicky od chvíle, kdy živitel rodiny začal vykonávat v jiném státě výdělečnou činnost, nebo kdy mu byl přiznán nárok na cizí důchod.

Odvozené pojištění z druhého státu skončí ve chvíli, kdy nezaopatřený rodinný příslušník začne sám vykonávat výdělečnou činnost nebo získá nárok na nemocenské dávky, či podporu v nezaměstnanosti. Odvozené pojištění též samozřejmě zanikne ve chvíli, kdy skončí příslušnost k právním předpisům živitele (přestane v jiném státě pracovat, nebo pobírat peněžité dávky, získá nárok i na český důchod, zemře, apod.)

V České republice mají nezaopatření rodinní příslušníci zajištěno poskytování péče na základě formuláře S1 vystaveného zahraniční institucí.

HRAZENÍ POJISTNÉHO ZA RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY POJIŠTĚNÉ V ČR

Nezaopatření rodinní příslušníci osob, vykonávajících výdělečnou činnost v ČR, kteří jsou z tohoto titulu pojištění 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 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 typicky dnem počátku výdělečné činnosti živitele rodiny na území ČR.

Pro zařazení do kategorie plátců pojistného se uplatní princip asimilace skutečností. To znamená, že pokud osoba splňuje na území jiného státu předpoklady pro zařazení do určité kategorie (např. studium, péče o děti, registrace na zahraničním úřadu práce apod.), vyplývají z nich stejné účinky, jako by byly tyto předpoklady splněny na území ČR.

VÝBĚR POJISTNÉHO OD ZAMĚSTNAVATELE ZE ZAHRANIČÍ, NEBO ZE ZAHRANIČNÍHO PŘÍJMU OSVČ

Pokud pracovník podléhá českým právním předpisům, tzn. je pojištěn v ČR a práci vykonává v jiné členské zemi, vybírá česká zdravotní pojišťovna pojistné za tohoto pracovníka od jeho zahraničního zaměstnavatele. Výše pojistného a termíny splatnosti se řídí českými právními předpisy. **Tam, kde je nutné použít přepočet měn, musí být ovšem dle rozhodnutí H3 použit kurz dle Evropské centrální banky**. Zaměstnavatel by měl být registrován v ČR jako plátce pojistného.

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). Dalším příkladem může být situace, kdy pracovník pracuje na území jiného členského státu (např. pro dceřinou firmu českého podniku) a byla mu udělena výjimka, takže nadále podléhá českému právu a českému pojištění. Jiným příkladem může být situace, kdy v ČR vykonává činnost dlouhodobě vyslaný pracovník, který nemá žádného zaměstnavatele v ČR (pouze v zahraničí) a nebyla mu udělena výjimka z příslušnosti k českým právním předpisům.

V některých případech je nutné vybírat pojistné i z příjmu dosaženého v jiném státě v rámci **samostatné výdělečné činnosti** provozované v tomto jiném státě. Jde typicky o situace, kdy je osoba zaměstnána na území ČR a samostatně výdělečně činná na území jiného členského státu. I v těchto případech je třeba uplatňovat na výběr pojistného z příjmu ze SVČ, dosaženého v jiném státě, pravidla a postupy dané českými předpisy.

Na základě čl. 21 prováděcího nařízení může také pracovník uzavřít se svým zaměstnavatelem **dohodu** o tom, že si bude z výdělku dosaženého v zahraničí hradit pojištění v ČR jménem zaměstnavatele a ve výši dané českými předpisy, sám. S touto dohodou musí zaměstnavatel seznámit českou příslušnou zdravotní pojišťovnu a OSSZ.

POJIŠTĚNÍ NEAKTIVNÍ OSOBY S BYDLIŠTĚM V ČR

Za předpokladu skutečného bydliště v ČR, jsou v českém zdravotním pojištění pojištěny i osoby, které neodvozují nárok od pracovníka, výdělečné činnosti v ČR, nebo pobírání českých dávek. K pojmu skutečné bydliště viz. kapitola 11.11 „Co se rozumí pojmem skutečné bydliště v České republice?“)

Je to důsledek aplikace principu rovného zacházení a pravidel pro určování příslušnosti k právním předpisům. Osobám, krytým nařízením (tedy osobám, které jsou, nebo v minulosti byly pojištěny alespoň v rámci jednoho systému jedné ze zemí EU, EHP, Spojeného království či Švýcarska) je v případě skutečného bydliště na území ČR nutné na základě výše uvedených principů přiznat stejná práva a povinnosti, jaké mají čeští občané.

Vyžadovat pro přiznání účasti v českém zdravotním pojištění udělení trvalého pobytu přitom není přípustné. Šlo by o zjevnou a typickou formu nepřímé diskriminace, kdy by bylo po cizích státních příslušnících vyžadováno splnění podmínek, které jsou pro ně (na rozdíl od českých občanů) po určitou, relativně dlouhou dobu, prakticky nesplnitelné.

Pro posouzení bydliště je v těchto případech používán Dotazník pro určení bydliště za účelem aplikace koordinačních nařízení ES, který je společný pro všechny orgány českého sociálního zabezpečení – *viz Příloha.*

RETROAKTIVNÍ ZMĚNA PŘÍSLUŠNOSTI K PRÁVNÍM PŘEDPISŮM

Žádný pojištěnec nesmí být nucen k placení pojistného do dvou zákonných systémů zdravotního pojištění. Pokud je dodatečně zjištěno a ověřeno, že osoba, která platila pojistné v České republice, měla podle pravidel daných evropskými nařízeními podléhat nebo podléhala pojistné povinnosti jiného státu, má nárok na vrácení zaplaceného pojistného za celou dobu, po niž neměla podléhat českým právním předpisům.

Zjistí-li se dodatečně, že pojištěnec čerpal dávky zdravotní péče v období, kdy neměl být českým pojištěncem, je třeba s ohledem na okolnosti případu přeúčtovat vynaložené náklady jeho příslušné zahraniční zdravotní pojišťovně (to přichází v úvahu, zejména pokud šlo o lékařsky nezbytnou péči, příslušná zahraniční zdravotní pojišťovna je známa a na žádost zaslala dodatečně Potvrzení dodatečně nahrazující EHIC, popřípadě EHIC platný pro dané období předložil přímo pojištěnec). Tento postup je předvídán v Pokynech k rozhodnutí S6.

Pokud není možné přeúčtování nákladů do zahraničí (Dle pokynů k rozhodnutí S6 má být možné vyúčtovat veškerou péči na základě S045.), vznikla úhradou zdravotní péče poskytovateli české zdravotní pojišťovně škoda. Příslušnou k náhradě této škody je osoba, která ji nesplněním své oznamovací povinnosti způsobila. Vedle žádosti a případného řízení o náhradu škody je na zvážení zdravotní pojišťovny, zda udělí ještě sankci za nesplnění oznamovací povinnosti.

Poznámka: *V případě, že pojištěnec odváděl pojistné do ČR a měl být přitom pojištěn v jiném členském státě, lze též v mimořádných případech požádat ČSSZ (případně prostřednictvím Kanceláře ZP) o zajištění dodatečného udělení výjimky příslušným orgánem státu, kde měl být pojištěn a legalizovat tak dodatečně odvod pojistného do ČR.*

5.6 Příklady

1) UDO FEUER ZA PRACÍ DO ČR – KDE BUDE POJIŠTĚN?

Německý občan Udo Feuer pracuje jako zaměstnanec německé firmy v Praze. Protože své zaměstnání skutečně vykonává v České republice, je zde také pojištěn, a to, i když bydlí v Mnichově (bydliště v tomto směru není důležité), i když je zaměstnancem firmy se sídlem v Budyšíně (Bautzenu; sídlo firmy není důležité).

Pan Feuer má se zaměstnavatelem smlouvu uzavřenou podle německého pracovního práva. Protože

svou práci vykonává výhradně v České republice, je zde také pojištěn. Povaha jeho pracovní smlouvy v tomto směru není důležitá.

Pan Feuer by mohl podléhat německému pojištění pouze v případě, že by šlo o vyslání, nebo že by mu byla udělena výjimka z příslušnosti k právním předpisům.

2) GERTA RUDOLF VYSLÁNA NA ZKUŠENOU DO ČR

Gerta Rudolf je architektka a pracuje v Drážďanech jako zaměstnanec pro místní projektovou společnost. Tato firma vysílá paní Rudolf na předpokládanou dobu 24 měsíců do ČR, aby tam pracovala na určitém projektu. V České republice jsou splněny všechny předem uvedené předpoklady pro vyslání (vazba na zahraničního zaměstnavatele, který jí řídí, může odvolat apod., nejde o nahrazení jiného předtím vyslaného pracovníka, je dopředu známá omezená doba vyslání, pracovník předtím podléhal předpisům ve vysílající zemi). Proto pro ni platí i nadále německé právní předpisy o sociálním zabezpečení. V Německu zůstává pojištěna. Toto řešení ovšem musí být schopna v ČR doložit příslušným potvrzením, vydaným německou institucí. Jde o Přenositelný dokument A1 (nebo dříve formulář E101).

Projekt, na kterém pracuje, nemohl být z nepředvídatelných příčin dokončen v plánovaném termínu. Její práce v ČR se proto prodlužuje o šest měsíců. Pracovní činnost paní Rudolf v ČR se prodloužila a přesahuje dobu 24 měsíců od začátku vyslání. Na základě celkové doby jejího vyslání v České republice platí pro ni dále zásadně české předpisy o sociálním pojištění. V ČR má být povinně pojištěna.

Má ovšem zájem o to, aby pro ni i při prodloužené době v zahraničí platily německé právní předpisy o sociálním pojištění. Zdůvodňuje to tím, že dosud platila příspěvky na sociální pojištění výhradně v Německu a i její doplňující finanční zajištění po dobu její výdělečné činnosti je vázáno na německý systém důchodového pojištění. Dále vychází z toho, že v budoucnu bude pokračovat ve svém zaměstnání v Německu a očekávaná zbývající doba činnosti na českém území je relativně krátká.

V takovém případě musí spolu se svým zaměstnavatelem požádat o výjimku. Žádost o výjimku musí být podána německému styčnému orgánu DVKA, které ji posoudí a poté předloží České správě sociálního zabezpečení. O výjimce rozhodne Česká správa sociálního zabezpečení po projednání s Kanceláří ZP. Pokud je výjimka udělena, může německá instituce vydat doklad potvrzující podléhání německým předpisům na povolené období.

3) MŮŽE POŽÁDAT PAN WENZEL TRUNTSCHKA O VÝJIMKU

Pan Wenzel Truntschka je zaměstnán u banky ve Frankfurtu nad Mohanem. Po dobu tří let má pracovat u její dceřiné společnosti v Praze. Po tuto dobu bude jeho pracovní poměr s bankou ve Frankfurtu „odložen“ na základě tzv. spící pracovní smlouvy. Pro zaměstnání v České republice dostane pracovní smlouvu se zdejší dceřinou společností. Jako paní Rudolf (viz příklad 2) má i pan Truntschka zájem o to, aby pro něj platily německé právní předpisy o sociálním zabezpečení.

Pro pana Truntschku platí během tří let zásadně české právní předpisy o sociálním zabezpečení, protože zaměstnání vykonává v ČR. (Nejedná se o vyslání, protože pan Truntschka je zaměstnancem české dceřiné společnosti, která jeho činnost řídí a hradí mu příjem). Jestliže ale pan Truntschka společně se svým původním zaměstnavatelem v Německu požádá DVKA o dohodu o výjimce a DVKA s ČSSZ (po konzultaci s Kanceláří ZP) s ohledem na individuální situaci pana Truntschky takovou dohodu o výjimce uzavřou, budou pro něj platit během doby jeho zaměstnání v Česku německé právní předpisy o sociálním zabezpečení.

4) PANÍ LEBENSWESSEL JE ZAMĚSTNANÁ A PODNIKÁ

Paní Heikke Lebenswessel je zaměstnána v Německu a v ČR podniká. Platí pro ni právní předpisy a pojistná povinnost Německa (státu zaměstnání). Může však požádat o výjimku. O výjimku se zásadně žádá v tom státě, kde chce pracovník zůstat (být) pojištěn.

Paní Lebenswessel si ještě přibere kratší pracovní úvazek na Slovensku a začne podnikat v Polsku. V její situaci se nejdříve posoudí příslušnost ohledně dvou zaměstnání. Takto je určena opět příslušnost německá (vzhledem k tomu, že má v SRN bydliště a vykonává zde podstatnou část činnosti). Vzhledem k tomu, že se v případě souběhu zaměstnání a podnikání aplikují výlučně předpisy státu zaměstnání, není nutné posuzovat, který stát by byl kompetentní z hlediska samostatné výdělečné činnosti. Stejně jako v předchozí jednodušší situaci jsou tak nakonec určeny jako aplikovatelné německé právní předpisy.

5) PAN DÚRKOVIČ V ČR PRACUJE A ŽIJE TU JEHO RODINA

Pan Laco Dúrkovič je zaměstnán v České republice. Spolu s ním zde bydlí jeho manželka, která nemá žádný příjem z výdělečné činnosti. Oba se přesunuli na území ČR ze Slovenska.

Oba dva jsou pojištěni v České republice, přičemž pan Dúrkovič si platí pojistné jako zaměstnanec a paní Dúrkovičová jako osoba bez zdanitelných příjmů. Jestliže spolu s nimi bydlí v ČR nezaopatřené dítě ve

smyslu zákona o státní sociální podpoře, je pojištěno v ČR a stát je za něj plátcem pojistného.

6) PAN STAHL PRACUJE V ČR, RODINA ŽIJE V NĚMECKU

Pan Friedrich Stahl je zaměstnán v České republice. V Německu bydlí jeho manželka, která nemá žádný příjem z výdělečné činnosti. Dále v Německu bydlí tři jejich děti ve věku 7, 16 a 28 let. Šestnáctiletý syn studuje v Německu gymnázium. Dvaceti osmiletý syn studuje v Německu vysokou školu.

V České republice jsou pojištěni pan Stahl, jeho manželka a dvě jejich mladší děti. Nejstarší syn zůstává pojištěn v Německu, neboť podle německých právních předpisů jej již nelze považovat za nezaopatřené dítě.

Manželka si hradí pojistné jako osoba bez zdanitelných příjmů. Za dvě mladší děti je plátcem pojistného český stát.

7) SKLARSKIM SE NARODILO MIMINKO A STĚHUJÍ SE ZPĚT DO POLSKA

Pan Jerzy Sklarski a paní Helena Sklarski jsou zaměstnáni v ČR a bydlí zde = oba jsou pojištěnci české ZP. Paní Sklarski přijde o práci = stále jsou oba pojištěnci české ZP. Paní Sklarski otěhotní a později se jí narodí dítě = všichni stále zůstávají pojištěnci české ZP.

Paní Sklarski se rozhodne odstěhovat do Polska, aby jí mohli s výchovou dítěte pomoci rodiče = všichni zůstávají pojištěnci české ZP a paní Sklarski je v Polsku registrována spolu s dítětem na základě přenositelného dokumentu S1 nebo SEDu S072 (nebo dříve E109), vystaveného českou ZP.

Pan Sklarski prohlásí, že i on přesouvá své bydliště do Polska, přičemž nadále zůstává zaměstnán v ČR, kde může i velkou část roku pobývat (časové hledisko není rozhodující) = všichni tři jsou v Polsku registrováni na základě přenositelného dokumentu S1 nebo SEDu S072 (nebo dříve E106), vystaveného českou ZP pana Sklarskiho.

Pan Sklarski ukončí zaměstnání v ČR a pobírá českou podporu v nezaměstnanosti = Nadále jsou všichni českými pojištěnci, registrovanými v Polsku.

Panu Sklarskému skončí podpůrčí doba pro výplatu podpory v nezaměstnanosti a nezačne v ČR pracovat v jiném zaměstnání = celá rodina přestává být okamžikem ukončení podpůrčí doby českými pojištěnci a nadále se jejich situace řídí polskými právními předpisy. Rozhodujícím pro určení příslušnosti bude totiž v jejich případě (jsou již považováni za neaktivní osoby) nadále bydliště, které je v Polsku.

8) VYHOŘENÍ JESSICY WHALE

Paní Jessica Whale, původem Britka, učila v ČR pět let angličtinu. Po pěti letech si chce od učení na nějakou dobu odpočinout. Dá výpověď a nepřihlásí se na úřad práce, protože v dané chvíli jiné zaměstnání nehledá. Jejím záměrem je obnovit činnost v ČR po půl roce. V ČR bydlí již několik let v pronajatém bytě, má zde přítele a v budoucnu chce v ČR založit rodinu.

Paní Whale by měla být nadále pojištěna v ČR na základě bydliště. O této skutečnosti by měla pro českou ZP učinit Prohlášení o bydlišti.

9) KDE BYDLÍ ZAMILOVANÝ STUDENT ALADÁR MÉZGA?

Pan Aladár Mézga se z Maďarska stěhuje do Brna, kde studuje, za přítelkyní. Bydlí spolu v pronajatém bytě. Rád by se s ní v budoucnu oženil. V ČR ani v jiném státě nevykonává výdělečnou činnost. V Maďarsku oznámil přestěhování do ČR a ukončil účast v maďarském systému zdravotního pojištění. V ČR chce být pojištěn na základě bydliště tamtéž.

Česká ZP, na kterou se obrátil, by jej měla požádat o vyplnění Prohlášení o bydlišti a na základě uvedených údajů rozhodnout, zda lze považovat jeho situaci za bydliště v ČR. Pokud rozhodne, že pan Mézga bydlí v ČR, měl by být nadále pojištěn v rámci českého systému za stejných podmínek jako čeští studenti.

Pokud rozhodne, že státem bydliště pana Mézgy je stále Maďarsko, může dojít k mezinárodnímu sporu o jeho bydliště. Maďarská instituce může trvat na tom, že bydlištěm je ČR. V takovém případě je nutné

znovu posoudit kritéria uvedená v čl. 11 prováděcího nařízení č. 987/09 a pokud se nelze na jejich základě jednoznačně rozhodnout, bude rozhodující záměr pana Mézgy, vyplývající z okolností. V tomto případě by tedy pravděpodobně došlo nakonec k určení bydliště do ČR.

10) PANU LEITEROVI SE BĚHEM VYSLÁNÍ ZALÍBILO ČR

Pan Leiter byl původně vyslán z Rakouska do ČR od 1. 5. 2017 do 1. 5. 2019. Pro tento účel mu byl vystaven přenositelný dokument A1.

K 1. 5. 2019 požádá spolu se zaměstnavatelem znovu o přenositelný dokument A1 na další dva roky. S ohledem na předchozí vyslání mu může být vystaven doklad na další období jen na základě výjimky, kterou může udělit ČSSZ.

6. ČEŠTÍ POJIŠTĚNCI V EU – PRACOVNÍ POSTUPY

OBECNÁ PRAVIDLA POSTUPU

Nejdříve je třeba určit, o jakou osobu z hlediska práva EU jde, a podle toho postupovat dále v souladu s pravidly popsanými níže u jednotlivých skupin osob. V zásadě může jít zejména o:

- osobu, která cestuje na území jiného členského státu **na přechodnou dobu**, a to zejména o:
  - osoby pobývající přechodně v jiném státě EU, EHP, Spojeném království a Švýcarsku jako turisté, vyslaní pracovníci atd. Taková osoba má nárok na **nezbytnou péči** viz kapitola 6.1.
  - žadatele o **vyžádanou péči**, popřípadě o pokračování v již poskytované péči na území jiného členského státu, viz kapitola 6.2.
- nebo o osobu, která **chce na území druhého členského státu bydlet**, nebo zde již bydlí, tedy o české pojištěnce a/nebo jejich rodinné příslušníky. Tyto osoby mají nárok na plnou péči i ve státě bydliště, viz kapitola 6.3.

6.1 Přechodné pobyty českých pojištěnců v zahraničí

Kdo má nárok	Rozsah nároku	Doklad o nároku	Kdo hradí náklady
Každý český pojištěnec, pobývající v jiném členském státě (včetně osob bydlících a registrovaných v jiném členském státě). ***Příslušná část evropského práva:*** *čl. 18 nařízení 883/2004* *čl. 25, 62, 66 až 68 nařízení 987/2009* *rozhodnutí Administrativní komise S3 (pojem nezbytné péče), S1 a S2 (EHIC), S9 (přeúčtování nákladů)*	Všichni čeští pojištěnci mají při pobytu na území jiného členského státu 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.	Evropský průkaz zdravotního pojištění **(EHIC)**, nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC **(REPL)** případně SED **S045** Vystavuje česká zdravotní pojišťovna ***Poznámka:*** *Čeští pojištěnci se mohou EHICem kromě států EU, EHP, Spojeného království a Švýcarska prokazovat i přímo u lékaře v Makedonii a Srbsku*	Hradí česká ZP, která vystavila některý z dokladů ve skutečných nákladech V případě, že byla péče v zahraničí uhrazena přímo pojištěncem, refunduje náklady dodatečně česká ZP, a to buď v ceně platné pro systém státu ošetření, nebo v ceně české.

6.1.1 Obecně

Všichni čeští pojištěnci mají při pobytu v ostatních státech nárok na stejně definovanou zdravotní péči. Rozdílný je pouze **rozsah** (intenzita a délka) poskytované péče. Tento rozsah se řídí dobou, po níž hodlá český pojištěnec v některém z výše uvedených států pobývat a posuzuje jej primárně tamní ošetřující lékař

Součástí nároku je vždy i **péče v těhotenství, při porodu a následném mateřství**, a to jak v případě matky, tak narozeného dítěte ((výjimečně (pokud by šlo o vycestování pouze a výlučně za účelem porodu, kdy je porod předem domluven a není jiný důvod vycestování), mohlo by jít o plánovanou péči)).

Součástí nároku je vždy i léčení v případě **chronické nemoci** (za předpokladu, že důvodem cesty není výlučně toto léčení). Pravidelnou péči, potřebnou v souvislosti s chronickým onemocněním (např. dialýza, kyslíková terapie, zvláštní astmatické ošetření, echokardiografie, chemoterapie), je nutno před vycestováním předjednat se zahraničním poskytovatelem. Na tuto skutečnost je vhodné pojištěnce s trvajícím chronickým onemocněním předem upozornit!

Pojištěnec nemá nárok na výpomocné převzetí nákladů za zdravotní péči místní zdravotní pojišťovnou, pokud na území tohoto státu **vycestoval výlučně za účelem čerpání péče** bez souhlasu příslušné zdravotní pojišťovny. V těchto případech by měl v zahraničí za ošetření vždy zaplatit sám a poté může požádat svou ZP o proplacení nákladů do výše „české“ ceny (viz. kapitola 6.2).

Česká zdravotní pojišťovna je povinna uhradit náklady na péči, poskytnutou prokazatelně na základě formálně platného průkazu EHIC, nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího EHIC, a to i v případě, že v době jeho použití již **nešlo o jejího pojištěnce** (smyslem je ochrana výpomocné instituce a zahraničního poskytovatele, kteří péči poskytli a výpomocně uhradili v dobré víře, že je osoba v ČR pojištěna). Pokud se česká ZP dozví, že byla osoba v době ošetření a nesprávného použití českého EHICu skutečně pojištěna u jiné instituce, může takto zjištěné instituci své náklady dodatečně přeúčtovat.

6.1.2 Před vycestováním

Pokud jej již nemá, zažádá si český pojištěnec před cestou do zahraničí na pobočce své pojišťovny o **Evropský průkaz zdravotního pojištění**, nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění. Na jejich základě má nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči na účet své české zdravotní pojišťovny.

Pokud není technicky nebo časově možné vydat průkaz EHIC, vydá ZP pojištěnci **Potvrzení dočasně nahrazující** Evropský průkaz zdravotního pojištění (REPL), ve kterém identifikuje pojištěnce, vyznačí dobu, po niž mu mohou být věcné dávky poskytovány, a tyto údaje stvrdí razítkem a podpisem.

6.1.3 Dodatečné zaslání dokladu o nároku

Pokud si pojištěnec Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění, zapomene vyzvednout, skončí jejich platnost, ztratí je, nebo je nemůže z nějakého jiného důvodu v členském státě EU předložit, česká zdravotní pojišťovna na jeho vyžádání, nebo na vyžádání instituce v místě pobytu, popřípadě poskytovatele zdravotní péče, **Potvrzení dočasně nahrazující** Evropský průkaz do zahraničí **zašle**.

Může jít i o dodatečnou žádost, tzn. žádost zaslanou ze zahraničí v době, kdy se tam již pojištěnec nezdržuje. I v těchto případech (pokud byla dotčená osoba v předmětné době u ZP pojištěna) musí být Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz, nebo SED S045

dodatečně vystaven a zaslán.

Praktický postup

- **vystavení Potvrzení dočasně nahrazujícího EHIC** na základě žádosti osoby, poskytovatele, nebo Kanceláře ZP viz Kapitola 7 Uživatelské příručky
- **obdržení žádosti o vystavení nárokového dokladu ze strany zahraniční pojišťovny a následné vystavení nárokového dokladu S045 –** viz Kapitola 8 Uživatelské příručky

6.1.4 Lékařské ošetření na území jiného členského státu

S Evropským průkazem zdravotního pojištění - EHIC (nebo s Potvrzením dočasně nahrazujícím Evropský průkaz zdravotního pojištění - REPL) může pojištěnec v případě potřeby navštívit přímo zahraniční zdravotnické zařízení nebo lékaře. Za účelem získání informací o smluvních lékařích (v systémech založených na smlouvách mezi ZP a ZZ) se může obrátit na místní pojišťovnu. Registrace u místní zdravotní pojišťovny před návštěvou lékaře po něm nesmí být vyžadována, i když je v některých státech možná.

Pokud pojištěnec lékaři v jiném členském státě předloží EHIC nebo REPL, má nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči za stejných podmínek jako místní pojištěnci.

To zejména znamená, že **místní systém zdravotního pojištění za něj zaplatí ošetření do té výše, jakou by zaplatil za svého pojištěnce.** Tyto náklady posléze přeúčtuje české zdravotní pojišťovně.

Léky pojištěnec obdrží v lékárnách na recept, který jim vystaví lékař. Při vyzvednutí léku je třeba se prokázat EHICem nebo REPLem.

V případě potřeby **nemocniční péče** vydává zpravidla doporučení k hospitalizaci ošetřující lékař.

V **akutních případech** se může pojištěnec obrátit přímo na nemocnici s EHICem nebo REPLem.

Sazby spoluúčastí za ošetření, léky a hospitalizaci lze nalézt na webu Kanceláře ZP (https://www.kancelarzp.cz/cs/pojistenci/prava-naroky-eu/postupy-zeme-eu) nebo v aplikaci pro chytré telefony „KZP na cesty“, která je ke stažení v úložišti GooglePlay i App Store. Informace jsou průběžně aktualizovány dle podkladů od zahraničních styčných míst.

UPOZORNĚNÍ

- Vzhledem k tomu, že se ve většině států za péči připlácí, může být po pojištěnci vyžadováno **zaplacení části účtu v hotovosti**, i když předložil Evropský průkaz zdravotního pojištění.
- Případný **převoz na vlastní žádost zpět na území České republiky není kryt** a pojištěnec si jej musí sám zaplatit. Česká ZP může na základě svého uvážení ve výjimečných případech zaplatit pouze převoz z Německa a Slovenska.
- V některých státech (např. Francie, Lucembursko, Belgie) musí pojištěnec **zaplatit při ambulantním ošetření celý účet** a s tímto účtem zajít na tamní zdravotní pojišťovnu, tak jako i místní pojištěnci. O náhradu nákladů může požádat i svou českou ZP (S067/S068)
- V případě, že se pojištěnec obrátí na **nesmluvní zdravotnické zařízení**, není možné, aby náklady výpomocně převzala místní instituce zdravotního pojištění. V takovém

případě bude muset zaplatit účet vždy sám a po návratu se obrátit na ZP se žádostí o refundaci.

6.1.5 Vztah mezi nárokem z nařízení a nárokem z případného komerčního cestovního připojištění

Pokud je pojištěnec pro cestu do zahraničí pojištěn i v rámci komerčního cestovního připojištění, měl by být ideálně v prvé řadě uplatněn jeho nárok z tohoto cestovního pojištění. V důsledku skutečnosti, že bylo sjednáno komerční pojištění, nemůže ovšem na druhou stranu ZP odmítnout uplatnění nároku, vyplývajícího přímo ze zákona, resp. z nařízení EU. ZP však vždy odmítne případný nárok na refundaci vznesený přímo komerční pojišťovnou (viz. Příloha - Vzor dopisu pro odmítnutí nároku komerční pojišťovny).

NEVÝHODY NÁROKU Z NAŘÍZENÍ OPROTI NÁROKU Z KOMERČNÍ POJISTKY

- EHIC nekryje náklady na spoluúčast,
- EHIC nekryje náklady na převoz do ČR,
- EHIC nekryje náklady na převoz ostatků,
- EHIC nekryje výpomocné převzetí nákladů při ošetření v zdravotnickém zařízení nenapojeném na místní systém veřejného zdravotního pojištění (možná je ovšem dodatečná refundace do české ceny),
- S EHICem při potřebě ošetření nelze využít možnosti asistenční služby.

VÝHODY NÁROKU Z NAŘÍZENÍ OPROTI NÁROKU Z KOMERČNÍ POJISTKY

- za vystavení EHICu nebo REPLu se nic neplatí,
- poskytování péče na EHIC není omezeno maximální finanční částkou nákladů,
- poskytování péče na EHIC není omezeno na nemoci, které se vyskytnou u osoby poprvé až při pobytu v jiném státě,
- lékaři v jednotlivých státech jsou na rozdíl od komerční pojistky povinni nárok z nařízení uznávat,
- EHIC lze ve většině států uplatnit i v případě, že k úrazu došlo při vysokohorské turistice nebo jiné rizikové činnosti,
- EHIC (lépe REPL) lze uplatnit i dodatečně.
- nárok z nařízení není omezen časově, tzn., trvá po celou dobu pojistného vztahu u české zdravotní pojišťovny

6.1.6 Úhrada nákladů

Náklady na péči účtuje zahraniční zdravotnické zařízení zahraniční kompetentní instituci, ta je předá zahraničnímu styčnému místo, které Kanceláři ZP zašle Žádost o úhradu SEDem S080 (dříve E125). KZP příslušné české ZP předá prostřednictvím AP KZP soubor výkazů poskytnuté péče (N080ee). Na jeho základě česká ZP péči uhradí. Výše úhrady odpovídá skutečným nákladům, vynaloženým na péči cizí institucí. Podrobný postup – viz Kapitola 8.

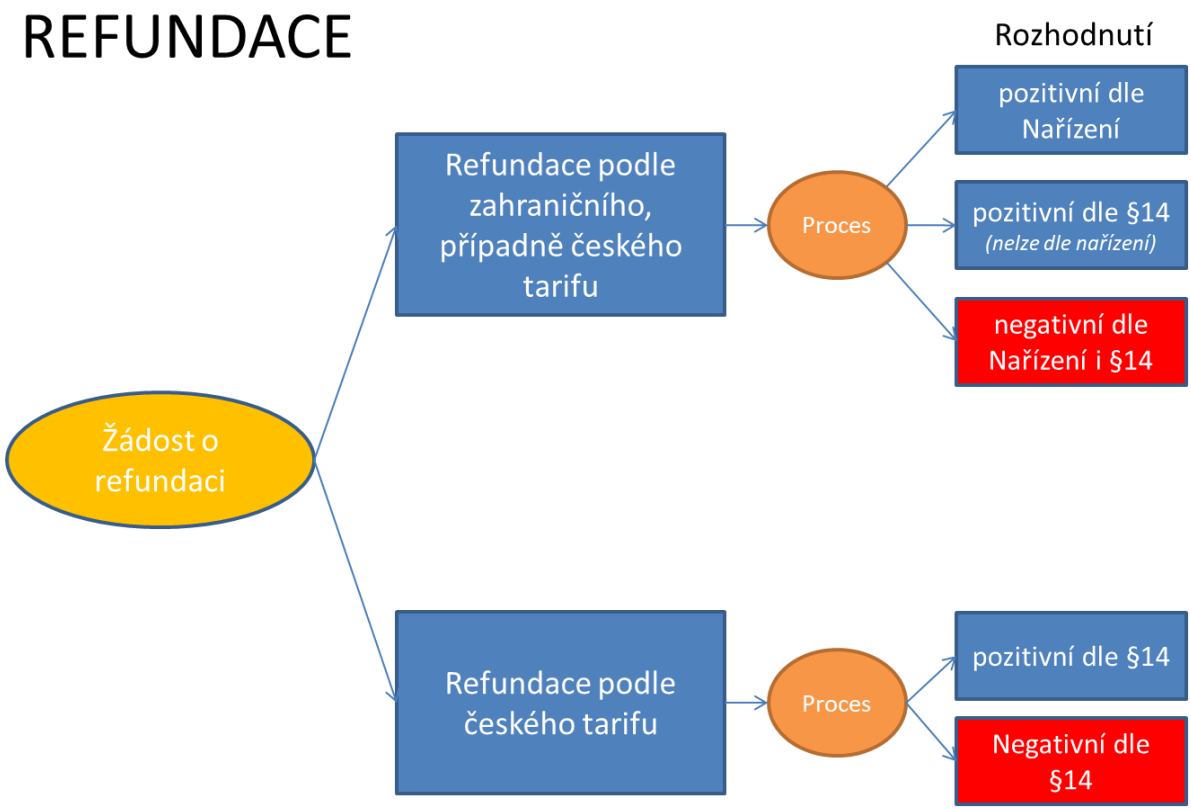
Česká zdravotní pojišťovna nehradí náklady, které prokazatelně vznikly jejímu pojištěnci v jiném členském státě v rámci spoluúčasti předepsané právními předpisy dané země.

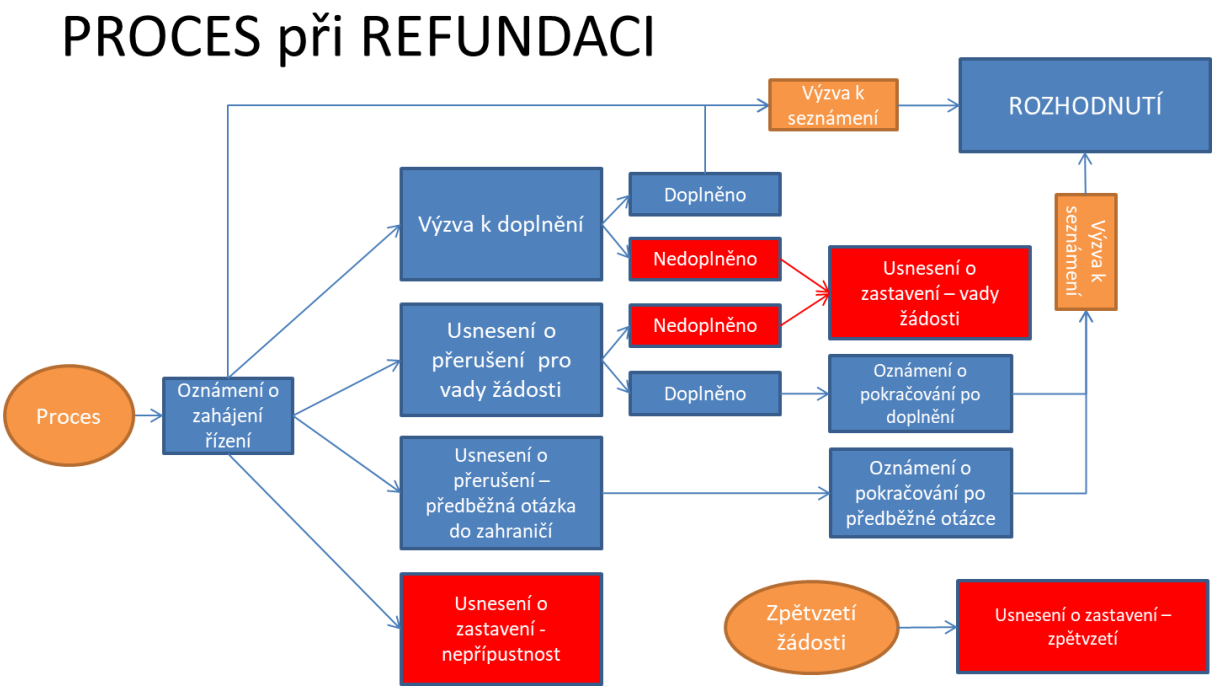
6.1.7 Náhrada (refundace) nákladů pojištěnci (nezbytná péče)

V případě, kdy byla lékařsky nezbytná zdravotní péče v zahraničí uhrazena přímo českým pojištěncem (například proto, že u sebe neměl Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo v důsledku pochybení poskytovatele péče), může se pojištěnec s příslušnými originálními doklady o zaplacení obrátit na svou českou zdravotní pojišťovnu a požádat o náhradu nákladů.

Pojištěnec má v takovém případě nárok na náhradu nákladů do výše dané předpisy státu, kde byla poskytnuta, nebo do výše ceny, kterou by obdobná péče stála zdravotní pojišťovnu v rámci českého systému.

Na posouzení nároku na refundaci nákladů se přiměřeně použijí ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. Viz níže schéma refundace:





PODÁNÍ ŽÁDOSTI O REFUNDACI:

Žádost o refundaci musí obsahovat obecné náležitosti podání podle § 37 správního řádu, tj. musí z ní být patrno:

- kdo ji činí,
- které věci se týká a co se navrhuje
- musí v ní být uvedeno jméno, příjmení, datum narození osoby a místo jejího trvalého pobytu, popřípadě jiná adresa pro doručování,
- musí obsahovat označení zdravotní pojišťovny, které je určeno,
- podpis osoby, která ji podává, nebo podpis osoby, oprávněné jednat za pojištěnce na základě plné moci (v tom případě by měla být přiložena též plná moc).

Žádost musí dále specifikovat, zda pojištěnec žádá o náhradu nákladů dle tarifů státu ošetření, nebo dle ceny běžné v českém systému veřejného zdravotního pojištění. Žadatel v žádosti uvede, zda žádá o úhradu na ověřené bankovní spojení evidované pojišťovnou, nebo o úhradu poštovní poukázkou.

Poznámka: *Refundace nemůže být v žádném případě provedena na účet dalšího subjektu (např. zdravotnického zařízení). V takovém případě se jedná o zjevně právně nepřípustnou žádost a ZP řízení usnesením ve smyslu §66 usnesením zastaví.*

Nad rámec náležitostí stanovených ve správním řádu musí žádost obsahovat doklad dostatečně specifikující poskytnutou péči (služby a zboží, např. léky) a důvěryhodný doklad o uhrazení péče (originál dokladu o zaplacení nebo výpis z účtu, alespoň k nahlédnutí).

- ***Vzor žádosti*** *– viz příloha 12.13.1*

Žádost je zaevidována a založen příslušný spis. Pověřený pracovník zdravotní pojišťovny posoudí, zda žádost netrpí zjevnými vadami a případně vydá oznámení o zahájení správního řízení.

- ***Vzor oznámení o zahájení řízení*** *– viz. příloha 12.13.2*

PŘÍPADNÉ VADY ŽÁDOSTI

Pokud je žádost podávána zmocněncem na základě plné moci, musí být tato plná moc formálně bezvadná (zejména musí být podepsána zmocnitelem i zmocněným). Pokud se žádost týká péče poskytnuté nezletilému dítěti, musí být žádost podána jeho zákonným právním zástupcem.

Pokud není zmocnění právně bezvadné, je žadatel **vyzván k odstranění vad** ve lhůtě 1 měsíce a řízení o refundaci může být v souladu s §64 Správního řádu po zahájení řízení **usnesením přerušeno**. Pokud je vada zřejmá v okamžiku zahájení řízení, může být Usnesení o přerušení vydáno a žadateli doručeno současně s oznámením o zahájení řízení.

Stejně tak je žadatel vyzván k odstranění vad a řízení o refundaci může být po zahájení řízení usnesením přerušeno, pokud není součástí žádosti doklad dostatečně specifikující poskytnutou péči, nebo důvěryhodný doklad o uhrazení péče.

Pokud je vada zřejmá v okamžiku zahájení řízení, může být Usnesení o přerušení vydáno a žadateli doručeno současně s oznámením o zahájení řízení.

- ***Vzor výzvy k doplnění*** *– viz příloha 12.13.3*
- ***Vzor usnesení o přerušení*** *– viz příloha 12.13.5*

V případě nesrozumitelnosti dokladu o poskytnutých službách může ZP v souladu s §16 Správního řádu požádat o předložení úředně ověřeného překladu dokumentace.

V případě **nedodání podkladů** ve stanovené lhůtě je řízení v souladu s §66 Správního řádu usnesením zastaveno.

- ***Vzor usnesení o zastavení řízení*** *– viz příloha 12.13.9*

V případě **dodání podkladů** ve stanovené lhůtě je řízení obnoveno.

- ***Vzor oznámení o pokračování v řízení po doplnění žádosti*** *– viz příloha 12.13.7*

Za důvěryhodný **doklad o uhrazení** péče je považován originál pokladního dokladu o uhrazení v hotovosti, faktura s potvrzením o úhradě nebo výpis z účtu pojištěnce, ze kterého vyplývá provedení úhrady. V každém případě musí být prokázáno, že před refundací proběhla úhrada nákladů pojištěncem, nebo jeho zákonným zástupcem.

Pokud z podkladů vyplývá, že neproběhla úhrada péče pojištěncem (např. byly náklady poskytovateli uhrazeny třetí osobou, nebo nebyly dosud poskytovateli uhrazeny vůbec) jedná se o zjevně právně **nepřípustnou žádost** a ZP řízení ve smyslu §66 (pokud možno bezprostředně po zahájení) usnesením zastaví.

- ***Vzor usnesení o zastavení řízení*** *– viz příloha 12.13.9*

Další postup záleží na tom, zda bylo žádáno o úhradu dle českých, nebo zahraničních tarifů:

NÁHRADA NÁKLADŮ DLE ČESKÝCH TARIFŮ

Pokud pojištěnec zvolí náhradu dle české ceny (nebo z žádosti vyplývá, že jde o neodkladnou péči poskytnutou mimo státy EU, EHP, Spojeného království, Švýcarska a smluvní státy), musí být revizním lékařem zdravotní pojišťovny bezodkladně provedeno porovnání služeb poskytnutých v zahraničí s platným seznamem výkonů a následné určení jejich bodové hodnoty.

Pokud lze některé (nebo všechny) poskytnuté služby ztotožnit s výkony obsaženými v seznamu výkonů, vypočítá zdravotní pojišťovna výši náhrady vynásobením počtu bodů, odpovídajícího poskytnutým službám hodnotou bodu, stanovenou v cenovém výměru MZ ČR (tato bodová hodnota by měla v zásadě odpovídat hodnotě uvedené v úhradové vyhlášce pro jednotlivé segmenty péče). Náhrada nákladů za nemocniční péči se stanoví pomocí pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů jako součin příslušné relativní váhy a technické sazby (viz. cenový předpis Ministerstva zdravotnictví platný pro daný rok).

Zdravotní pojišťovna vydá písemné rozhodnutí, specifikující v souladu s §68 Spr. řádu ve výrokové části refundovanou částku (popřípadě konstatující, že není nárok na refundaci žádné částky), poučení o možnosti odvolání k rozhodčímu orgánu pojišťovny a splňující další formální náležitosti. Rozhodnutí oznámí účastníkům řízení.

- ***Vzor pozitivního rozhodnutí*** *– viz Příloha 12.13.14*
- ***Vzor negativního rozhodnutí*** *- viz. Příloha 12.13.12*

Stanovená částka je následně pojištěnci refundována na ověřený bankovní účet evidovaný pojišťovnou, případně zaslána poštovní poukázkou na adresu pojištěnce. Částka je přepočítána kurzem ke dni vyhotovení účetního dokladu, na jehož základě se náhrada provádí (§14a zákona 48/1997 Sb.).

Poznámka: *náhrada nákladů dle českých tarifů je jedinou přípustnou možností v případě, kdy je na žádosti uvedeno, že šlo o léčení mimo stát EU, EHP, Spojené království, Švýcarsko, nebo smluvní stát a jednalo se o péči neodkladnou.*

NÁHRADA NÁKLADŮ DLE TARIFŮ STÁTU OŠETŘENÍ

Pokud pojištěnec požádá o refundaci v ceně státu ošetření, vydá ZP po zahájení řízení usnesení, kterým pojištěnce informuje o přerušení správního řízení za účelem řešení předběžné otázky. Usnesení o přerušení může být vydáno a doručeno žadateli současně s oznámením o zahájení řízení.

- **Vzor usnesení o přerušení** – viz Příloha 12.13.4

Následně se SEDem S067 obrátí na pojišťovnu ve státě pobytu, kde byla péče poskytnuta a požádá ji o kalkulaci refundovatelné částky. Smyslem tohoto dotazu je zjistit náklady na danou péči podle právních předpisů dané země v sazbách platných pro tamní pojištěnce.

Praktický postup při zjištění částky pro refundaci českému pojištěnci dle tarifů státu ošetření viz Kapitola 9 Uživatelské příručky

Poznámka: *Pokud trvá získání odpovědi ze zahraničí přes urgence nepřiměřeně dlouho, může ZP informovat žadatele o možnosti změny v žádosti spočívající ve vyčíslení náhrady dle*

českých tarifů.

Instituce dané země ověří, zda šlo o péči, na jejíž úhradu měla osoba podle tamních právních předpisů nárok. Pokud je její stanovisko kladné, sdělí příslušné české zdravotní pojišťovně celkovou částku, kterou by byla za tuto péči uhradila, kdyby vše proběhlo předepsaným způsobem a dávky by byly výpomocně poskytnuty zahraniční institucí. Po obdržení informace ze strany zahraniční instituce je řízení obnoveno.

- ***Vzor Oznámení o pokračování v řízení po předběžné otázce*** *– viz příloha 12.13.8*

Zdravotní pojišťovna vydá písemné rozhodnutí, specifikující v souladu s §68 Správního řádu ve výrokové části refundovanou částku (Pro přepočet náhrady se použije kurz ke dni obdržení odpovědi ze zahraničí – rozhodnutí H3. Popřípadě konstatující, že není nárok na refundaci žádné částky.), poučení o možnosti odvolání k rozhodčímu orgánu pojišťovny a splňující další formální náležitosti. Rozhodnutí oznámí účastníkům řízení.

Pokud refundovaná částka nekryje celou pojištěncem vynaloženou částku, může být součástí poučení i informace o možnosti podat žádost o přešetření nároku na refundaci dle českých tarifů. Rozhodnutí je oznámeno účastníkům řízení.

- ***Vzor pozitivního rozhodnutí*** *- viz. Příloha 12.13.15*

Stanovená částka je následně pojištěnci refundována na ověřený bankovní účet evidovaný pojišťovnou, případně zaslána poštovní poukázkou na jeho adresu.

Pokud zahraniční instituce nepotvrdila žádnou částku způsobilou k refundaci (resp. potvrdila částku nulovou), provede zdravotní pojišťovna porovnání v zahraničí poskytnutých služeb s platným českým seznamem výkonů.

Pokud lze některé (nebo všechny) poskytnuté služby ztotožnit s výkony obsaženými v seznamu výkonů, vypočítá zdravotní pojišťovna výši náhrady vynásobením počtu bodů, odpovídajícího poskytnutým službám hodnotou bodu, stanovenou v cenovém výměru MZ ČR (tato bodová hodnota by měla v zásadě odpovídat hodnotě uvedené v úhradové vyhlášce pro jednotlivé segmenty péče). Náhrada nákladů za nemocniční péči se stanoví pomocí pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů jako součin příslušné relativní váhy a technické sazby (viz. cenový předpis Ministerstva zdravotnictví platný pro daný rok).

Zdravotní pojišťovna vydá písemné rozhodnutí, specifikující v souladu s §68 Správního řádu ve výrokové části refundovanou částku (popřípadě konstatující, že není nárok na refundaci žádné částky), poučení o možnosti odvolání k rozhodčímu orgánu pojišťovny a splňující další formální náležitosti. Rozhodnutí oznámí účastníkům řízení.

- ***Vzor pozitivního rozhodnutí dle §14*** *- viz. Příloha 12.13.12*
- ***Vzor negativního rozhodnutí*** *- viz. Příloha 12.13.11*

Stanovená částka je následně pojištěnci refundována na ověřený bankovní účet evidovaný pojišťovnou, případně zaslána poštovní poukázkou na jeho adresu.

Částku k refundaci je v každém případě třeba posuzovat souhrnně. To znamená, že si pojištěnec nemůže vybrat, že například jeden výkon chce refundovat do výše tarifů podle českého práva a druhý podle tarifů země, kde mu byl poskytnut.

ODVOLÁNÍ PROTI ROZHODNUTÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY:

Případné odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny posoudí rozhodčí orgán pojišťovny. V případě, že **uzná důvody** pro odvolání, zruší původní rozhodnutí, nebo jeho část a vrátí případ původnímu orgánu ZP k novému projednání, popřípadě výjimečně sám rozhodnutí změní.

Neshledá-li rozhodčí orgán **důvod pro změnu, nebo zrušení** původního rozhodnutí**,** žádost zamítne a původní rozhodnutí v souladu s §90, odst. 5 Správního řádu potvrdí. Rozhodnutí je oznámeno účastníkům řízení.

- ***Vzor rozhodnutí*** *– viz. Příloha 12.13.16*

6.1.8 Příklady

1) FRANCOUZSKÉ PATÁLIE SLEČNY LÍPOVÉ

Pan Lípa je český podnikatel. Chce s rodinou vyjet v říjnu a zůstat až do Nového roku ve francouzských Alpách u svého bratrance, který žije ve Francii již mnoho let. Vyjíždí s celou svou rodinou včetně maminky, manželky (která je osobou bez zdanitelných příjmů) a dvou dětí. Všichni jsou držiteli EHICu.

Dcera pana Lípy prodělá ihned po příjezdu do Francie astmatický záchvat. Na astma se v České Republice léčí již od raného dětství. Je převezena do nemocnice. Zde pan Lípa zjistí, že jeho dcera EHIC ztratila a nemá jej proto u sebe. Pan Lípa se spojí (buď přímo, nebo prostřednictvím francouzské pojišťovny CPAM, nebo prostřednictvím nemocnice) se zdravotní pojišťovnou své dcery. Ta obratem zašle do Francie faxem a poštou Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění. Tento doklad je předložen příslušným pracovníkům nemocnice.

Náklady na její ošetření převezme, kromě částky spoluúčasti, místní fond zdravotního pojištění CPAM. Po propuštění z nemocnice potřebuje dcera pana Lípy stálou péči, pravidelné kontroly a terapie.

Tato péče by měla být podle ošetřujících lékařů a podle francouzské praxe poskytována ještě cca tři měsíce po záchvatu. Protože rodina nechce kvůli zdravotním potížím své dcery ukončit pobyt ve Francii, je dceři pana Lípy poskytnuta celá potřebná terapie, trvající až do konce roku.

V průběhu následujícího roku obdrží česká zdravotní pojišťovna dcery pana Lípy od Kanceláře ZP žádost o úhradu nákladů, které CPAM výpomocně vynaložila na její léčení během tříměsíčního pobytu ve Francii.

2) PANA KOŠATÉHO BOLÍ ZUB

Pan Košatý je stavebním inženýrem, který kontroluje během krátkých pracovních vyslání práci českých dělníků na stavbě elektrárny v Německu. Zdržuje se pro tento účel na území Německa vždy jen dva dny v týdnu.

Během jednoho z těchto krátkodobých pobytů rozbolí pana Košatého zub. Vzhledem k bolesti, která ho omezuje v práci, se rozhodne navštívit místního zubaře. Nejdříve se přesvědčí z informace uvedené na dveřích ordinace, že jde o lékaře napojeného na místní nemocenské pokladny a poté mu předá svůj EHIC se žádostí o ošetření.

Dle lékařova názoru by si kompletní léčení vyžádalo několik týdnů. Vzhledem k době pobytu v Německu, kterou pan Košatý uvede, se ale lékař rozhodne zub ošetřit pouze provizorně a bolest tím utlumit na dobu cca jednoho až dvou dnů. Informuje pan Košatého, že je nutné složitější léčení a že se má po návratu do ČR ihned obrátit na svého zubaře.

V průběhu následujícího roku obdrží česká zdravotní pojišťovna od Kanceláře ZP žádost o úhradu nákladů, které německá nemocenská pokladna výpomocně vynaložila na ošetření pana Košatého v SRN.

3) V CHORVATSKU BEZ EHICu

Paní Černá pobývá na dovolené v Chorvatsku. Z pobytu na slunci se jí během procházky udělá

nevolno a je okamžitě ošetřena v místní poliklinice. Zde je provedeno vyšetření a aplikována injekce. Vzhledem k tomu, že u sebe neměla při ošetření EHIC, požádá ji zdravotnické zařízení o přímou úhradu 100 chorvatských Kun.

Paní Černá za ošetření zaplatí. Obdrží potvrzení o zaplacení s dokladem o provedeném vyšetření a poskytnuté medikaci. Po návratu do ČR se informuje u své ZP o možnostech úhrady vynaložených nákladů. ZP ji požádá o vyplnění žádosti o náhradu nákladů. Spolu se žádostí, na které uvede, že žádá o refundaci dle chorvatských tarifů, předloží své ZP originál dokladu o zaplacení a doklad o poskytnuté péči.

ZP založí spis a zahájí správní řízení. V rámci AP KZP vytvoří SED S067, který odešle spolu s kopiemi dokladů chorvatskému styčnému orgánu ke stanovení refundovatelné částky. Současně správní řízení usnesením přeruší.

Po obdržení odpovědi z Chorvatska ZP stanoví dle aktuálního kurzu dne obdržení odpovědi ekvivalent oznámené částky v českých korunách. Následně zašle paní Černé oznámení o obnovení řízení spolu s rozhodnutím, ve kterém informuje paní Černou o částce (v CZK), která jí bude refundována na účet evidovaný zdravotní pojišťovnou (případně jí bude zaslána poštovní poukázkou).

6.2 Plánovaná péče poskytovaná českým pojištěncům v EU

Kdo má nárok	Nárokový dokument	Rozsah nároku
Pojištěnci, kterým byl **udělen souhlas** s vycestováním za péčí dle nařízení do státu EU, EHP, Spojeného království či Švýcarska	**přenositelný dokument S2** vystavený českou zdravotní pojišťovnou	časově a věcně ohraničený nárok na vyžádanou péči v EU, EHP, Spojeném království, Švýcarsku, poskytovanou a hrazenou **dle předpisů státu léčení** Pokud musel pojištěnec hradit ve státě léčení část nákladů (nebo celé náklady) sám, může požádat o prověření ceny stejné péče v ČR a případné provedení refundace do výše rozdílu mezi cenou uhrazenou výpomocně veřejným systémem ve státě léčení a českou cenou. Vždy je ovšem uhrazena maximálně částka, kterou pojištěnec skutečně vynaložil. ***Poznámka:*** *Pojištěnec má nárok i na hrazení dopravy a doprovodu v případě, že by byly tyto náklady hrazeny na území ČR, pokud by se osoba odebírala ke stejnému léčení na našem území.*
Pojištěnci, kteří v jiném státě EU obdrželi a uhradili péči, za kterou tam **vycestovali bez souhlasu** zdravotní pojišťovny	**není žádný nárokový doklad** vydáván	**Nárok na refundaci vynaložených nákladů do výše české ceny stejné péče**. Předpokladem refundace je, že je stejná péče poskytována a hrazena i na území ČR.
Poznámka: V obou výše uvedených případech *může jít i o české pojištěnce bydlící a registrované v jiném státě EU, EHP, Spojeném království či Švýcarsku. (Výjimkou jsou čeští důchodci a členové jejich rodin a rodiny, bydlící jinde než pracovník, kteří bydlí ve státě, který zvolil úhradu v paušálních*		

nákladech. Za tyto osoby hradí vyžádanou péči stát bydliště).		
Pojištěnci, kterým byl udělen **souhlas dle §16 zákona č. 48/97 Sb.** (pokud jde o jedinou možnost léčení, nedostupnou v ČR). Tato možnost není teritoriálně omezena.		V případě udělení **souhlasu dle §16 zákona č. 48/97 Sb. možnost přímé úhrady poskytovateli v plné výši** nákladů na péči.
Příslušné předpisy: *Čl. 20 nařízení 883/2004* *Čl. 26 nařízení 987/2009* *Rozhodnutí Správní komise S10* *Směrnice o právech pacientů při poskytování přeshraniční zdravotní péče č. 24/2011* *§14 a 16 zákona č. 48/1997 Sb.* ***Rozsudky ESD:*** - Kohll (C-158/96) a Decker (C-120/95) - Peerboms-Smits (C-157/99) - Vanbraekel (C-368/98) - Müller-Fauré a Van Riet (C-385/99) - Inizan (C-56/01) - Watts (C-372/04) - Acereda Herrera (C-466/04) - Keller (C-145/03)		

Český pojištěnec má tedy nárok na:

- plánovanou péči **se souhlasem ZP** a tedy na její **úhradu** na základě vystaveného formuláře S2, nebo na základě uděleného souhlasu dle §16

- plánovanou péči **bez souhlasu ZP** a na **náhradu**/refundaci nákladů, které sám vynaložil

6.2.1 Plánovaná péče se souhlasem ZP („Nařízení“, §16)

Existují dva právní základy pro odsouhlasení plánované péče v zahraničí. Jednak jsou to koordinační nařízení (čl. 20 základního nařízení, čl. 26 prováděcího nařízení) a potom také §16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Předpokladem pro uplatnění nároku je udělení (předchozího) souhlasu zdravotní pojišťovny. Posouzení žádosti o vydání souhlasu probíhá v režimu správního řízení.

MOŽNOSTI UDĚLENÍ SOUHLASU

1. Souhlas s plánovanou péčí **musí být vždy udělen** v případě, že jde o péči hrazenou z českého pojištění, která v ČR nemůže být poskytnuta v lékařsky odůvodnitelné lhůtě (dle ESD pokud nelze v ČR péči poskytnout „bez zbytečného odkladu“).

2. V případě, že zdravotní péče, která není kryta českým veřejným zdravotním pojištěním, nebo jde o péči, kterou lze poskytnout v lékařsky odůvodnitelné lhůtě v ČR, **je udělení souhlasu na zvážení zdravotní pojišťovny** – na souhlas tak za žádných podmínek není právní nárok.

V případě, že jde o péči nehrazenou a zároveň jde o jedinou možnost z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, může být souhlas vydán i dle §16 zákona č. 48/1997 Sb. (souhlas se může týkat i státu mimo EU, EHP, Spojené království, Švýcarsko).

Je-li souhlas vydán dle koordinačních nařízení, je zároveň vystaven nárokový doklad S2. I v případě udělení souhlasu dle §16 může být formulář S2 vystaven.

UPOZORNĚNÍ

V některých případech schválené plánované péče vyžadují zahraniční zdravotnická zařízení uhrazení zálohy na náklady léčení. V takových případech je vhodné nechat si od cizího zařízení potvrdit, že bude záloha po převzetí nákladů místní zdravotní pojišťovnou vrácena. Často nejde o zálohy, ale o další náklady (např. honorář lékařského týmu), který nemůže být zdravotní pojišťovnou v rámci nařízení uhrazen.
Obecně nelze doporučit postup, kdy zdravotní pojišťovna pouze vystaví tiskopis S2 a vše ostatní ponechá na českém ošetřujícím lékaři, který ošetření v jiném státě EU zprostředkuje.
Tato upozornění se nemusejí týkat pouze vyžádané péče, poskytované osobě, která musí fyzicky do jiného státu EU vycestovat, ale např. i zaslání vzorku k laboratornímu vyšetření.

ÚHRADA NÁKLADŮ PÉČE (VYDÁN S2)

- náklady na péči jsou výpomocně převzaty zahraniční institucí
- česká ZP hradí náklady ošetření po jejich uplatnění ze strany Kanceláře ZP
- v případě, že pojištěnec nesl celé náklady ošetření nebo jejich část sám, může svou příslušnou ZP požádat o jejich refundaci.

ÚHRADA NÁKLADŮ PÉČE (§16, S2 NEVYDÁN)

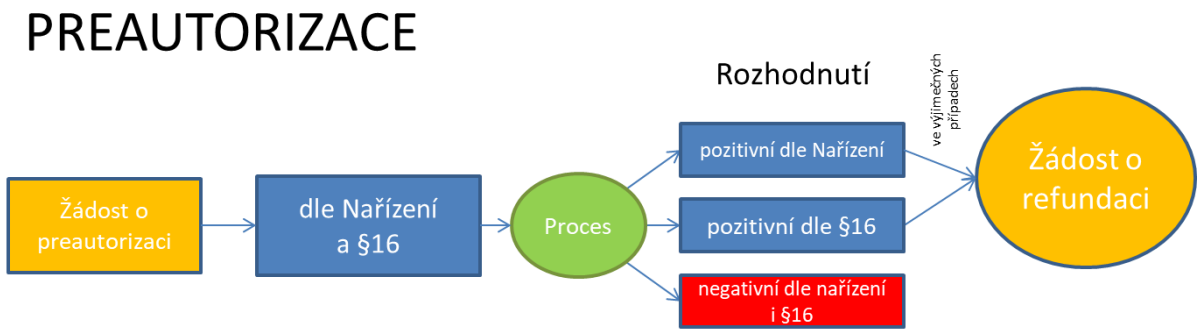
- náklady hrazeny přímo zahraničnímu poskytovateli

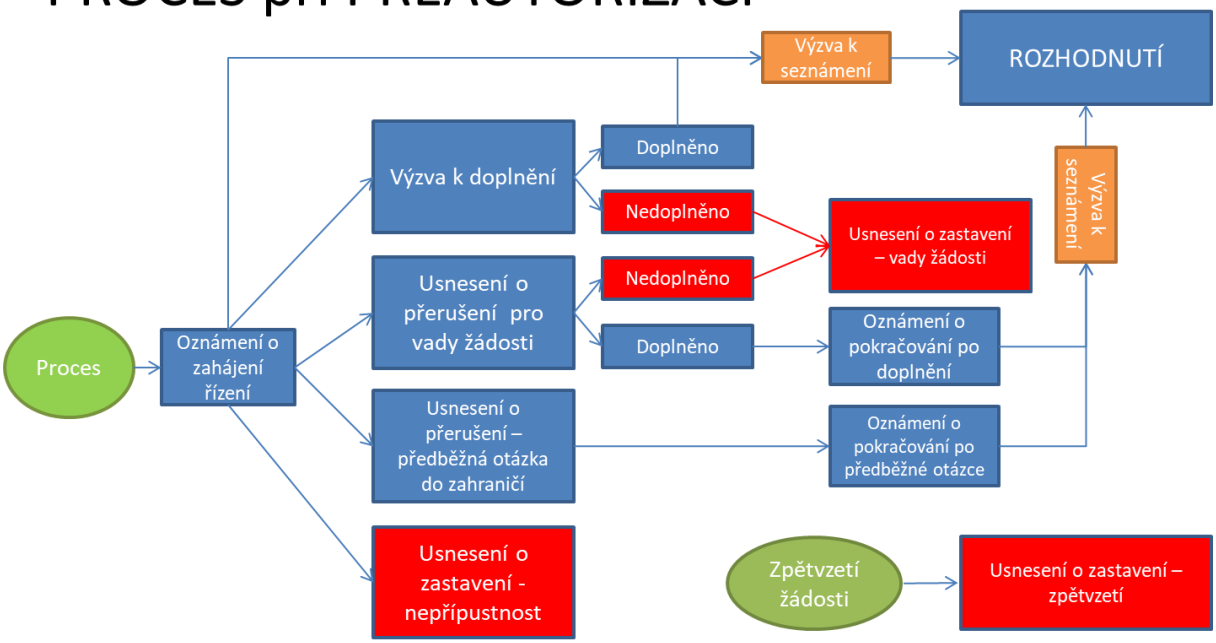
6.2.1.1 Postup při podání a posouzení žádosti o souhlas s plánovanou péčí

Na řízení a rozhodování o udělení souhlasu s vycestováním osoby za péčí do EU se přiměřeně použijí ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů.

Specifický postup se uplatní u českého pojištěnce bydlícího a registrovaného v jiném členském státě, který žádá o souhlas s plánovanou péčí v dalším státě - postup viz kapitola 6.3.6 Plánovaná péče mimo stát bydliště i stát pojištění.

PROCES POSOUZENÍ ŽÁDOSTI O SCHVÁLENÍ (PREAUTORIZACI) PLÁNOVANÉ PÉČE





1) PODÁNÍ ŽÁDOSTI O SOUHLAS S ÚHRADOU PLÁNOVANÉ PÉČE

Pojištěnec se na svou zdravotní pojišťovnu obrací buď přímo, nebo prostřednictvím zdravotnického zařízení, které je k tomu pojištěncem písemně zplnomocněno. Písemně zplnomocněna může být též jiná fyzická nebo právnická osoba. Žádost může podat rovněž osoba jednající za pojištěnce na základě zákonného zmocnění (např. zákonný zástupce nezletilého dítěte, soudem ustanovený opatrovník).

Žádost musí obsahovat obecné náležitosti podání podle § 37 správního řádu, tj. musí z ní být patrno:

- kdo ji činí,
- které věci se týká a co se navrhuje,
- jméno, příjmení, datum narození osoby a místo jejího trvalého pobytu, popřípadě jiná adresa pro doručování, dále musí žádost obsahovat
- označení zdravotní pojišťovny, které je určeno, a
- podpis osoby, která ji podává, nebo podpis osoby (typicky lékař, nebo zástupce zdravotnického zařízení) oprávněné jednat za pojištěnce na základě plné moci (v tom případě by měla být přiložena též plná moc).

Nad rámec náležitostí stanovených ve správním řádu musí žádost obsahovat údaje o:

- členském státě, v němž má být péče poskytnuta
- období, v němž má být péče poskytnuta,
- druhu péče, která má být poskytnuta, a měla by obsahovat též důvod žádosti o udělení souhlasu s vycestováním osoby za péčí.

Přílohou žádosti může být rovněž stanovisko ošetřujícího lékaře nebo lékaře-specialisty v daném oboru. Pokud jde o žádost o souhlas s nemocniční léčbou v jiném státě, musí žádost obsahovat i specifikaci zdravotnického zařízení, ve kterém má být poskytnuta.

- ***Vzor žádosti*** *– viz. příloha 12.12.1*

Žádost je zaevidována a založen příslušný spis. Zdravotní pojišťovna posoudí, zda žádost netrpí vadami a vydá oznámení o zahájení správního řízení.

- ***Vzor oznámení o zahájení řízení*** *– viz. příloha 12.12.2*

Poznámka: *Zcela* ***výjimečně (např. pokud hrozí prodlení) lze souhlas udělit i dodatečně.*** *Žádost o udělení dodatečného souhlasu v případě již poskytnuté péče musí být nad rámec výše uvedených náležitostí žádosti doložena lékařskou zprávou o poskytnuté zdravotní péči.*

Příklad vad žádosti a následný postup:

- Formálně vadná plná moc v případě žádosti podávané zmocněncem (plná moc musí být zejména podepsána zmocnitelem i zmocněným).
- Žádost podávaná jménem nezletilého dítěte, musí být podána jeho zákonným zástupcem.
- Ze žádosti nelze specifikovat o jakou péči, případně jakého poskytovatele, se jedná

Pokud je žádost vadná, je žadatel vyzván k odstranění vad ve lhůtě 1 měsíce a řízení o refundaci může být v souladu s §64 Správního řádu bezprostředně po zahájení řízení usnesením přerušeno. Pokud je vada zřejmá v okamžiku zahájení řízení, může být Usnesení o přerušení vydáno a žadateli doručeno současně s oznámením o zahájení řízení.

- ***Vzor výzvy k doplnění*** *– viz. příloha 12.12.3*
- ***Vzor usnesení o přerušení*** *– viz. příloha 12.12.4*

V případě nedodání podkladů ve stanovené lhůtě je řízení v souladu s §66 Správního řádu usnesením zastaveno.

- ***Vzor usnesení o zastavení řízení*** *– viz. příloha 12.12.12*

V případě **dodání podkladů** ve stanovené lhůtě je řízení obnoveno.

- ***Vzor oznámení o pokračování v řízení po doplnění žádosti*** *– viz příloha 12.12.7*

2) POSOUZENÍ ŽÁDOSTI O SOUHLAS S ÚHRADOU PLÁNOVANÉ PÉČE

Žádost posoudí a rozhodne příslušný orgán zdravotní pojišťovny, pověřený pro tento účel písemně statutárním orgánem zdravotní pojišťovny v souladu s § 130 odst. 3 správního řádu.

ZP bere při rozhodování v úvahu zejména následující skutečnosti:

- dostupnost zdravotní péče na našem území,
- dobu, kdy je možné péči zajistit na území ČR z hlediska její včasnosti,
- zdravotní stav pacienta,
- předchozí a očekávaný vývoj choroby
- možnost návratu k plnému pracovnímu uplatnění
- kvalitu péče v zahraničním zdravotnickém zařízení

ZP v první řadě posoudí, zda jde o péči hrazenou v ČR. Pokud ne, je rozhodnutí o udělení souhlasu pouze na zvážení ZP (není na něj právní nárok). Pokud jde o péči hrazenou v ČR, posoudí dále ZP, zda lze péči bez zbytečného odkladu zajistit na území ČR. Při posuzování zbytečného odkladu bere v úvahu i:

- bolestivost,
- předchozí, současný i očekávaný vývoj nemoci a ztížení profesionálního uplatnění pacienta.

Každý případ posuzuje ZP zvlášť. Pro stanovení délky zbytečného odkladu nelze vycházet z obecné lhůty časové dostupnosti, stanovené pro danou službu nařízením vlády o místní a časové dostupnosti. Zařazení pojištěnce na čekací listinu nemůže být samo o sobě považováno za zajištění péče bez zbytečného odkladu.

V případech, kdy je péče hrazena v ČR a ZP dospěje k názoru, že ji **nelze v českém zdravotnickém zařízení poskytnout** bez zbytečného odkladu, musí ZP udělit souhlas s vyžádanou péčí v jiném státě. Pokud ZP dospěje k rozhodnutí, že péči **lze na území ČR poskytnout** bez zbytečného odkladu, není na souhlas právní nárok a jeho případné vydání je na zvážení ZP (může, ale nemusí být vydáno).

Pokud má být souhlas udělen, může ZP ještě v odůvodněných **případech prozkoumat, zda zahraniční poskytovatel splňuje požadavky na kvalitu péče**. Existují-li o této kvalitě vážné a odůvodněné pochybnosti, může být souhlas s vycestováním k tomuto konkrétnímu poskytovateli zamítnut. V takovém případě může ZP navrhnout poskytnutí péče u jiného poskytovatele.

Pokud pojištěnec vyjíždí do konkrétního předem známého místa v jiném státě, doporučuje se, aby zdravotní pojišťovna kontaktovala zahraniční zdravotnické zařízení a ověřila **možnost výpomocného převzetí nákladů** ze strany tamní veřejné zdravotní pojišťovny na základě přenositelného dokumentu S2, případně aby vyžádala další informace (např. za účelem prověření kvality nebo oprávněnosti poskytování péče na straně zdravotnického zařízení).

Česká ZP může v případě pochybností také zjišťovat, zda se vyžadovaná péče v daném státě poskytuje a **zda je hrazena** místním systémem zdravotního pojištění. Pro tento účel se obrátí na instituci jiného státu SEDem S014. Odpověď by měla obdržet na SEDu S015.

V případech, kdy se žádost týká péče nehrazené v ČR, která není hrazena ani v dotčeném státě, kterého se žádost týká, nebo sice jde o péči v zahraničí hrazenou, ale má být poskytnuta ve zdravotnickém zařízení, kterému nemůže být výpomocně uhrazena místním systémem veřejného zdravotního pojištění, a zároveň je-li její poskytnutí jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, může ZP zvážit udělení souhlasu žadateli

v souladu s § 16 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Pokud ZP takový souhlas udělí, bude povinna hradit poskytovateli přímo celé náklady takto poskytnuté péče.

Poznámka: *ZP též může před rozhodnutím o žádosti* ***doporučit pojištěnci (příp. prostřednictvím ošetřujícího lékaře) vycestování do jiného zdravotnického zařízení*** *(které může být i v jiném státě), než kam pacient žádá, za předpokladu, že je tam poskytována srovnatelná péče. Toto doporučení je vhodné zejména v situaci, kdy bylo zjištěno, že zdravotnické zařízení, kam hodlá pojištěnec vycestovat, není napojeno na místní veřejný systém zdravotního pojištění, nebo není důvěryhodné z hlediska kvality, přestože jde o péči, která je z tohoto systému hrazena.*

ZP je povinna vydat rozhodnutí bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 30 dnů od zahájení řízení. V případech stanovených ve správním řádu (např. jde-li o zvlášť složitý případ) však může být tato lhůta prodloužena až o dalších 30 dnů, anebo o dobu nutnou k provedení dožádání, ke zpracování znaleckého posudku nebo k doručení písemnosti do ciziny. V takovém výjimečném případě je řízení usnesením přerušeno za účelem řešení předběžné otázky. ZP bezodkladně zajistí odpovídající došetření.

- ***Vzor usnesení o přerušení řízení*** *– viz. Příloha 12.12.5*

Po vyřešení předběžné otázky je v řízení pokračováno. O pokračování řízení uvědomí ZP žadatele.

- ***Vzor usnesení o pokračování v řízení*** *– viz. Příloha 12.12.8*

Pokud žadatel vezme svou žádost zpět (např. protože již došlo k poskytnutí péče na území ČR) ZP řízení zastaví. O zastavení řízení vydá odpovídající usnesení.

- ***Vzor usnesení o zastavení řízení v důsledku zpětvzetí žádosti*** *– viz. příloha 12.12.13*

3) VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ

Rozhodnutí ZP musí splňovat obsahové i formální náležitosti rozhodnutí stanovené ve správním řádu a musí obsahovat:

- **výrokovou část**
  (s uvedením osoby, které se rozhodnutí týká, dále toho, zda se žádosti vyhovuje či nikoliv, a právních ustanovení, podle nichž bylo rozhodováno - jde zejména o čl. 20 nařízení 883/2004 a čl. 26 nařízení 987/2009),

- **odůvodnění**
  (s uvedením důvodů pro udělení či neudělení souhlasu, podkladů pro vydání rozhodnutí a úvah, kterými se ZP řídila při jejich hodnocení; v případě neudělení jde zejména o zdůvodnění, že se jedná o péči, která může být na území ČR poskytnuta bez zbytečného odkladu) a

- **poučení**
  (o možnosti žadatele podat odvolání k rozhodčímu orgánu pojišťovny ve lhůtě 15 dnů ode dne následujícího po dni doručení rozhodnutí nebo po marném uplynutí lhůty pro jeho vyzvednutí (pokud je rozhodnutí doručováno, doporučuje se zaslat jej na doručenku).

MOŽNÉ DRUHY ROZHODNUTÍ

Pokud jde o **zdravotní péči, poskytovanou a hrazenou v ČR, kterou nelze v ČR pojištěnci zajistit bez zbytečného odkladu,** ZP vydá rozhodnutí, kterým žádosti vyhoví a vystaví přenositelný dokument S2, jehož originál předá žadateli. S2 je vydán až po nabytí právní moci rozhodnutí (kromě případů, kdy jeho vystavení nesnese odkladu).

- **Vzor rozhodnutí o udělení souhlasu dle nařízení** – viz. Příloha 12.12.9

Pokud jde o **zdravotní péči, nehrazenou v ČR**, příslušný orgán ZP vydá rozhodnutí, kterým buď:

- žádosti vyhoví na základě nařízení a po nabytí právní moci rozhodnutí vystaví přenositelný dokument S2 (případně dříve, pokud poskytnutí péče nesnese odkladu)
  Vzor rozhodnutí o udělení souhlasu dle nařízení *– viz. Příloha 12.12.9*

  nebo

- žádosti vyhoví dle §16 zákona č. 48/1997 Sb.,
  Vzor rozhodnutí o udělení souhlasu dle §16 zákona č. 48/1997 Sb*. – viz. Příloha 12.12.10*

  nebo

- žádost kompletně zamítne
  Vzor rozhodnutí o neudělení souhlasu *– viz. Příloha 12.12.11*

Pokud jde o **zdravotní péči, poskytovanou a hrazenou v ČR, kterou lze v ČR pojištěnci zajistit bez zbytečného odkladu,** příslušný orgán ZP vydá rozhodnutí, kterým buď žádosti vyhoví, nebo žádost zamítne.

- Pokud je souhlas dle nařízení udělen, příslušný orgán ZP vydá rozhodnutí, kterým žádosti vyhoví. Po nabytí právní moci rozhodnutí vystaví přenositelný dokument S2, jehož originál předá (zašle) žadateli.
  Vzor rozhodnutí o udělení souhlasu dle nařízení *– viz. Příloha 12.12.9*

- Pokud je souhlas dle nařízení zamítnut, je vydáno negativní rozhodnutí.
  Vzor rozhodnutí o neudělení souhlasu dle nařízení *– viz. Příloha 12.12.11*

4) ODVOLÁNÍ PROTI ROZHODNUTÍ ZP

O odvolání proti rozhodnutí ZP rozhoduje rozhodčí orgán pojišťovny. V případě, že **rozhodčí orgán uzná důvody** pro odvolání:

- zruší původní rozhodnutí, nebo jeho část a vrátí případ původnímu orgánu ZP k novému projednání, popřípadě
- výjimečně sám rozhodne o udělení souhlasu s vycestováním.

Neshledá-li rozhodčí orgán důvod pro změnu, nebo zrušení původního rozhodnutí, žádost zamítne a původní rozhodnutí v souladu s §90, odst. 5 Správního řádu potvrdí.

- Rozhodnutí oznámí účastníkům řízení.

Vzor rozhodnutí o odvolání *- viz. Příloha 12.12.14*

Praktický postup:

- **vystavení Přenositelného dokladu pro plánovanou péči S2** viz. Kapitola 10 Uživatelské příručky.
- **zjištění, zda je plánovaná péče kryta zdravotním pojištěním v jiném státě EU** viz. Kapitola 11 Uživatelské příručky

6.2.1.2 Postup na území státu léčení

A) Souhlas udělený dle nařízení (vystaven formulář S2)

Přenositelný dokument S2 by měl být zásadně nejdříve předán pojištěncem k registraci místní výpomocné instituci. Lze ale také, pokud možno předem, domluvit, že jeho registraci ve státě léčení zařídí až cílový poskytovatel zdravotní péče (nutno domluvit s poskytovatelem, případně i s místní pojišťovnou).

Zdravotní péče musí být poskytnuta stejně, jako by šlo o místního pojištěnce. Příslušná část nákladů, odpovídající ceně péče v rámci veřejného systému dané země, by měla být výpomocně uhrazena institucí v místě pobytu, či bydliště.

Upozornění: *Pokud je v zemi ošetření pokladenský systém, je možné, že si pojištěnec bude muset nejdříve zaplatit celou částku sám a obrátit se o úhradu na místní instituci až po ošetření. Stejně tak bude muset zaplatit sám, pokud jde o plánovanou péči, která není předem odsouhlasená (a s níž případně vysloví česká ZP souhlas až dodatečně).*

Výpomocně vynaložené náklady instituce v místě pobytu vyúčtuje v rámci mezinárodní přeúčtovací procedury příslušné české zdravotní pojišťovně.

Instituce ve státě léčení by měla v případě potřeby informovat českou ZP o lékařské vhodnosti doplnit odsouhlasenou a probíhající péči další léčbou. V takovém případě může česká ZP další pokračování v léčení zamítnout. (SED S035 a odpověď S037)

Poznámka*: V případě, že během léčení v jiném státě uzná místní výpomocná instituce za nutné pacienta vzhledem k vážnému zdravotnímu stavu převézt do jiného členského státu k dalšímu léčení, musí i náklady na léčení v tomto třetím státě nést příslušná pojišťovna pacienta. Tento přístup je důsledkem judikatury ESD v případě Keller.*

Praktický postup
obdržení žádosti o rozšíření existující autorizace prostřednictvím AP KZP viz. Kapitola 12 Uživatelské příručky

B) Souhlas udělený dle §16 zákona 48/1997 Sb. (formulář S2 nevystaven)

Podmínky poskytnutí péče, včetně finančních, domlouvá s poskytovatelem zdravotní pojišťovna. Veškeré zúčtovatelné náklady zdravotní péče hradí pojišťovna poskytovateli.

Poznámka: *I v případě vystavení souhlasu dle §16 zákona č. 48/1997 Sb. může být vystaven formulář S2. Potom se postupuje, jakoby byl vystaven souhlas dle nařízení.*

6.2.1.3 Úhrada nákladů (standardní přeúčtování)

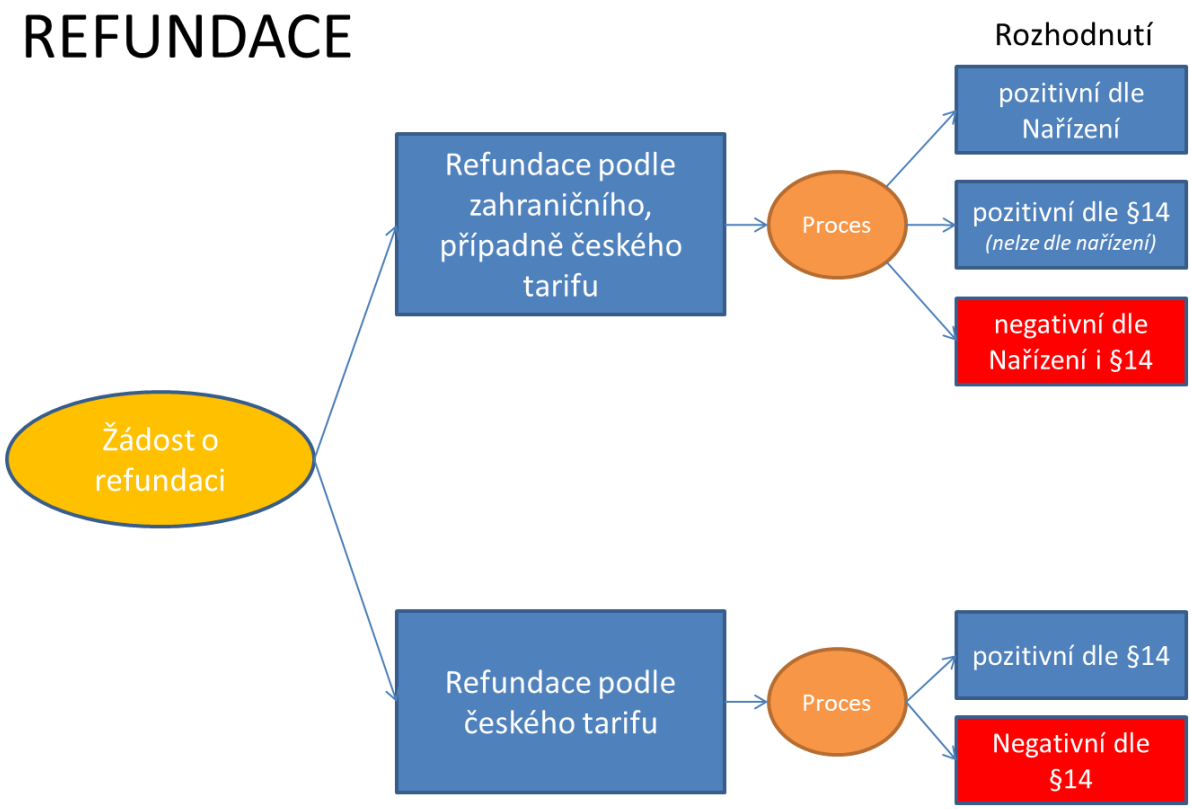
V případech, kdy byl vystaven nárokový doklad S2 pro plánovanou péči, hradí česká ZP cizí výpomocné instituci náklady na základě úhradových dokumentů, které obdrží elektronicky z Kanceláře ZP. Výše úhrady odpovídá skutečným nákladům vynaloženým na péči cizí institucí. Úhrada probíhá v rámci pravidelného mezistátního vypořádání nákladů.

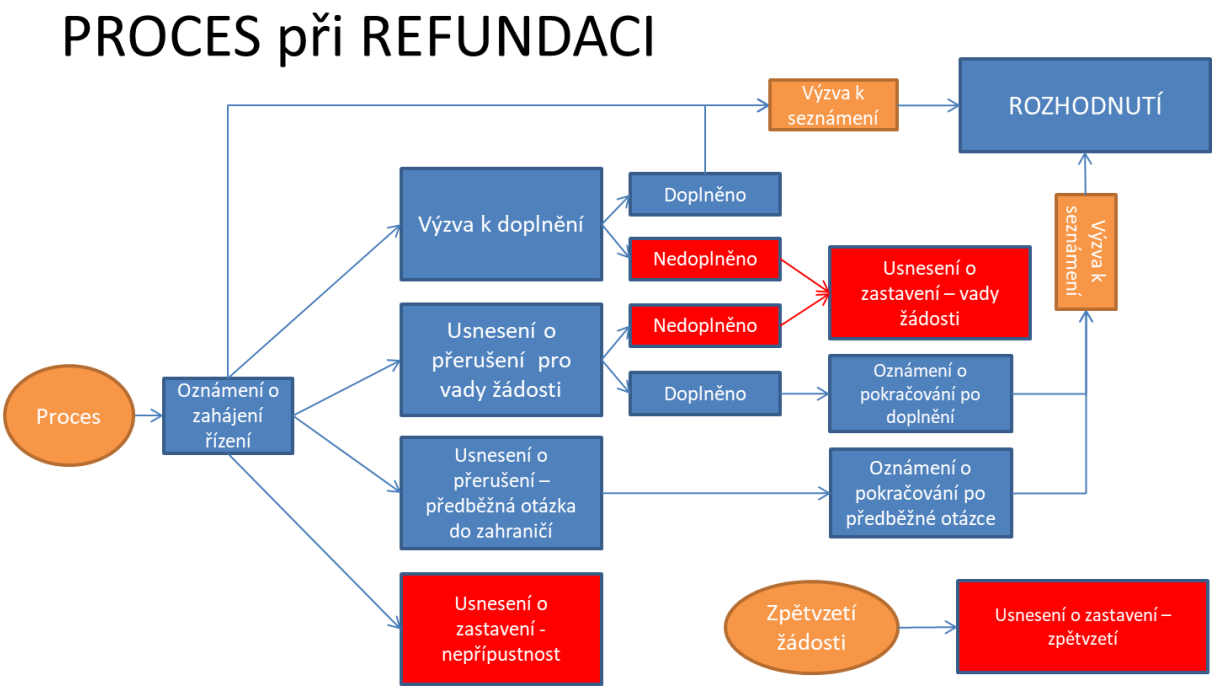
6.2.1.4 Náhrada nákladů (pojištěnec nesl náklady sám)

Může se stát, že pojištěnec musel nést náklady na plánovanou, předem odsouhlasenou péči sám, přestože mu byl vystaven formulář S2. V takovém případě má nárok na náhradu nákladů do výše dle zahraničních tarifů. Pokud je tato náhrada nižší, než by byla dle českých tarifů, nahradí se i rozdíl. Pokud není přiznána náhrada dle zahraničních tarifů, nebo není odpověď ze zahraničí, je nutné posoudit náhradu dle českých předpisů. Refundace je v každém případě možná maximálně do výše částky, kterou předtím pojištěnec skutečně zaplatil. Pojištěnec mohl zaplatit buď celé náklady, nebo jen jejich část. Pracovník pojišťovny musí po podání žádosti posoudit, o kterou situaci jde.

Na řízení a rozhodování o refundaci nákladů se přiměřeně použijí ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů.

SCHÉMA NÁHRADY NÁKLADŮ, KTERÉ POJIŠTĚNEC VYNALOŽIL NA PLÁNOVANOU PÉČI





1) Pojištěnec zaplatil sám celou cenu plánované péče v zahraničí

(např. péče poskytnuta ve státě s pokladenským systémem, nebo v zařízení, kterému nemůže místní systém výpomocně hradit náklady, v případě administrativních potíží, nebo v případě souhlasu uděleného dodatečně)

PODÁNÍ ŽÁDOSTI

Pro podání žádosti se uplatní stejný proces a požadavky, jako v případě předložení žádosti o refundaci nákladů na nezbytnou péči během přechodného pobytu v zahraničí (viz. kapitola 6.1.7).

POSOUZENÍ ŽÁDOSTI A VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ

ZP po zahájení řízení informuje pojištěnce o přerušení správního řízení za účelem řešení předběžné otázky. Usnesení o přerušení může být vydáno a doručeno žadateli současně s oznámením o zahájení řízení.

- ***Vzor usnesení o přerušení*** *– viz. Příloha 15.4*

Následně se obrátí na pojišťovnu v místě pobytu nebo na styčné místo státu pobytu, kde byla péče poskytnuta a požádá ji o kalkulaci refundovatelné částky (SEDu S067). Smyslem tohoto dotazu je zjistit náklady na danou péči podle právních předpisů dané země v sazbách platných pro tamní pojištěnce.

Praktický postup

- **Zjištění částky pro refundaci českému pojištěnci dle tarifů státu ošetření** viz. Kapitola 9 Uživatelské příručky

Poznámka: *Pokud trvá získání odpovědi ze zahraničí přes urgence nepřiměřeně dlouho, může ZP informovat žadatele o možnosti zpětvzetí žádosti, nebo její změně spočívající ve vyčíslení náhrady dle českých tarifů. Pokud pojištěnec vezme původní žádost zpět, vydá ZP usnesení o zastavení správního řízení o refundaci. Po případném podání nové žádosti o refundaci jen dle*

českých tarifů zahájí ZP nové správní řízení. Při změně žádosti se pokračuje ve stávajícím řízení.

- ***Vzor usnesení o zastavení*** *– viz. příloha 12.13.10*

Instituce dané země ověří, zda šlo o péči, na jejíž úhradu měla osoba podle tamních právních předpisů nárok. Pokud je její stanovisko kladné, sdělí příslušné české zdravotní pojišťovně celkovou částku, kterou by byla za tuto péči uhradila, kdyby vše proběhlo předepsaným způsobem a dávky by byly výpomocně poskytnuty zahraniční institucí. Po obdržení informace ze strany zahraniční instituce je řízení usnesením obnoveno.

- ***Vzor oznámení o pokračování v řízení po předběžné otázce*** *– viz příloha 12.13.8*

Zdravotní pojišťovna vydá po obdržení odpovědi písemné rozhodnutí, specifikující v souladu s §68 Spr. řádu ve výrokové části:
- refundovanou částku,
- poučení o možnosti odvolání k rozhodčímu orgánu pojišťovny
- a splňující další formální náležitosti.

Pokud refundovaná částka nekryje celou pojištěncem vynaloženou částku, je součástí poučení i informace o možnosti podat žádost o přešetření nároku na refundaci dle českých tarifů. Rozhodnutí oznámí účastníkům řízení.

- ***Vzor pozitivního rozhodnutí*** *- viz. příloha 12.13.15*

Zdravotní pojišťovna vydá písemné rozhodnutí, specifikující v souladu s §68 Správního řádu ve výrokové části refundovanou částku (popřípadě konstatující, že není nárok na refundaci žádné částky), poučení o možnosti odvolání k rozhodčímu orgánu pojišťovny a splňující další formální náležitosti. Rozhodnutí oznámí účastníkům řízení.

- ***Vzor pozitivního rozhodnutí*** *- viz. Příloha 12.13.13*
- ***Vzor negativního rozhodnutí*** *- viz. Příloha 12.13.11*

Stanovená částka je následně pojištěnci refundována na ověřený bankovní účet evidovaný pojišťovnou, případně zaslána poštovní poukázkou na jeho adresu.

POSTUP V PŘÍPADĚ, ŽE JE NÁROK NA NÁHRADU DLE ZAHRANIČNÍCH TARIFŮ NIŽŠÍ, NEŽ POJIŠTĚNCEM UHRAZENÁ ČÁSTKA

Pokud zahraniční instituce potvrdila k refundaci částku nižší, než byly skutečně vynaložené náklady pojištěnce, je nutné vyčíslit cenu stejné péče dle českých předpisů. Je-li tato cena vyšší než původně refundovaná částka, pojišťovna pojištěnci rozdíl těchto částek uhradí.

Celková výše úhrady je omezena maximálně částkou, kterou pojištěnec v zahraničí skutečně zaplatil.

2) Pojištěnec zaplatil sám část nákladů plánované péče v zahraničí

(zbývající část uhradila výpomocně zahraniční instituce)

V tomto případě je zdravotní pojišťovna povinna ověřit, zda by cena stejné péče hrazené v rámci českého veřejného zdravotního pojištění nebyla vyšší, než výše nákladů

převzatých cizí institucí.

Po podání žádosti a oznámení o zahájení řízení je řízení usnesením přerušeno. Důvodem je nutnost řešení předběžné otázky (je nutno nejdříve počkat na vyúčtování nákladů ze zahraničí).

- ***Vzor oznámení o zahájení řízení*** *– viz. příloha 12.13.2*
- ***Vzor usnesení o přerušení*** *– viz. příloha 12.13.4*

Poznámka*: Zjištění nákladů vynaložených výpomocně cizí institucí, může relativně dlouho trvat. Na tuto skutečnost je třeba pojištěnce upozornit*

Po obdržení vyúčtování od Kanceláře ZP provede zdravotní pojišťovna porovnání s českými tarify. ZP porovná zjištěnou částku s částkou uhrazenou zahraniční výpomocné instituci prostřednictvím Kanceláře ZP.

Pokud je česká zjištěná cena vyšší, doplatí česká ZP pojištěnci částku, o kterou cena v ČR převyšuje cenu výpomocně uhrazenou cizí institucí (maximálně však do výše částky, kterou pojištěnec v jiném státě zaplatil).

Zdravotní pojišťovna vydá písemné rozhodnutí, specifikující v souladu s §68 Správního řádu ve výrokové části refundovanou částku (popřípadě konstatující, že není nárok na refundaci žádné částky), poučení o možnosti odvolání k rozhodčímu orgánu pojišťovny a splňující další formální náležitosti. Rozhodnutí oznámí účastníkům řízení.

- ***Vzor pozitivního rozhodnutí*** *- viz. příloha 12.13.14*
- ***Vzor negativního rozhodnutí*** *- viz. příloha 12.13.12*

Stanovená částka je následně pojištěnci refundována na ověřený bankovní účet evidovaný pojišťovnou, případně zaslána poštovní poukázkou na jeho adresu.

6.2.2 Plánovaná péče bez souhlasu ZP („Směrnice“)

Na základě §14 odst. 3 zákona č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotní pojištění, má pojištěnec nárok na náhradu nákladů na plánovanou péči poskytnutou bez předchozího souhlasu ZP v EU, a to do výše ceny, kterou by ZP za stejnou péči uhradila v České republice. Tato možnost se vztahuje výlučně na země Evropské unie.

Pro provedení refundace je nutné, aby z podkladů vyplývalo, že byly náklady pojištěncem zdravotnickému zařízení skutečně uhrazeny a jaká péče byla pojištěnci poskytnuta. Pro určení hodnoty péče je používán cenový předpis MZ ČR.

Posouzení nároku na refundaci nákladů probíhá v režimu správního řízení. Případné odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny posuzuje rozhodčí orgán pojišťovny. Vydá v této věci vlastní rozhodnutí, se kterým seznámí žadatele.

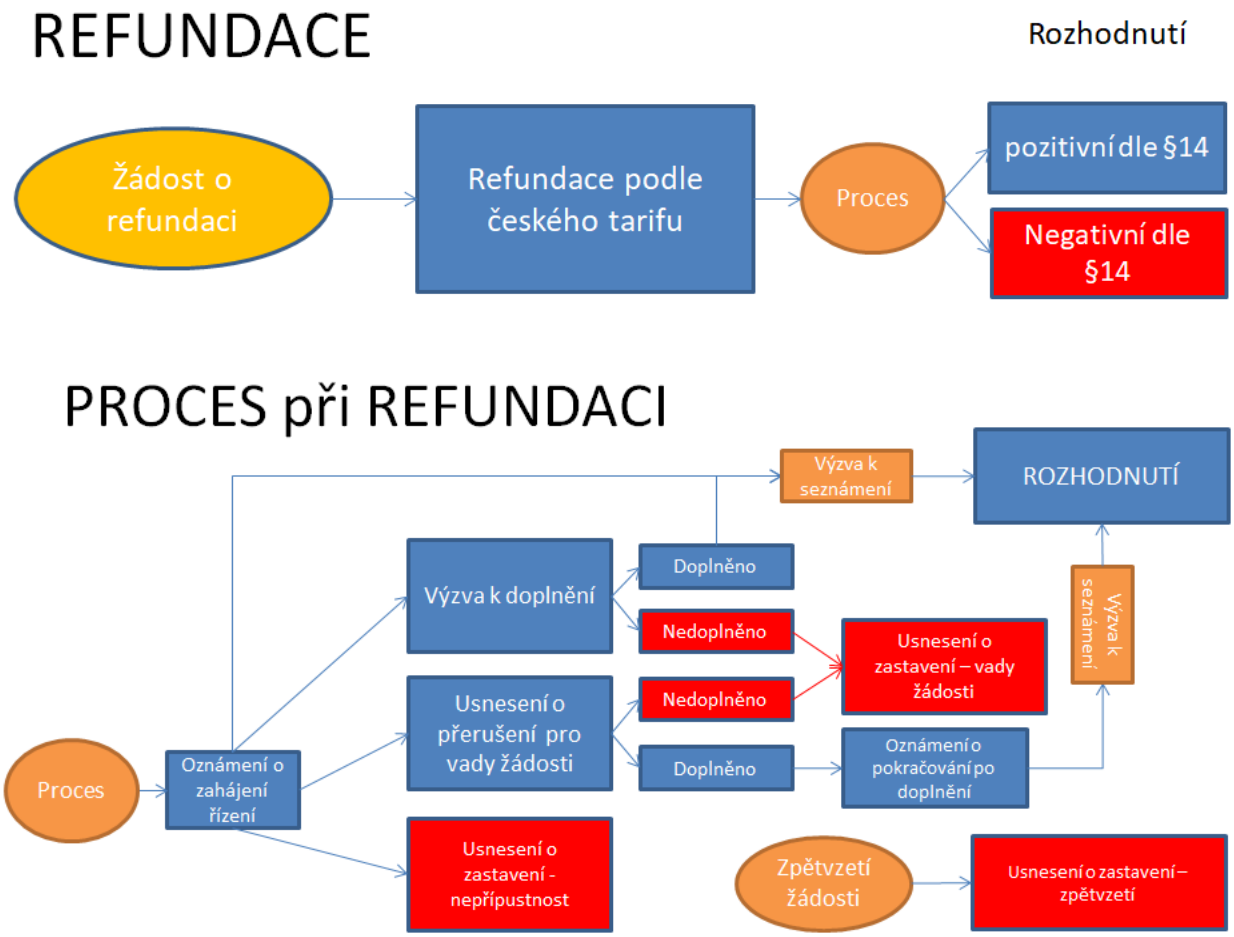
6.2.2.1 Postup na území státu léčení

Podmínky poskytnutí péče, včetně finančních, domlouvá s poskytovatelem pojištěnec. Pojištěnec hradí sám veškeré náklady, související s cestou i se samotným poskytnutím péče poskytovateli. Od poskytovatele si vyžádá doklad o zaplacení a pokud možno co nejdetailnější lékařskou zprávu a vyúčtování. Pojištěnec se může se žádostí o související obecné informace o poskytovateli a právních předpisech státu léčení obrátit na národní kontaktní místo daného státu.

6.2.2.2 Postup náhrady nákladů pojištěnci

Na řízení a rozhodování o refundaci nákladů se použijí ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., Správní řád, ve znění pozdějších předpisů. Předpokladem pro náhradu nákladů je, že **nešlo o poskytnutí zdravotní služby, uvedené v nařízení vlády,** specifikující služby, jejichž úhrada je podmíněna souhlasem ZP (takové nařízení v současné době není). Dalším předpokladem pak je, že byly splněny podmínky dané českými předpisy pro čerpání této péče v ČR (např. doporučení ošetřujícího lékaře, předepsání léku lékařem příslušné odbornosti apod.). Pokud jsou podmínky splněny, nahradí česká zdravotní pojišťovna svému pojištěnci částku, kterou by za stejnou péči uhradila v ČR.

SCHÉMA PROCESU REFUNDACE NÁKLADŮ POJIŠTĚNCI DLE ZÁKONA Č. 500/2004 Sb.



PODÁNÍ ŽÁDOSTI O NÁHRADU NÁKLADŮ

Žádost o refundaci musí obsahovat obecné náležitosti podání podle § 37 Správního řádu, tj. musí z ní být patrno:

- kdo ji činí,
- které věci se týká a co se navrhuje
- musí v ní být uvedeno jméno, příjmení, datum narození osoby a místo jejího trvalého pobytu, popřípadě jiná adresa pro doručování,
- musí obsahovat označení zdravotní pojišťovny, které je určeno,
- podpis osoby, která ji podává, nebo podpis osoby, oprávněné jednat za pojištěnce na základě plné moci (v tom případě by měla být přiložena též plná moc)
- pokud je doklad o poskytnutých službách psán jazykem, který pracovník ZP neovládá, může ZP v souladu s §16 Správního řádu požádat o předložení úředně ověřeného

překladu dokumentace.

V žádosti je specifikováno, že pojištěnec žádá o náhradu nákladů dle ceny běžné v českém systému veřejného zdravotního pojištění.

Žadatel dále v žádosti uvede, zda žádá o úhradu na ověřené bankovní spojení evidované pojišťovnou, nebo o úhradu poštovní poukázkou. Refundace nemůže být v žádném případě provedena na účet dalšího subjektu (např. zdravotnického zařízení). Pokud je tak žádáno, jedná se o zjevně právně nepřípustnou žádost a ZP řízení usnesením ve smyslu §66 usnesením zastaví.

Nad rámec náležitostí stanovených ve správním řádu musí žádost obsahovat doklad dostatečně specifikující poskytnutou péči (služby a zboží, např. léky) a originál důvěryhodného dokladu o uhrazení péče, alespoň k nahlédnutí.

- ***Vzor žádosti*** *– viz. příloha 12.13.1*

Žádost je zaevidována a založen příslušný spis. Zdravotní pojišťovna posoudí, zda žádost netrpí zjevnými vadami a vydá oznámení o zahájení správního řízení.

- ***Vzor oznámení o zahájení řízení*** *– viz. příloha 12.13.2*

PŘÍPADNÉ VADY ŽÁDOSTI

Pokud je žádost podávána zmocněncem na základě plné moci, musí být tato plná moc formálně bezvadná (zejména musí být podepsána zmocnitelem i zmocněným). Pokud se žádost týká péče poskytnuté nezletilému dítěti, musí být žádost podána jeho zákonným zástupcem. Pokud není žádost právně bezvadná, je žadatel vyzván k odstranění vad ve lhůtě 1 měsíce a řízení o refundaci může být v souladu s §64 Správního řádu bezprostředně po zahájení řízení usnesením přerušeno. Stejně tak, pokud je doklad o poskytnutých službách psán jazykem, který pracovník ZP neovládá, může ZP v souladu s §16 Správního řádu požádat o předložení úředně ověřeného překladu dokumentace.

Pokud je vada zřejmá v okamžiku zahájení řízení, může být Usnesení o přerušení vydáno a žadateli doručeno současně s oznámením o zahájení řízení.

- ***Vzor výzvy k doplnění*** *– viz. příloha 12.13.3*
- ***Vzor usnesení o přerušení*** *– viz. příloha 12.13.5*

V případě nedodání podkladů ve stanovené lhůtě je řízení v souladu s §66 Správního řádu usnesením zastaveno.

- ***Vzor usnesení o zastavení řízení*** *– viz. příloha 12.13.9*

V případě dodání podkladů ve stanovené lhůtě je řízení obnoveno.

- ***Vzor oznámení o pokračování v řízení po doplnění žádosti*** *– viz příloha 12.13.7*

Za důvěryhodný doklad o uhrazení péče je považován pokladní doklad o uhrazení v hotovosti, nebo výpis z účtu pojištěnce, ze kterého vyplývá provedení úhrady. V každém případě musí být prokázáno, že před refundací proběhla úhrada nákladů pojištěncem.

Pokud z podkladů vyplývá, že neproběhla úhrada péče pojištěncem (např. byly náklady poskytovateli uhrazeny třetí osobou, nebo nebyly dosud poskytovateli uhrazeny

vůbec) jedná se o zjevně právně nepřípustnou žádost a ZP řízení ve smyslu §66 (pokud možno bezprostředně po zahájení) usnesením zastaví.

- ***Vzor usnesení o zastavení*** *– viz. příloha 12.13.6*

POSOUZENÍ, ZDA BYLY SPLNĚNY PODMÍNKY PRO REFUNDACI

Zdravotní pojišťovna **prověří, zda byly splněny podmínky dané případně českými předpisy pro čerpání této péče v ČR** (např. doporučení ošetřujícího lékaře, předepsání léku lékařem příslušné odbornosti apod.). Pokud tyto podmínky splněny nebyly, je žádost rozhodnutím z uvedeného důvodu odmítnuta

- ***Vzor negativního rozhodnutí*** *- viz. příloha 12.13.12*

Za nesplnění podmínky není automaticky považováno vystavení příslušného doporučení, nebo předpisu lékařem na území jiného státu. V těchto případech ovšem může být zdravotní pojišťovnou v případě pochybností o správnosti požádáno o zpracování dalšího posudku jí určeným lékařem, případně o doplnění údajů, nebo zdravotní dokumentace, vystavené zahraničním doporučujícím lékařem. V posledně uvedeném případě je zajištění doplňujících údajů či dokumentace v souladu se Správním řádem vyžádáno od pojištěnce.

STANOVENÍ VÝŠE NÁHRADY (ČESKÉ CENY) POSKYTNUTÉ PÉČE A VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ

Pokud není důvod pro odmítnutí refundace, musí být revizním lékařem zdravotní pojišťovny bezodkladně posouzeno, jestli byly splněny podmínky pro úhradu podle českých předpisů. Výše náhrady se stanoví dle cenového předpisu MZ ČR a souvisejících předpisů, a to buď výkonově nebo pomocí DRG

Zdravotní pojišťovna vydá písemné rozhodnutí, specifikující v souladu s §68 Správního řádu ve výrokové části refundovanou částku, poučení o možnosti odvolání k rozhodčímu orgánu pojišťovny a splňující další formální náležitosti. Rozhodnutí oznámí účastníkům řízení.

- ***Vzor pozitivního rozhodnutí*** *- viz. příloha 12.13.14*

Stanovená částka je následně pojištěnci refundována na ověřený bankovní účet evidovaný pojišťovnou, případně zaslána poštovní poukázkou.

Pokud nelze rozpoznat, jaké služby byly v zahraničí poskytnuty, nebo nelze žádné z poskytnutých služeb ztotožnit s výkony, obsaženými v platném seznamu výkonů, zdravotní pojišťovna vydá písemné rozhodnutí obsahující ve výrokové části zamítnutí žádosti o refundaci a obsahující dále odůvodnění, poučení o možnosti odvolání k rozhodčímu orgánu pojišťovny a splňující další formální náležitosti dle §68 Správního řádu. Rozhodnutí oznámí účastníkům řízení.

- ***Vzor negativního rozhodnutí*** *- viz. příloha 12.13.12*

ODVOLÁNÍ PROTI ROZHODNUTÍ ZP

Případné odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny posoudí rozhodčí orgán pojišťovny. V případě, že **uzná důvody** pro odvolání:

- **zruší** původní rozhodnutí, nebo jeho část a vrátí případ původnímu orgánu ZP k novému projednání, popřípadě
- výjimečně sám rozhodnutí **změní**.

Neshledá-li rozhodčí orgán důvod pro změnu, nebo zrušení původního rozhodnutí, žádost zamítne a původní rozhodnutí v souladu s §90, odst. 5 Správního řádu potvrdí.

Rozhodnutí oznámí účastníkům řízení.

- ***Vzor rozhodnutí o odvolání*** *- viz. příloha 12.13.16.*

6.2.3 Příklady

1) VZÁCNÁ CHOROBA PANÍ SKALNIČKOVÉ, LÉČBA V PAŘÍŽI

Paní Skalničková je pojištěna u české zdravotní pojišťovny. Ošetřující lékař jí sdělil, že trpí vzácnou chorobou, kterou sice lze v ČR léčit, ale hrazená je pouze metoda, která nemá příliš uspokojivé výsledky. Zároveň jí informuje, že v Paříži je nemocnice, kde je choroba léčena novou metodou s vysokou úspěšností. Podle jeho názoru by pro léčení bylo nejrozumnější začít s léčbou v této pařížské nemocnici. Zároveň konstatuje, že dle jeho názoru bude léčení velmi finančně náročné.

Paní Skalničková se vzhledem k bolestivosti onemocnění a skutečnosti, že bez úplného vyléčení nemoci by se již nikdy nemohla vrátit ke své práci, rozhodne v každém případě pro léčení ve Francii modernější a úspěšnější metodou. Vzhledem k tomu, že nechce nést náklady sama, podá paní Skalničková své zdravotní pojišťovně žádost o předchozí souhlas s úhradou nákladů plánovaného léčení v pařížské nemocnici. K žádosti připojí doporučení jejího českého ošetřujícího lékaře.

Zdravotní pojišťovna žádost zaeviduje a zahájí správní řízení. Následně odpovědný útvar ZP posoudí individuální situaci paní Skalničkové a podle uvážení:

a) rozhodnutím **zamítne žádost** o souhlas s vycestováním. V odůvodnění uvede, že jde o zdravotní péči, která v ČR není ze zdravotního pojištění hrazena.
   Pokud zdravotní pojišťovna zamítne souhlas s hrazením nákladů na vyžádanou péči v Paříži, může paní Skalničková sice podstoupit léčení v pařížské nemocnici, musí ale počítat s tím, že ponese celé náklady na léčení. Tyto náklady jí ani po návratu nemohou být refundovány.

   nebo

b) rozhodnutím **vydá souhlas** s léčbou a následnou úhradou. Důvodem udělení souhlasu je skutečnost, že chce ZP své pojištěnce poskytnout tu nejlepší možnou péči, odpovídající specifikům jejího zdravotního stavu. Kladné rozhodnutí ZP vydá, ačkoliv nebylo udělení souhlasu vymahatelné.
   Před vystavením nárokového dokladu (formulář S2) se zdravotní pojišťovna spojí s dotčenou nemocnicí a požádá ji o vyjádření, zda může péči vyúčtovat místnímu nositeli zdravotního pojištění na základě nárokového dokladu a pokud ano, komu a jakým způsobem má být tiskopis předán.
   Pařížská nemocnice potvrdí, že péče může být poskytnuta a výpomocně zaplacena na základě nárokového dokladu, který má pacientka předat přímo v recepci. Zdravotní pojišťovna paní Skalničkové doklad vystaví, vyznačí v něm název zdravotnického zařízení a předpokládanou dobu léčení a předá jej paní Skalničkové s tím, že ho má předložit při přijetí do nemocnice.
   Paní Skalničková v pařížské nemocnici nárokový doklad předloží a léčení proběhne bez komplikací. V souladu s francouzskými právními předpisy jí po ukončení léčení předloží nemocnice účet na 20% nákladů léčení (spoluúčast předepsaná i pro místní pojištěnce). Paní Skalničková jej zaplatí převodem ze svého účtu.
   Po čase obdrží zdravotní pojišťovna prostřednictvím Kanceláře ZP účet za částku výpomocně uhrazenou francouzskou pojišťovnou. Tento účet uhradí.
   Po návratu do ČR také paní Spalničková podá české zdravotní pojišťovně žádost o náhradu částky, kterou zaplatila ze svého. Česká zdravotní pojišťovna její žádost zaeviduje a zahájí správní řízení, ve kterém vydá rozhodnutí o odmítnutí žádosti. V odůvodnění uvede, že nešlo o péči krytou českým systémem veřejného zdravotního pojištění.

2) NOVÝ KYČELNÍ KLOUB – Zn. RYCHLE

Paní Skalničková je pojištěncem české ZP. Je podnikatelkou, provozující kadeřnictví, v němž obstarává veškerou administrativu, kontakt s úřady a občas musí i sama obsluhovat zákaznice. Potřebuje nový kyčelní kloub. Jde o zákrok, který je v ČR běžný. Informuje se v místní nemocnici, kam pravidelně chodí, kdy by jí mohl být zákrok poskytnut. Je jí sděleno, že bude čekat cca jeden rok. Z internetu se dozví, že v Německu, jen několik desítek kilometrů od místa, kde bydlí, se na obdobný zákrok čeká řádově týdny. Zjistí si, že pro uhrazení zákroku v Německu potřebuje souhlas svojí české ZP. Vzhledem k tomu, že trpí silnými bolestmi a

vzhledem k tomu, že jí tato bolest znemožňuje vykonávat její zaměstnání, se rozhodne požádat svou ZP o souhlas s vycestováním na operaci.

Zdravotní pojišťovna žádost zaeviduje a zahájí správní řízení. V první fázi posoudí, zda není požadovaná péče dostupná v jiném smluvním zařízení v kratším termínu. Na základě tohoto posouzení:

a) vydá rozhodnutí **o neudělení souhlasu** s vycestováním do Německa. V odůvodnění uvede, že se jí podařilo operaci domluvit v jiném smluvním zdravotnickém zařízení do dvou měsíců, což je dle názoru pojišťovny doba nepředstavující žádný zbytečný odklad v léčení i při vzetí v úvahu bolestivosti a možnosti vrátit se do pracovního procesu, nebo

b) vydá rozhodnutí **o udělení souhlasu** s vycestováním do Německa. V odůvodnění uvede, že se jí nepodařilo v ČR zajistit potřebnou operaci dříve než za X měsíců, což je vzhledem k bolestivosti stavu paní Skalničkové a vzhledem k tomu, že nemoc brání paní Skalničkové vykonávat její profesi doba neúměrně dlouhá a lékařsky neodůvodnitelná.

3)NOVÝ A LEPŠÍ PŘÍPRAVEK V NĚMECKU, V ČR NEHRAZENÝ

Paní Skalničková je pojištěncem české ZP. Trpí chronickou nemocí. Lékař jí předepisuje léky, které užívá. Její přítelkyně z Německa, která trpí obdobným zdravotním problémem, jí informuje, že v Německu byl zaveden na trh nový přípravek s údajně lepšími účinky. Paní Skalničková se v lékárně na přípravek informuje a zjistí, že nebyl v ČR uveden na trh. Proto si jej při cestě do Německa v soukromém režimu koupí. Následně žádá svou českou ZP o náhradu nákladů.

Zdravotní pojišťovna žádost zaeviduje a zahájí správní řízení. Po posouzení příslušným útvarem vydá rozhodnutí, kterým jakoukoliv refundaci odmítne. V odůvodnění uvede, že nemůže proplatit nic z toho, co bylo koupeno v zahraničí v soukromém režimu, pokud to není v danou chvíli hrazeno v režimu českého veřejného zdravotního pojištění.

Refundaci by zdravotní pojišťovna odmítla i v případě, kdy by lék sice byl v ČR dostupný, ale byl by v kategorii léků nehrazených z veřejného zdravotního pojištění.

4) PŘÍPRAVEK V NĚMECKU BEZ DOPLATKU

Paní Skalničková je pojištěncem české ZP. Trpí chronickou nemocí. Český ošetřující lékař jí předepisuje léky, které užívá. Za balení léku v ČR doplácí 300Kč. Její přítelkyně z Německa, která trpí obdobným zdravotním problémem, jí informuje, že užívá stejný lék, za který v Německu nic nedoplácí. Paní Skalničková si během pobytu v Německu lék sama koupí a vzhledem k tomu, že nebyl předepsán německým lékařem, zaplatí za něj plnou cenu v soukromém režimu 30 EUR. Domnívá se, že jí tyto náklady česká ZP vrátí a s touto žádostí se na ni po návratu obrátí.

ZP založí žádost o refundaci nákladů a zahájí správní řízení. Příslušný pracovník nejdříve ověří, že jde o lék hrazený v ČR z veřejného zdravotního pojištění. Dále ověří, jaká je v ČR výše úhrady za tento lék. Zjistí, že jde o lék hrazený, za nějž zdravotní pojišťovna hradí 540 Kč za balení (cca 20 EUR). Dále zjišťuje, zda byly splněny podmínky dané českými právními předpisy pro uhrazení léku, zejm. zda byl předepsán ošetřujícím lékařem příslušné odbornosti (jedno zda českým, či německým).

Na základě výše uvedených zjištění vydá zdravotní pojišťovna rozhodnutí o náhradě nákladů ve výši 540 Kč. V odůvodnění uvede, že byly splněny podmínky pro refundaci (lék hrazený ze zdravotního pojištění a předepsaný ošetřujícím lékařem).

Částku 540 Kč následně vyplatí paní Skalničkové na účet evidovaný pojišťovnou, popřípadě ji zašle poštovní poukázkou. Zbývající část nákladů (cca 10 EUR) paní Skalničkové nikdo neuhradí.

5) KVALITNĚJŠÍ LÉČBA NA SLOVENSKU

Paní Skalničková je pojištěncem české ZP. Je podnikatelkou. Chodí k českému očnímu lékaři. S jeho prací a přístupem ovšem není spokojená. Protože bydlí nedaleko slovenských hranic a zná dobrého slovenského očního lékaře, obrátí se na něj. Poskytnuté výkony zaplatí v hotovosti v celkové výši 1 000 EUR. V ČR předloží účet a ostatní dokumentaci své české zdravotní pojišťovně a požádá o náhradu nákladů.

Česká zdravotní pojišťovna zaeviduje žádost a zahájí správní řízení. Příslušný pracovník nejdříve musí zjistit, o jaké dávky šlo a zda jsou hrazeny z českého systému veřejného zdravotního pojištění (lze je ztotožnit s výkony v aktuálním Seznamu výkonů s bodovými hodnotami). Protože z předložených dokladů nevyplývá dostatečně jasně, jaké výkony byly poskytnuty, vydá ZP usnesení, kterým paní Skalničkovou požádá o jejich doplnění.

Na základě dodatečně předložených dokladů ZP následně stanoví počet bodů za poskytnuté výkony.

Za použití hodnoty bodu, uvedené v cenovém výměru MZ ČR vypočítá ZP celkovou českou cenu v zahraničí poskytnutých zdravotních služeb. Dospěje k částce 29 000 Kč. Česká zdravotní pojišťovna následně zjistí korunový ekvivalent v EU uhrazené částky 1000EUR. Použije kurz ECB platný ke dni vydání rozhodnutí o náhradě nákladů. V daný den je kurz 1 ku 26. Zkalkulovaná cena náhrady v rámci českého systému je tedy vyšší, než částka, o jejíž náhradu paní Skalničková žádala.

Zdravotní pojišťovna vydá rozhodnutí o náhradě nákladů v plné výši 26 000 Kč. Následně je částka paní Skalničkové uhrazena na účet evidovaný ZP, nebo zaslána poštovní poukázkou.

Poznámka: *Pokud by kurz v době úhrady byl např. 1 ku 30 a takto vypočtený ekvivalent 1000 EUR by byl stanoven na 30 000Kč, byla by paní Skalničkové proplacena částka 29 000 Kč.*

6.3 Bydliště v zahraničí - čeští pojištěnci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Kdo má nárok	Příslušné doklady	Rozsah nároku	Hrazení nákladů
Osoby, pojištěné v ČR (zpravidla na základě výkonu výdělečné činnosti, případně pobírání peněžitých dávek navazujících na tuto činnost) a/nebo nezaopatření členové jejich rodin, **bydlící v jiném státě EU, EHP, Spojeném království nebo Švýcarsku** **typicky**: - přeshraniční pracovníci a jejich rodiny - důchodci a jejich rodiny - žadatelé o důchod a jejich rodiny - rodiny pracovníků, důchodců, či žadatelů o důchod, bydlící v jiném státě než živitel - výjimečně i rodinní příslušníci českého pojištěnce, který je OBZP **Příslušné předpisy:** Čl. 17 nařízení 883/04 Čl. 24 nařízení 987/09 Čl. 19 nařízení 883/04 Čl. 25, 26 A)2,3 nařízení 987/09	**Nárokový doklad: Přenositelný dokument S1** (pokud si jej vyžádal přímo pojištěnec), nebo **S072** (v případě, že si ho vyměnily instituce mezi sebou) **Související dokumenty:** **S050** – zpochybnění data registrace **S016 –** zrušení nárokového dokladu za strany české zdravotní pojišťovny (odpověď **S017**) **S018 –** zrušení registrace za strany zahraniční zdravotní pojišťovny v místě bydliště (Dříve nárokové doklady E106, E109, E121, zrušení nárokového dokladu E108)	Plná zdravotní péče ve státě bydliště dle tamních předpisů. Plná zdravotní péče v ČR dle českých předpisů. Plný rozsah zdravotní péče pro pojištěnce, i jeho rodinného příslušníka. Vyžádanou (plánovanou) péči v dalším státě autorizuje a hradí česká zdravotní pojišťovna s výjimkou: 1. rodinných příslušníků, registrovaných v jiném státě než živitel a 2. důchodců a jejich nezaopatřených rodinných příslušníků, bydlících a registrovaných v následujících státech: IRSKO, ŠPANĚLSKO, ITÁLIE, MALTA, NIZOZEMSKO,KYPR, PORTUGALSKO, FINSKO, ŠVÉDSKO, SPOJENÉ KRÁLOVSTVÍ. Těmto osobám autorizuje a hradí	Náklady nese česká zdravotní pojišťovna, u níž je dotčená osoba pojištěna a která vystavila nárokový doklad.

Čl. 22 nařízení 883/04 Čl. 24, 25, 26 nařízení 883/04 Čl. 24.3 nařízení 987/09 Čl. 27.1,3,4 nařízení 883/04		vyžádanou péči místní registrující instituce.	

6.3.1 Obecně

V ČR pojištěný pracovník (zaměstnanec nebo OSVČ), důchodce nebo žadatel o český důchod, 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. Pokud je osoba v ČR registrována u praktického lékaře, může registrace pokračovat i nadále, včetně hrazení kapitačních plateb.

Rodinní příslušníci mohou bydlet v jiném státě spolu s českým pojištěncem, od nějž odvozují své nároky. Mohou ale také bydlet v jiném členském státě sami, tzn., že český pojištěnec bydlí v ČR nebo v některém jiném členském státě.

Nárok na plnou zdravotní péči v zemi bydliště i v ČR na účet české zdravotní pojišťovny mají i v zahraničí bydlící nezaopatření rodinní příslušníci jakéhokoliv českého pojištěnce (tzn. včetně rodinných příslušníků českých pojištěnců, kteří jsou v ČR pojištěni výlučně na základě trvalého pobytu – OBZP). V tomto případě by však muselo jít o osobu bydlící ve státě, kde nemá vlastní nárok na účast v pojištění, odvozený z bydliště tamtéž).

BYDLIŠTĚ

Bydlištěm se rozumí skutečné bydliště na území jiného státu, tedy fakt, že tam má pracovník těžiště svých zájmů (majetek, děti zde chodí do školy atd.).

Posouzení, zda má pojištěnec bydliště v jiném státě, je nejdříve v kompetenci české ZP. Zahraniční instituce v místě domnělého bydliště nemusí s názorem české ZP souhlasit. Pokud dojde ke sporu o určení státu bydliště mezi institucemi dvou států, je nutné určit jej na základě kritérií obsažených v čl. 11 Prováděcího nařízení – viz. kapitola 11.11 „Co se rozumí pojmem skutečné bydliště v České republice?“. Pokud se nelze na základě těchto kritérií na určení státu bydliště shodnout, měla by být rozhodující vůle dotčené osoby. Spory o bydliště v jednotlivých případech by měly být předány k řešení Kanceláři ZP.

Čeští pojištěnci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci s bydlištěm na území jiného státu mají nárok na návrat do země trvalého bydliště, či na přesun svého trvalého bydliště do jiného členského státu i v případě, že jim je v ČR již poskytována zdravotní péče, tzn. v průběhu nemoci. Samotný převoz do státu bydliště česká ZP nehradí.

Poznámka: *V případech, kdy došlo k onemocnění pracovníka v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání může (u pendlerů musí) převoz uhradit příslušná instituce, která by převoz do místa bydliště hradila v ČR, tedy Kooperativa a.s.*

ZVLÁŠTNÍ SKUPINY PŘESHRANIČNÍCH PRACOVNÍKŮ

- čeští diplomaté v jiných státech EU
- vojáci vyslaní na víceleté mise do jiných států EU,
- matky na české mateřské dovolené, nebo

- matky na rodičovské dovolené s trvajícím pracovním poměrem na území ČR, bydlící s otcem dítěte v jiném státě, nebo
- dlouhodobě (na vícero let) vyslaní pracovníci, s trvající příslušností k českým právním předpisům.

Předpokladem u těchto osob je, že mají skutečné bydliště na území jiného státu, tzn. zpravidla, že je předem známo, že budou v druhém státě přinejmenším na dobu delší než jeden rok a že přesunuli do tohoto státu těžiště svých zájmů, např. že zde s nimi bydlí i jejich rodina.

PONECHÁNÍ NEBO VYSTAVENÍ EHIC

Pokud je dotčená osoba držitelem českého průkazu EHIC, zdravotní pojišťovna jej osobě ponechá. Pokud jde o nového českého pojištěnce, ZP mu český EHIC vydá. Pokud jsou v druhém státě registrováni rodinní příslušníci a pojištěnec, rodinný příslušník, nebo registrující instituce o vydání EHIC požádá, ZP vydá EHIC i těmto registrovaným rodinným příslušníkům. Délka platnosti je odvozena od očekávané délky trvání pojištění v ČR pojištěnce/živitele. V případě očekávané krátké doby registrace lze vydat i Potvrzení dočasně nahrazující EHIC.

NEZAOPATŘENÍ RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI – ZVLÁŠTNÍ PRAVIDLA

Rodinní příslušníci, odvozující svůj nárok od českých pojištěnců mají tento nárok pouze za podmínky, že jsou nezaopatření, tzn. nejsou zaměstnancem nebo OSVČ ve státě, kde bydlí, ani v jiném státě (posuzováno dle místních předpisů o soc. zab.), neberou z jiného státu dávky vyplývající z předchozí činnosti (podpora v nezaměstnanosti, nemocenská, důchod), jinými slovy nejsou předpisy státu bydliště považováni za osoby se samostatnými nároky.

I když mají ve státě bydliště samostatný nárok na věcné dávky podle místních předpisů čistě z titulu bydliště v tomto státě (residenční systémy), je pro úhradu jejich zdravotní péče příslušná česká zdravotní pojišťovna, u níž je pojištěn živitel rodiny (to platí ovšem pouze za předpokladu, že je živitel rodiny v ČR pojištěn jako zaměstnanec, OSVČ, osoba, pobírající dávky vyplývající z předchozí pracovní činnosti (nemocenská, podpora v nezaměstnanosti), nebo jako důchodce či žadatel o důchod.

Pokud je manžel/manželka, nebo osoba, starající se o děti, zaměstnancem nebo OSVČ ve státě bydliště, děti zůstávají pojištěny v systému státu bydliště.

Pokud by byl rodinný příslušník pracovníka podle českých předpisů považován za OBZP, musí do českého systému platit pojistné jako samoplátce. Pokud by byl dle českých předpisů považován za státního pojištěnce, bude za něj plátcem pojistného Česká republika. Pro účely zařazení do kategorie plátců pojistného se skutečnosti, existující na území státu bydliště, považují za skutečnosti, existující v ČR (studium, péče o dítě, evidence na úřadě práce, důchodový věk atd.)

DŮCHODCI – ZVLÁŠTNÍ PRAVIDLA

Osoby, pobírající důchod z České republiky a bydlící na území jiného členského státu, mají nárok na hrazení plné zdravotní péče podle předpisů státu bydliště i podle předpisů českých 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 českým.

Důchodcem se rozumí i příjemce vdovského, sirotčího a invalidního důchodu, který nevykonává výdělečnou činnost.

ŽADATELÉ O DŮCHOD – ZVLÁŠTNÍ PRAVIDLA

Žadatelem o důchod se rozumí osoba, která v ČR nevykonává výdělečnou činnost a požádala ČSSZ o český důchod (starobní, vdovský, sirotčí nebo invalidní).

Žadatelé o český důchod by měli být ve státě bydliště registrováni pouze za předpokladu, že nadále splňují podmínky účasti v českém systému zdravotního pojištění. Nárok se navíc realizuje až v případě, kdy je český důchod posléze přiznán a ČR je (v případě souběhu vícero důchodů) určena jako kompetentní stát.

Poznámka: *Vzhledem k vyžadování splnění podmínek pro účast v pojištění kompetentního státu může být sporné, zda má být nárokový doklad českými ZP vůbec vydáván (dle stanoviska MZ ČR, které se liší od stanoviska MPSV, nikoliv). Vystavení nárokového dokladu žadateli o český důchod by však nemělo být nikdy k tíži zdravotní pojišťovny, pokud by nebyla skutečně příslušná. Přes nejasnost příslušného ustanovení lze proto mít za to, že vystavení (nebo ponechání) nárokového dokladu pro registraci ve státě bydliště je v souladu se smyslem nařízení a nemělo by způsobit ZP v žádném případě škodu.*

Pokud by osoba pobírala ve státě svého bydliště na základě jeho předpisů důchod, její péče bude kryta systémem tohoto státu.

Pokud je český důchod přiznán, je osoba nadále osoba považována za českého důchodce, registrovaného v dané zemi. Náklady na zdravotní péči za dobu registrace žadatele o důchod uhradí česká ZP v takovém případě následně, a to ve skutečných nákladech.

6.3.2 Postup před vystavením nárokového dokladu

Před vystavením nárokového dokladu je nutné ověřit:

- existenci pojištění v ČR
- bydliště v jiném státě EU
- nárok na vystavení a délku nároku v případě specifického typu pojištěnce (vyslaný pracovník, důchodce, mateřská dovolená apod.)

OVĚŘENÍ BYDLIŠTĚ V JINÉM STÁTĚ

U pojištěnce, který je původem z jiného státu EU (zpravidla cizí pracovník zaměstnaný v ČR) postačí prohlášení o bydlišti ve státě původu, případně předložení dokladů, svědčících tomu, že bydlí na území jiného členského státu (pas/ID doklad s vyznačením místa trvalého bydliště v jednom z členských států).

V případě **zásadních pochybností** o bydlišti v jiném státě může ZP vyzvat k vyplnění **Dotazníku pro určení státu bydliště** pro účely aplikace koordinačních nařízení ES (viz. příloha č. 9 Manuálu) a vyžadovat další související doklady o bydlišti v jiném státě, případně vystavení nárokového dokladu zamítnout. V takovém případě může následně dojít k výměně informací s institucí domnělého státu bydliště a následně případně ke sporu s touto institucí– viz. postup v kapitole „5.4.3 Určení bydliště“.

PRACOVNÍK - ZVLÁŠTNÍ POSTUP

Pokud jde o pracovníka, zjistí ZP dále, jaká je povaha jeho pracovního vztahu. Pokud je **zaměstnán na dobu určitou**, může mu být přenositelný dokument S1 nebo dokument S072 (pokud je vystaven na žádost instituce místa bydliště), vystaven maximálně na předpokládanou dobu zaměstnání v ČR.

DŮCHODCE NEBO ŽADATEL O DŮCHOD - ZVLÁŠTNÍ POSTUP

Zdravotní pojišťovna z registru, předložených dokladů, případně výjimečně od ČSZZ ověří, že je osoba příjemcem českého důchodu, nebo že má o český důchod požádáno. Přenositelný dokument S1 i S072 je vydán bez toho, aby ho musela spolupotvrdit ČSSZ. Informaci o pobírání důchodu (pokud ji nelze nalézt v registru ZP) poskytne OSSZ na základě dotazu ze strany ZP. Informaci o podané žádosti o důchod může potvrdit ČSSZ.

Typickou situací může být i existující registrace pracovníka na základě S072 nebo S1, která trvá dále po ukončení činnosti v ČR po dobu vyřízení žádosti o český důchod a posléze i po jeho přiznání. V takovém případě se mění pouze klasifikace registrované osoby.

ČESKÝ DLOUHODOBĚ VYSLANÝ PRACOVNÍK - ZVLÁŠTNÍ POSTUP

V případě, že jde o českého dlouhodobě vyslaného pracovníka (např. diplomat, voják, nebo osoba, které byla udělena výjimka), požádá jej ZP o **předložení dokladu o vyslání**, potvrzeného ČSSZ (potvrzení o tom, že je osoba i během vyslání pojištěna v ČR – **přenositelný dokument A1**).

Posoudí předpokládanou délku vyslání. Pro přiznání bydliště v jiném státě nesvědčí, pokud je potvrzená délka vyslání kratší než jeden rok. I když je potvrzená doba vyslání delší než jeden rok, **požádá ZP vyslaného pracovníka o prohlášení**, že po dobu vyslání skutečně bydlí na území jiného státu.

V případě, že je uznáno bydliště v jiném státě, je pojištěnci vystaven nárokový doklad na dobu předpokládaného vyslání (případně je zaslán instituci státu bydliště, pokud si jej vyžádala).

ČESKÝ OBČAN/PRACOVNÍK, KTERÝ SE STĚHUJE DO JINÉHO STÁTU – ZVLÁŠTNÍ POSTUP

V případě, **že jde o českého občana**, který je ze zákona povinně pojištěn v ČR (v důsledku zaměstnání, SVČ, nebo pobírání dávek vyplývajících z předchozí výdělečné činnosti), **který se stěhuje do jiného státu** EU (typicky např. matka na české mateřské dovolené, nebo matka na rodičovské dovolené s trvajícím pracovním poměrem v ČR), je třeba **posoudit, zda má v jiném státě bydliště ve smyslu těžiště zájmů**. To přichází v úvahu typicky například, pokud jde o matku, která se stěhuje za manželem, či otcem dítěte, bydlícím v tomto jiném státě.

Nárokový doklad by měl být vydán pouze na předpokládanou dobu povinného krytí českými právními předpisy o zdravotním pojištění. Ve chvíli, kdy **by přestala být dotčená osoba považována za pracovníka** (skončil její pracovní poměr a nepobírá nadále české peněžité dávky, vyplývající z předchozí činnosti), **je považována za neaktivní osobu a v případě bydliště v jiném státě by měla podléhat předpisům tohoto státu** (ledaže by byla nezaopatřeným rodinným příslušníkem českého pracovníka).

NEZAOPATŘENÍ RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI, POJIŠTĚNÍ U JINÝCH ČESKÝCH ZP NEŽ JE ZP ŽIVITELE – ZVLÁŠTRNÍ POSTUP

Pokud jsou **nezaopatření rodinní příslušníci českého pojištěnce pojištěni u jiné české pojišťovny, než pojištěnec** a stěhují se na území jiného členského státu (buď sami, nebo spolu s živitelem), je vhodné jim **doporučit přeregistraci** k ZP živitele v řádném přestupním termínu. Po přestupu budou kryti nárokovým dokladem vystaveným zdravotní pojišťovnou živitele.

Na období do změny české zdravotní pojišťovny v řádném přestupním termínu vydá nárokový doklad pro NRP jejich původní zdravotní pojišťovna. Pokud nezaopatřený rodinný příslušník trvá na zachování příslušnosti k původní české ZP, vydá mu nárokový doklad jeho původní česká ZP platný pro dobu trvání dané životní situace.

Před vydáním ověří od ZP živitele, že je mu též vydáván nárokový doklad (pokud se

stěhují spolu), popřípadě, ověří, že je v ČR stále pojištěn a jaká je očekávaná délka jeho pojištění (pokud se rodinný příslušník stěhuje sám). Zároveň **požádá ZP živitele o sdělování všech informací**, které mají vliv na nárok rodinného příslušníka (tzn. zejména informace, týkající se trvání registrace živitele, nebo trvání jeho pojištění).

Nárokový doklad vydávaný přímo rodinnému příslušníkovi je v takovém případě **časově omezen** (max. 6 měsíců) s tím, že bude v případě trvajícího stavu po této době vydán nový. Před vydáním dokladu na další období je nutné **ověřit u ZP živitele, že trvá jeho registrace v druhém státě** (pokud tam bydlí spolu), případně že trvá jeho pojištění (pokud je v zahraničí registrován rodinný příslušník sám).

V případě obdržení informace od ZP živitele, že byla **registrace živitele v jiném státě zrušena, je nutné ověřit, zda rodinný příslušník nadále bydlí v jiném státě a pokud ne, registraci ukonči**t.

Pokud ZP rodinného příslušníka obdrží **informaci o ukončení českého pojištění živitele, je v každém případě nutné ukončit i registraci rodinného příslušníka**. Toto řešení vyžaduje úzkou spolupráci a výměnu informací mezi dotčenými českými ZP.

6.3.3 Vystavení nárokového dokladu a registrace v jiném státě

Pokud pojištěnec splňuje podmínku bydliště v členském státě, **vystaví mu česká zdravotní pojišťovna nárokový doklad**.

Pokud lze předpokládat, že jeho **nárok bude časově omezený** (práce v ČR na dobu určitou, vyslání do zahraničí na konkrétní dobu), **bude odpovídajícím způsobem omezena platnost** nárokového dokladu.

Jako nárokový doklad může být vydán:

- Přenositelný dokument **S1**
- SED **S072** vydávaný na žádost instituce v místě bydliště
- SED **S072** zasílaný přímo instituci v místě bydliště (pokud česká ZP např. od pojištěnce ví, která instituce ji bude v místě bydliště registrovat, může doklad zaslat přímo jí)

Nárokový doklad S1, nebo S072 vystaví ZP i rodinnému příslušníkovi živitele pojištěnému v ČR, pokud jde dle jejího názoru o nezaopatřeného rodinného příslušníka s bydlištěm v jiném státě.

Důsledky pro nárok pojištěnce a naopak pro závazek pojišťovny hradit náklady má vždy až provedení registrace. Klíčovým je zejména údaj o datu provedené registrace.

Zda mají spolu s pojištěncem nárok na registraci i jeho případní nezaopatření rodinní příslušníci, posoudí v konečné fázi podle svých právních předpisů výpomocná instituce v místě bydliště.

- Pokud nezaopatření rodinní příslušníci ve státě bydliště existují, měl by být za každou takto registrovanou osobu zaslán zvláštní S073 (dříve díl B E106, E109, E120, E121).
- Za každého nezaopatřeného rodinného příslušníka lze také aktivně žádat o zvláštní nárokový doklad a registrovat jej na základě vlastního nárokového dokladu.
- Registrace jednotlivých rodinných příslušníků může být v průběhu doby rušena, naopak mohou také být postupně doregistrováváni rodinní příslušníci noví (např. narozené děti).

Od data registrace do data oznámeného ukončení registrace hradí česká ZP náklady na péči. Rozhodující je datum konce nároku z českého systému, nikoliv až datum, kdy zahraničí obdrží in formaci o ukončení nároku.

Praktické postupy vydání nárokového dokladu a registrace v jiném státě při:

- **zahájení vystavením Přenositelného dokumentu S1 na žádost pojištěnce** viz. Kapitola 13 Uživatelské příručky

- **zahájení obdržením informace o registraci v jiném státě na základě dříve vydané S1** viz. Kapitola 14 Uživatelské příručky

- **zahájení přijetím žádosti zahraniční instituce o vystavení a zaslání nárokového dokladu** viz. Kapitola 15 Uživatelské příručky.

- **zahájení vystavením a zasláním nárokového dokladu přímo konkrétní zahraniční instituci** viz. Kapitola 16 Uživatelské příručky

- **zahájení obdržením informace o registraci v jiném státě na základě dokumentu, vystaveného před spuštěním AP KZP** viz. Kapitola 17 Uživatelské příručky

6.3.4 Placení pojistného za české pojištěnce registrované v jiném státě

Ministerstvo financí bude dále hradit pojistné za české důchodce, registrované v jiném státě ČR, stejně tak jako za nezaopatřené rodinné příslušníky českého pojištěnce, kteří během registrace v jiném státě bydliště spadají do příslušné kategorie státního pojištěnce dle českého zákona.

Pokud jsou zaregistrováni v jiném státě rodinní příslušníci, kteří doposud nebyli českými pojištěnci, vyzve česká ZP pojištěnce, aby doložil, že spadají do kategorie českého státního pojištěnce.

Doklad není nutný u dětí do 15 let věku, u kterých lze mít za to, že podléhají povinné školní docházce. U studentů, u kterých bylo předloženo potvrzení o studiu, by mělo ve spolupráci s MŠMT ověřeno, že je škola postavena naroveň studia na české střední nebo vysoké škole. Pokud je takový doklad předložen, ohlásí zdravotní pojišťovna tyto osoby Ministerstvu financí, které za ně od data uvedeného na S073 bude hradit pojistné stejně jako za české rodinné příslušníky.

Pokud doklad předložen není, přistupuje ZP k těmto rodinným příslušníkům jako k OBZP.

6.3.5 Přechodný pobyt mimo stát bydliště i stát pojištění

Při přechodném pobytu v dalším státě se čeští pojištěnci registrovaní v jiném státě EU, EHP, Spojeném království či ve Švýcarsku jako ve státě bydliště prokazují českým Evropským průkazem zdravotního pojištění, nebo Potvrzením dočasně nahrazujícím EHIC.

Nezbytná péče je jim poskytována dle běžných pravidel, platných pro přechodné pobyty. Její náklady jsou účtovány přímo české zdravotní pojišťovně (skutečnost, že jsou registrováni ve státě bydliště, odlišném od ČR, tak nehraje roli).

6.3.6 Plánovaná péče mimo stát bydliště i stát pojištění

(čl. 26 A), odst.2, 3 nařízení 987/2009)

OBECNĚ

Souhlas s plánovanou péčí mimo stát bydliště uděluje česká ZP.

Výjimkou jsou důchodci a jejich rodiny, resp. rodiny bydlící jinde než pracovník, žijící

ve státech, které účtují paušály (zde je za vyžádanou péči a udílení souhlasu zodpovědný stát bydliště).
Seznam států účtujících v paušálech: IRSKO, ŠPANĚLSKO, ITÁLIE, MALTA, NIZOZEMSKO, KYPR, PORTUGALSKO, FINSKO, ŠVÉDSKO, SPOJENÉ KRÁLOVSTVÍ

Pro udělení souhlasu se přednostně posuzuje dostupnost péče ve státě bydliště a následně ve státě pojištění.

Nárokový doklad (přenositelný dokument S2) v některých situacích (urgentní péče – čl. 26 A), odst. 3 nařízení 987/09) vystavuje instituce v místě bydliště jménem české ZP (tzn., že na základě dokladu vystaveného cizí institucí hradí náklady česká ZP).

V běžných situacích nárokový doklad vydává a pojištěnci, nebo jeho rodinnému příslušníkovi předává, či zasílá (případně prostřednictvím instituce v místě bydliště) česká ZP.

PROCESNÍ PRAVIDLA PRO KOMUNIKACI MEZI INSTITUCEMI

Žádost o souhlas předávána registrující pojišťovnou v místě bydliště české příslušné pojišťovně s vyznačením, zda by souhlas musel být ve státě bydliště udělen (SED S009). Česká ZP posoudí, zda by péči mohla v lékařsky ospravedlnitelné době, resp. bez zbytečného odkladu, poskytnout v ČR a odpoví SEDem S010:

- Pokud ano, může souhlas vždy odmítnout.
- Pokud ne, je rozhodující stanovisko instituce místa bydliště.

Pokud by tato musela souhlas vydat, musí se tím řídit i česká ZP. Pokud instituce v místě bydliště nepotvrdila, že by musela souhlas vydat, je zvážení souhlasu nebo odmítnutí v kompetenci české ZP.

Praktický postup při podání žádosti o souhlas s plánovanou péčí mimo stát pojištění i bydliště viz. Kapitola 18 Uživatelské příručky

URGENTNÍ, ŽIVOTNĚ NEZBYTNÁ PÉČE – ZVLÁŠTNÍ PRAVIDLA

O souhlas s vyžádanou péčí nemusí instituce místa bydliště českou ZP žádat, pokud jde o urgentní, životně nezbytnou péči. V takovém případě vystaví jménem české ZP souhlas s léčením rovnou instituce, u níž je český pojištěnec ve státě bydliště registrován, a to i bez předchozího schválení českou ZP. O vystavení dokladu by měla českou ZP pouze informovat SEDem S011 – viz schéma postupu níže (odpovídající S_BUC_11 dosud nebylo v AP KZP plně implementováno vzhledem k nejasnostem v jeho použití).

Tam kde je známa výpomocná instituce v místě pobytu, může se s ní česká ZP spojit a potvrdit, že jí mohou být náklady přeúčtovány – S013

6.3.7 Změna nebo zánik registrace v jiném členském státě

Česká zdravotní pojišťovna je oprávněna, resp. povinna **zrušit nárokový doklad** vystavený dříve osobě, registrované v jiném státě jako státě svého bydliště, pokud dojde k relevantní změně situace osoby. Stejnou **povinnost zrušit registraci** českého pojištěnce má i registrující instituce v místě bydliště.
Zrušení nároku může být iniciováno buď:

- **českou kompetentní zdravotní pojišťovnou** (v takovém případě jde o zrušení nárokového dokladu – SEDem S016 v rámci S_BUC_03), nebo
- **zahraniční pojišťovnou v místě bydliště** (v takovém případě jde o zrušení registrace – SEDem S018 v rámci S_BUC_04.

Za každou osobu, jejíž registrace (nárokový doklad) má být zrušena, by měl být vydán

zvláštní doklad o zrušení (S016, nebo S018).

Pokud se rozhodná skutečnost týká osoby, od níž ostatní odvozují svůj nárok, měla by být zpravidla následně ukončena registrace celé rodiny (výjimkou může být situace, kdy je registrace živitele ukončena pouze v důsledku změny státu jeho bydliště, přičemž jeho nezaopatřená rodina nadále bydlí v původním státě). Pokud se rozhodná skutečnost týká jen rodinného příslušníka, týká se ukončení registrace pouze tohoto rodinného příslušníka.

Datem zrušení je obecně okamžik, ke kterému došlo k rozhodující skutečnosti (např. k ukončení činnosti v ČR). Zrušení by mělo být každopádně oznámeno co nejdříve od zjištění rozhodné skutečnosti.

Pro zrušení registrace je rozhodný okamžik, kdy:

- **osoba ukončila výdělečnou činnost v ČR**, pokud nezačala pobírat českou podporu, ani nepobírá české nemocenské dávky. V takovém případě nadále podléhá výlučně právním předpisům státu bydliště.
- osobě bez pracovního poměru v ČR **skončila česká podpůrčí doba** z hlediska nároku na nemocenské dávky, nebo dávky v nezaměstnanosti (**skončila výplata českých nemocenských dávek, nebo české podpory**).
- osobě, která nevykonává výdělečnou činnost, **skončil nárok na výplatu českého důchodu** (např. sirotčího nebo invalidního)
- osobě, která nevykonává výdělečnou činnost, **byl přiznán důchod i ve státě bydliště.**
- osoba, registrovaná v jiném státě, **se přestěhovala** do České republiky, nebo do dalšího státu
- osoba **zemřela**
- osoba, která byla registrována jako nezaopatřený rodinný příslušník českého pojištěnce, začala ve státě bydliště pracovat, nebo **přestala spadat do příslušné definice rodinného příslušníka** (např. student dosažením věku 27 let apod.), nebo přestala být z jiného důvodu považována za nezaopatřenou (začala pobírat dávky z důchodového, nebo nemocenského pojištění, nebo dávku v nezaměstnanosti).
- osoba, která byla registrována jako nezaopatřený rodinný příslušník českého pojištěnce, přestala být nezaopatřeným rodinným příslušníkem v důsledku **ukončení pojištění živitele v ČR**
- osoba, která byla registrována jako nezaopatřený rodinný příslušník českého pojištěnce, **se přestěhovala do jiného státu**
- osoba byla registrována jako nezaopatřený rodinný příslušník českého pojištěnce, považovaného za OBZP, který se přestěhoval do jiného státu, nebo začal v jiném státě pracovat, popřípadě se odhlásil z českého pojištění na základě dlouhodobého pobytu dle zákona o veřejném zdravotním pojištění (zcela výjimečný případ).

Praktický postup při:

- **zrušení nárokového dokladu (a tudíž i registrace) českou zdravotní pojišťovnou iniciované automaticky z IS ZP** - viz. Kapitola 19 Uživatelské příručky
- **zrušení nárokového dokladu (a tudíž i registrace) českou zdravotní pojišťovnou iniciované pracovníkem ZP -** viz. Kapitola 20 Uživatelské příručky
- **obdržení oznámení o zrušení registrace zahraniční zdravotní pojišťovnou v místě bydliště papírovým dokladem** viz. Kapitola 21 Uživatelské příručky

- **obdržení oznámení o zrušení registrace zahraniční zdravotní pojišťovnou v místě bydliště elektronicky** viz. Kapitola 22 Uživatelské příručky

6.3.8 Pracovní úraz pracovníka, bydlícího a registrovaného v jiném státě

Pokud pracovník utrpí pracovní úraz či nemoc z povolání v ČR, má nárok na léčení tohoto pracovního úrazu, nebo nemoci z povolání ve státě bydliště, a to i v rámci tamního systému léčení pracovních úrazů a nemocí z povolání.

Pokud jde o typického přeshraničního pracovníka a dle českých předpisů by byl hrazen převoz do místa bydliště, má automaticky nárok na uhrazení převozu do státu bydliště. V ostatních případech pouze na základě schválení českou příslušnou institucí. V případě žádosti o převoz je nutno pojištěnce odkázat na Kooperativu a.s., která dodatečně uhradí náklady na převoz do nejbližšího vhodného místa na území státu bydliště.

Pokud je pracovní úraz nebo nemoc z povolání poprvé diagnostikován ve státě bydliště, měla by o této skutečnosti tamní instituce českou ZP, nebo styčný orgán úrazového pojištění (Kooperativa a.s.) informovat prostřednictvím DA 001. Může též požádat o vystavení specifického nárokového dokladu DA1, nebo DA002. V případě, že oznámení (DA001) obdrží česká ZP, předá jej styčnému orgánu Kooperativa a.s. (případně prostřednictvím Kanceláře ZP).

KONTAKT NA STYČNÝ ORGÁN V RÁMCI KOOPERATIVY
Mgr. Soňa Prudíková | CENTRUM POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZA PRACOVNÍ ÚRAZY
Metodik specialista pro EU
Kooperativa pojišťovna a.s., Vienna Insurance Group
Rašínova 4, 602 00 Brno
T: +420 956 473 009
sprudikova@koop.cz

Pokud zahraniční instituce žádá českou ZP o vydání přenositelného dokumentu DA1 nebo SEDu potvrzujícího nárok na věcné dávky DA002, předá ZP žádost na Kooperativu a.s. Kooperativa a.s. prověří, zda jde o pracovní úraz nebo nemoc z povolání. DA1, nebo DA002 následně (v případě, že je potvrzeno, že jde o pracovní úraz /nemoc z povolání dle českých předpisů) Kooperativa a.s. vystaví.

Pokud dojde na základě vystaveného DA1 nebo DA002 k výpomocnému uhrazení zdravotní péče v jiném státě a jejímu přeúčtování Kooperativě a.s., bude v každém případě nejdříve posouzeno, zda by se Kooperativa neměla podílet na úhradě vyúčtovaných nákladů. Zbývající část nákladů bude Kooperativou předána Kanceláři ZP k zajištění úhrady ze strany příslušné zdravotní pojišťovny pojištěnce.

6.3.9 Úhrada nákladů

Náklady na věcné dávky, poskytnuté těmto osobám ve státě bydliště na základě nárokových dokladů, jsou hrazeny podle skutečných nákladů a jsou na českých zdravotních pojišťovnách uplatňovány elektronicky prostřednictvím Kanceláře ZP – viz. procedura mezinárodního přeúčtování skutečných nákladů – kapitola „8 ÚHRADA NÁKLADŮ“.

Pouze v případě:

- nezaopatřených rodinných příslušníků, bydlících v jiném státě než živitel a

- důchodců a jejich nezaopatřených rodinných příslušníků, bydlících a registrovaných v IRSKU, ŠPANĚLSKU, ITÁLII, MALTĚ, NIZOZEMSKU, KYPRU, PORTUGALSKU, FINSKU, ŠVÉDSKU A SPOJENÉM KRÁLOVSTVÍ

jsou náklady hrazeny ve formě paušálních částek, které jsou na českých zdravotních pojišťovnách uplatňovány prostřednictvím Kanceláře ZP. Viz. kapitola 8.3.

6.3.10 Příklady

1) BENEŠOVI ODJÍŽDĚJÍ NA DŮCHOD DO ŠPANĚLSKA

Pan Beneš celý život žil a pracoval v České republice. Byl mu přiznán starobní důchod podle české legislativy. Pan Beneš se rozhodne přestěhovat se svou manželkou do Španělska. Jeho manželka byla vždy v domácnosti a nemá žádný příjem. Pan Beneš se obrátí na českou zdravotní pojišťovnu, vyžádá si nárokové doklady (příslušný Přenositelný dokument S1) pro sebe a svou manželku a oznámí svůj úmysl odstěhovat se s manželkou od 1. února nastálo z ČR. Pan Beneš s manželkou se následně odstěhují do Španělska, kde se s manželkou zaregistrují a v létě se rozhodnou jet na dovolenou do Francie. Při své návštěvě v Paříži potřebuje pan Beneš lékařskou péči.

Příslušná ustanovení a nárokové doklady: Čl. 24.3 prováděcího nařízení 987/2009, Čl. 24, 27.1,4; nařízení 883/2004
Nárokové doklady: Přenositelný dokument **S1** nebo **S072** - registrace ve Španělsku, český EHIC (péče v jiném státě)

Zdravotní pojišťovna, u které jsou pan Beneš a paní Benešová zdravotně pojištěni, vydá jeden nárokový doklad S1 pro pana Beneše a jeden pro jeho manželku. Vydání dokumentů eviduje. Nárokový doklad se vyplní podle instrukcí. Je třeba zejména stanovit datum, kdy se pan Beneš stěhuje (příslušná část přenositelného dokumentu S1). ZP by též měla být schopna pana Beneše informovat, kam se ve Španělsku s dokladem obrátit.

Panu Benešovi i jeho manželce je ponechán jejich český EHIC.

Je důležité řídit se pokyny instituce zdravotního pojištění v místě bydliště, protože věcné dávky se vždy poskytují podle legislativy státu místa bydliště.

Pan Beneš bude muset s nárokovým dokladem ve Španělsku v místě bydliště jít na kompetentní instituci zdravotního pojištění („Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“). Zde odevzdá nárokový doklad (čl. 24 prováděcího nařízení). Španělská instituce zdravotního pojištění ho zaregistruje a stanoví den, od nějž bude Španělsko vyžadovat od České republiky paušální platbu. Španělská kompetentní instituce zdravotního pojištění pošle informaci o registraci a dni začátku registrace české zdravotní pojišťovně (SED S073, dříve díl B formuláře E 121). Stejná procedura proběhne i u manželky pana Beneše. V případě že by česká ZP nesouhlasila s datem registrace, může požádat španělskou stranu o přehodnocení nebo vysvětlení, a to prostřednictvím S050. Když se tato procedura ukončí, celá rodina bude ve Španělsku požívat stejné věcné dávky jako osoby, které ve Španělsku žijí a jsou pojištěné.

Pokud ale pan Beneš a jeho rodinní příslušníci pobývají na území jiných členských států (mimo Španělsko a ČR), použijí Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz, vydaný českou ZP. Během dovolené v Paříži je tedy panu Benešovi poskytnuta nezbytná péče na základě českého EHIC. Účet za tuto péči je francouzskou výpomocnou institucí standardně vyúčtován české zdravotní pojišťovně.

Pokud pan Beneš pojede do Francie na plánovanou péči, vydá mu příslušný nárokový doklad španělská instituce, která náklady také uhradí (v důsledku toho, že je Španělsko v příslušné příloze jako stát účtující paušály).

Vedle toho jsou španělskou výpomocnou institucí účtovány české zdravotní pojišťovně paušální náklady na péči prostřednictvím S100 (dříve E 127) za pana Beneše a zvlášť za jeho manželku. Faktury vystaví nejpozději do 12 měsíců poté, co byly schváleny a zveřejněny v Úředním věstníku průměrné španělské roční náklady na zdravotní péči pro příslušnou věkovou skupinu osob.

2) BENEŠOVI NAKONEC ODJÍŽDĚJÍ NA DŮCHOD RADĚJI NA SLOVENSKO

Téměř vše obdobné jako v předchozím příkladu. Rozdíl v nároku na plánovanou péči. Zatímco v předchozím příkladu schvalovala plánovanou péči ve Francii španělská registrující instituce, pokud bude pan Beneš registrován na Slovensku, bude plánovanou péči ve Francii schvalovat jeho skutečná česká zdravotní pojišťovna.

Dalším rozdílem je hrazení nákladů slovenské registrující instituci. Zatímco španělská instituce předkládá k úhradě paušální částky, slovenská registrující instituce bude požadovat částky, odpovídající

skutečně vynaloženým nákladům.

3) FILLONOVI MEZI ČR A FRANCIÍ

Pan François Fillon pracuje v České republice pro místní dceřinou společnost francouzské firmy L'Oréal. Jeho manželka a 2 děti (6 let a 19 let) bydlí ve Francii, kde manželka pracuje. Pan Fillon si požádal o výjimku z příslušnosti k českým právním předpisům.

Pan Fillon je pojištěn přinejmenším do rozhodnutí o žádosti o výjimku v České republice. Vzhledem k tomu, že výjimka není následně udělena, trvá jeho pojištění v ČR i nadále.

Vzhledem k tomu, že pan Fillon je povinně pojištěn v ČR, požádá alespoň o krytí nákladů na plnou zdravotní péči ve Francii. Učiní prohlášení o tom, že ve Francii nadále bydlí. Na podporu tohoto tvrzení uvede, že ve Francii bydlí i jeho rodina, za kterou pravidelně jezdí.

Česká ZP mu na základě jeho žádosti vystaví Přenositelný dokument S1 (a vyzve jej, ať ho v místě bydliště předloží místní CPAM (pojišťovna). Za nějakou dobu obdrží česká ZP z Francie S073 (dříve díl B tiskopisu E106), potvrzující registraci pana Fillona od data zahájení práce v ČR. S073 za rodinné příslušníky pana Fillona nejsou vystaveny ani zaslány, neboť francouzská instituce správně posoudila, že vzhledem k francouzskému zaměstnání manželky jsou všichni rodinní příslušníci bydlící ve Francii i nadále pojištěni ve Francii. Od data uvedeného na S073 účtuje francouzská CPAM náklady na zdravotní péči poskytnutou panu Fillonovi ve Francii. Pan Fillon si může v případě nemoci v zásadě vybrat, zda chce být léčen v ČR nebo ve Francii.

Manželka pana Fillona ukončí pracovní poměr ve Francii, kde nadále s dětmi bydlí. Bere po dobu třech měsíců podporu v nezaměstnanosti. Všichni jedou na dovolenou na Kypr.

Ve chvíli, kdy manželce pana Fillona skončí podpůrčí doba (ukončení výplaty podpory), oznámí CPAM české ZP registraci manželky a mladšího dítěte prostřednictvím dvou S073, vystavených na jejich jména. Od okamžiku uvedeného na S073 jsou považováni za české pojištěnce. Registrace staršího dítěte nebyla provedena a oznámena, neboť jej dle francouzských předpisů již nelze považovat za nezaopatřené dítě.

Zároveň pan Fillon požádá pro své rodinné příslušníky o vystavení českých EHIC. Vzhledem k trvalé povaze jeho zaměstnání v ČR vystaví ZP průkazy s platností na jeden rok, s tím, že budou případně po roce vystaveny nové.

Během dovolené na Kypru jsou všichni členové rodiny (kromě 19 letého syna) vybaveni českými průkazy EHIC. V případě potřeby tak čerpají péči na účet české ZP. Kyperská výpomocná instituce účtuje náklady české ZP, která vystavila EHIC.

Po návratu z Kypru se u jednoho dítěte objeví závažný zdravotní problém. Jde o péči, která ve Francii není hrazená. Francouzský lékař doporučí podstoupit příslušné léčení v Německu.

Rodiče se obrátí na registrující CPAM se žádostí o zajištění souhlasu s vyžádaným léčením v Německu. CPAM nejdříve posoudí, zda by souhlas musela vydat dle francouzských předpisů. Vzhledem k tomu, že jde o péči ve Francii nehrazenou, usoudí, že nikoliv.

Žádost o souhlas, spolu s informací, že by dle francouzských předpisů souhlas nemusel být vydán, zašle české kompetentní zdravotní pojišťovně (prostřednictvím S009). Česká ZP nejdříve prozkoumá, zda je péče poskytována a hrazena na území ČR.

Pokud ji lze v ČR poskytnout bez zbytečného odkladu, informuje česká zdravotní pojišťovna CPAM prostřednictvím S010, že souhlas zamítá a že má být dítě léčeno na území ČR (ledaže by ZP chtěla vyjít pojištěnci vstříc a odsouhlasit péči, kterou lze včas poskytnout i v ČR, což je přípustné).

Pokud zjistí, že se péče neposkytuje a nehradí ani v ČR, je udělení souhlasu na zvážení ZP. Pokud se ZP rozhodne (například s ohledem na skutečnost, že včasný zákrok může ušetřit další náklady v budoucnu) souhlas vydat, informuje o tom CPAM prostřednictvím S010. Zároveň předá otci dítěte, nebo zašle na adresu rodiny (případně prostřednictvím CPAM) do Francie přenositelný dokument S2 (doklad o nároku na plánovanou péči na účet české ZP). Po nějaké době obdrží z Německa vyúčtování poskytnuté plánované péče.

Manželka s dětmi se přestěhují do ČR

Po určité době se rodina vzhledem k povýšení pana Fillona na pozici ředitele české firmy rozhodne přesunout těžiště zájmů do ČR. O této skutečnosti (přestěhování) informují registrující CPAM.

CPAM následně zašle české ZP informaci o ukončení registrace ve Francii ke konkrétnímu datu, a to prostřednictvím S018, vystavených jednotlivě na všechny 3 registrované osoby (dříve E108).

Česká ZP prostřednictvím S019 přijetí informace potvrdí. Pokud by měla pochybnost o datu ukončení registrace, může jej zpochybnit prostřednictvím S050, zaslaného francouzské instituci.

Celá rodina je nadále pojištěna v ČR, disponuje českými EHIC, pouze jejich registrace ve Francii jako státě původního bydliště byla zrušena.

Manželka je původem Slovenka a vzhledem k tomu, že její rodiče jsou na Slovensku těžce nemocní, přestěhuje se pouze s dětmi na Slovensko.

Manželka oznámí české ZP, že se s dětmi stěhují na neurčitou dobu na Slovensko a chtěli by zde být kryti nárokem na plnou péči. Jako důvod přestěhování uvádí, že se musí v SR starat o nemocné rodiče. Česká ZP jí a jejím dětem vystaví přenositelný dokument S1, s kterým se mají v SR registrovat. O registraci informuje slovenská ZP prostřednictvím S073 (dříve díl B E109).

Manželka může požádat o registraci též až po přestěhování na Slovensko. V tom případě požádá slovenská ZP v místě bydliště českou ZP o nárokový doklad, a to prostřednictvím S071 (dříve E107). Na jeho základě zašle česká ZP potvrzení o nároku prostřednictvím S072. Slovenská ZP na jeho základě informuje českou ZP o registraci, a to prostřednictvím S073 (dříve díl B E109).

Nadále jsou všichni pojištěni v ČR a disponují českými EHIC. Manželka a dítě jsou registrováni v SR, kde mají nárok na plnou péči a mohou si tak vybrat, zda chtějí být léčeni v ČR nebo SR. Pan Fillon má nárok na plnou péči pouze v ČR, kde bydlí.

Pan Fillon ukončí pracovní činnost v ČR a ve věku 63 let požádá o český důchod. S celou rodinou se přesunou zpět do Francie. Na francouzský důchod nemá nárok, neboť ještě nesplňuje podmínku věku pro přiznání francouzského důchodu (65 let).

Pan Fillon požádá svou českou ZP o nárokový doklad pro krytí nákladů na plnou zdravotní péči ve Francii. Oznámí, že se s rodinou na důchod stěhuje zpět do rodné země. Česká ZP vydá panu Fillonovi po ověření, že má o důchod požádáno (žádost ukázal pan Fillon, nebo ji potvrdila ČSSZ) přenositelný dokument S1 s označením, že jde o žadatele o důchod (francouzská instituce může následně pana Fillona, jeho manželku a děti zaregistrovat. O registraci informuje českou ZP prostřednictvím S073 (dříve díl B E120).

Ve chvíli, kdy ČSSZ potvrdí panu Fillonovi přiznání nároku na důchod, měl by o tom informovat francouzskou registrující CPAM, případně českou ZP. Následně dojde ke změně registrace a pan Fillon se přesune z kategorie „žadatelé o důchod“ do kategorie „důchodci“. O změně v kategorii registrované osoby informuje (dle toho, kdo se o skutečnosti dozví) CPAM prostřednictvím S018, případně česká ZP prostřednictvím S016.

Za dobu registrace v kategorii žadatel o důchod následně vyúčtuje CPAM náklady české kompetentní zdravotní pojišťovně. Další náklady v průběhu registrace v kategorii důchodce, hradí též česká zdravotní pojišťovna. Ve chvíli, kdy je panu Fillonovi přiznán i důchod francouzský (od data, kdy je za důchodce považován francouzskými předpisy o zdravotním pojištění), by měla být ze strany CPAM registrace pana Fillona i členů jeho rodiny ukončena, neboť je nadále poživatelem důchodu od státu, na jehož území bydlí. O ukončení registrace informuje CPAM prostřednictvím S018 (dříve E108).

7. CIZÍ POJIŠTĚNCI V ČR – PRACOVNÍ POSTUPY

OBECNÝ POSTUP

Na českou ZP se obrátí buď cizí pojištěnec, nebo cizí instituce, a to buď přímo, nebo prostřednictvím Kanceláře ZP nebo prostřednictvím zdravotnického zařízení. Pokud se obrátí na pojišťovnu přímo, zpravidla bude disponovat přenositelným dokumentem vystaveným jeho zahraniční institucí, z nějž lze do jisté míry usoudit, o jakou osobu se jedná a o jaký nárok žádá. V každém případě je třeba zjistit, o jakou osobu z hlediska komunitárního práva jde, a podle toho postupovat dále v souladu s pravidly popsanými níže u jednotlivých skupin osob. V zásadě může jít o:

- osobu, která přijela na území ČR na přechodnou dobu (turisté, vyslaní pracovníci, studenti) – viz. kapitola 7.1,
- žadatele o vyžádanou/plánovanou péči – viz. kapitola 7.2,
- nebo o osobu, která chce na území ČR bydlet, nebo zde již fakticky bydlí, tedy o pojištěnce jiného státu a jeho rodinného příslušníka (oba bydlí, či hodlají bydlet v ČR) – viz. kapitola 7.3,

Když zdravotní pojišťovna zjistí, o jakou osobu se jedná, postupuje dále podle toho, co je uvedeno níže u jednotlivých skupin osob, pro něž platí zvláštní pravidla.

7.1. Přechodné pobyty cizích pojištěnců v ČR

Kdo má nárok	Nárokový doklad	Rozsah péče	Kdo hradí
Každý občan některého ze států EU, EHP, nebo Spojeného království či Švýcarska, který má nárok na dávky zdravotní péče v rámci zákonného systému příslušné země Státní příslušník 3. státu, který má bydliště v některém ze států EU, EHP, ve Spojeném království či Švýcarsku, jeho situace není omezena na tento stát a má nárok na dávky zdravotní péče v rámci zákonného systému příslušné země ***Příslušná část evropského práva:*** *čl. 18 nařízení 883/04* *čl. 25, 62,66 až 68 nařízení 987/09* *rozhodnutí Administrativní komise S1, S2 (EHIC) a S3 (nezbytná péče)*	**Evropský průkaz zdravotního pojištění** **Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz** *Související dokumenty*: **S044** - žádost o potvrzení nároku na dávky v ČR (při komunikaci mezi institucemi) **S045** - potvrzení existence nároku na dávky přímo české ZP	Lékařsky nezbytná zdravotní péče s přihlédnutím k povaze dávek a předpokládané době pobytu na území **ČR**	Hradí cizí instituce, která vystavila některý z uvedených dokladů zdravotního pojištění. Náklady účtovány elektronicky prostřednictvím styčných orgánů

7.1.1. Obecně

Definice lékařsky nezbytné zdravotní péče zahrnuje vše, co z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta a co je v obdobném případě poskytováno v rámci českého systému veřejného zdravotního pojištění.

Nikdy by nemělo jít o zdravotní péči, za níž by cizí pojištěnec na území České republiky cíleně a záměrně vycestoval. V takovém případě by musel mít souhlas své zdravotní pojišťovny (Přenositelný dokument S2, dříve E 112). Pokud cizí pojištěnec vycestoval do ČR výlučně za účelem poskytnutí zdravotní péče bez souhlasu své zdravotní pojišťovny, musí si celou zdravotní péči zaplatit sám. K převzetí nákladů českou ZP nedojde.

Cizí pojištěnec má nárok na poskytnutí lékařsky nezbytné péče i v případě, že trpí **chronickým onemocněním**, nebo že se již léčí. Pokud ví, že bude při pobytu na území ČR potřebovat péči, související s chronickým onemocněním (typicky dialýza, kyslíková terapie, chemoterapie, echokardiografie u chronických autoimunních onemocnění apod.), měl by před výjezdem do ČR zkontaktovat české zdravotnické zařízení a domluvit si čas a podmínky poskytnutí takové péče.

Za nezbytnou může být považována i péče, která následuje po léčení v jiném státě (např. rehabilitace po operaci). Předpokladem ale je, že zde pacient pobývá z jiného důvodu, než je čerpání zdravotní péče (např. jako student, nebo vyslaný pracovník).

Cizí pojištěnka má nárok na poskytování lékařsky nezbytné zdravotní péče i během **těhotenství a mateřství**, tzn. včetně **prohlídek, porodu a následné péče o matku a dítě**. Nárok se přirozeně týká i narozeného dítěte a je odvozen od pojištění matky.

Poznámka: *Pouze zcela výjimečně by bylo možné výpomocnou úhradu nákladů na porod odmítnout, a to v případě, že by bylo šlo prokazatelně o vycestování pouze a výlučně za účelem porodu (tzn. porod by byl dopředu domluven a nebyl by jiný důvod pobytu v ČR).*

Rozsah poskytované péče se řídí **předpokládanou dobou pobytu** na území České republiky. Delší pobyt = širší rozsah a délka léčení (u pobytu přesahujícího předpokládanou dobu léčení nemoci se v zásadě rozsah péče blíží nebo rovná plné zdravotní péči). **Rozsah péče určuje v prvé řadě ošetřující lékař.**

Poznámka: *V případech, kdy pacient není schopen propuštění z léčení (např. leží v nemocnici po autonehodě), je samozřejmě součástí nároku pokračování v léčbě i v situacích, kdy byla původně plánovaná doba pobytu kratší.*

Cizí pojištěnec nebo český poskytovatel může kdykoliv požádat Kancelář zdravotního pojištění (prostřednictvím webového formuláře nebo aplikace e-KZP nebo některou českou zdravotní pojišťovnu, aby zařídila dodatečné zaslání dokladu o jeho nároku ze země, kde je pojištěn. V takovém případě se obrátí česká zdravotní pojišťovna nebo KZP na jeho příslušnou zahraniční pojišťovnu prostřednictvím S044.

7.1.2. Příklady posuzování rozsahu nezbytné péče

PANA ANDERA BOLÍ ZUB

Pan Ander, který je pojištěn v zemi EU, pobývá po dobu tří týdnů na dovolené v ČR. V ČR je za dávku v případě nemoci považováno kromě jiného i ošetření u zubního lékaře včetně poskytnutí zubní náhrady. V druhém týdnu pobytu panu Anderovi vypadne velká výplň ve stoličce. Protože má bolesti, vydá se pan Ander přímo k zubnímu lékaři. Ten zjistí, že je zapotřebí provést okamžitou provizorní výplň zubu, která utiší bolest a zabrání dalšímu poškození zubu. Kromě toho zjistí, že poškozený zub bude zapotřebí během následujících tří až čtyř měsíců opatřit korunkou, která jej ochrání dlouhodobě.

V tomto případě musí být v rámci výpomocného převzetí nákladů poskytnuto provizorní ošetření – nikoliv však korunka. Tu lze totiž bez problémů odsunout na dobu po ukončení dovolené v ČR.

PANA BERANA TAKÉ BOLÍ ZUB

Pan Beran, který je také pojištěn ve státě EU a pobývá v ČR, onemocní jako pan Ander v předchozím příkladu. Stane se tak však během druhého měsíce jejího půlročního pracovního pobytu v ČR. V tomto případě by bylo možno v rámci výpomocného převzetí nákladů českou ZP poskytnout také korunku na uvedenou

stoličku.

PAN ČÍŽEK SI ZLOMIL NOHU

Pan Čížek, který je pojištěn ve státě EU, pobývá po dobu jednoho semestru v rámci svého studia v ČR. V ČR je za dávku v případě nemoci považována také léčba v nemocnici, jakož i poskytnutí léčebných prostředků v rámci všech výkonů léčebné fyzioterapie, jako jsou reflexní masáže a rehabilitační gymnastika. Na začátku posledního měsíce semestru utrpí pan Čížek při cestě na univerzitu těžký úraz (zlomenina nohy), kvůli kterému musí zůstat tři týdny v nemocnici. Lékař v nemocnici při propuštění z nemocniční léčby zjistí, že pana Čížka – aby byla zajištěna plná pohyblivost léčené nohy – musí během následujících dvou až tří týdnů zahájit odpovídající rehabilitaci.

V tomto případě musí být v rámci výpomocného převzetí nákladů českou ZP poskytnuta nemocniční léčba – rehabilitace však nikoliv.

PAN TOULEC SI TAKÉ ZLOMIL NOHU

Panu Toulcovi, který je také pojištěn ve státě EU a pobývá po dobu jednoho semestru ke studijním účelům v ČR, se stane stejná nehoda jako panu Čížkovi. Tentokrát se tak ale stane na začátku semestru.

V tomto případě musí být v rámci výpomocného převzetí nákladů českou ZP poskytnuta kromě nemocniční léčby také rehabilitační terapie.

PANA ŠVECE BOLÍ SRDCE

Pan Švec, který je pojištěn ve státě EU, trpí již mnoho let chronickou srdeční insuficiencí. V novinách se dočetl, že v ČR praktikuje lékař, který při léčbě takovýchto nemocí dosáhl velkých úspěchů. Vydá se do ordinace tohoto lékaře a chtěl by být léčen na základě svého Evropského průkazu zdravotního pojištění.
V tomto případě nepřichází ošetření na základě Evropského průkazu zdravotního pojištění do úvahy. Musel by získat souhlas s ošetřením své příslušné zdravotní pojišťovny (příslušný Přenositelný dokument S2, dříve E112).

7.1.3. Postup při uplatnění nároku v ČR

Cizí pojištěnec se může prokázat při ošetření různými doklady a od toho se odvíjejí různé postupy. V zásadě existují tyto tři varianty:

A) Cizí pojištěnec se v ČR obrátil s Evropským průkazem zdravotního pojištění nebo Potvrzením dočasně nahrazujícím Evropský průkaz zdravotního pojištění přímo na českého lékaře nebo nemocnici

Pojištěnci ze států EU, EHP, ze Spojeného království a ze Švýcarska mají nárok na přímý přístup k českému lékaři. Pokud se cizí pojištěnec prokáže u lékaře (v nemocnici) platným Evropským průkazem zdravotního pojištění nebo Potvrzením dočasně nahrazujícím Evropský průkaz zdravotního pojištění, má nárok na poskytnutí lékařsky nezbytné zdravotní péče s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a předpokládané době pobytu na území ČR.

Pokud cizí pojištěnec předloží některý z výše uvedených dokladů, bude zdravotnickým zařízením ošetřen na účet české smluvní zdravotní pojišťovny. Doklad musí být platný v době ošetření.

Je-li to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta možné, požádá zdravotnické zařízení cizího pojištěnce o volbu české smluvní zdravotní pojišťovny. Pokud to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta možné nebude, zvolí českou smluvní zdravotní pojišťovnu zdravotnické zařízení. Zvolená smluvní ZP péči uhradí výkonově a posléze se obrátí se žádostí o úhradu na Kancelář ZP. Zvolená smluvní pojišťovna na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci).

Podrobný postup zdravotnického zařízení viz. kapitola 10 „DOPORUČENÝ POSTUP PRO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PŘI OŠETŘENÍ ZAHRANIČNÍCH POJIŠTĚNCŮ“.

B) Cizí pojištěnec se rozhodl pro předchozí registraci u některé z českých zdravotních

pojišťoven (přichází v úvahu zejména u vyslaných pracovníků a studentů)

Pojištěnec z jiného členského státu EU, pobývající na území České republiky přechodně, se může obrátit na pobočku kterékoliv z českých zdravotních pojišťoven, předložit Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz a požádat o registraci.

S Potvrzením o registraci, nebo žlutým Průkazem pojištěnce pobývajícího na území České republiky se pak cizí pojištěnec v případě nutnosti obrátí na smluvní zdravotnické zařízení (případně lékárnu) se žádostí o poskytnutí dávky.

Zdravotnické zařízení účtuje poskytnutou péči zvláštní dávkou a fakturou pojišťovně, která potvrzení vydala. Tato pojišťovna na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci).

Praktický postup registrace cizího pojištěnce při přechodném pobytu v ČR viz. Kapitola 23 Uživatelské příručky

C) Pacient nepředložil lékaři ani Evropský průkaz zdravotního pojištění, ani Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz, ani české Potvrzení o registraci nebo žlutý Průkaz pojištěnce pobývajícího na území České republiky

Pokud se na českého lékaře obrátí pacient, který je státním příslušníkem členského státu EU, EHP, Spojeného království a Švýcarska a nemá u sebe žádný z výše uvedených dokumentů, je třeba rozlišit, zda jde o ambulantní péči, nebo o hospitalizaci.

Při ambulantním ošetření lze vždy požadovat přímou úhradu pacientem v souladu s českými právními předpisy. Pro cenotvorbu v těchto případech je určující Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví, který stanoví hodnotu bodu.

V případě hospitalizace nemocnice požádá o obstarání příslušného dokladu o nároku zahraničního pojištěnce Kancelář zdravotního pojištění (prostřednictvím webového formuláře nebo aplikace e-KZP), nebo některou českou smluvní zdravotní pojišťovnu. Ani zde ale není právně vyloučeno požadovat úhradu přímo od pacienta, pokud nemá doklad o pojištění a je k úhradě ochoten (i zde je pro cenotvorbu určující Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví). Pro urychlení postupu si nemocnice může příslušný doklad ze zahraničí obstarat také sama, a to buď přímo, prostřednictvím rodiny, či přátel doprovázejících pacienta.

Je-li to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta možné, požádá zdravotnické zařízení cizího pojištěnce o volbu české smluvní zdravotní pojišťovny. Pokud to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta možné nebude, zvolí českou smluvní zdravotní pojišťovnu zdravotnické zařízení.

Pro účely obstarání příslušného dokladu ze zahraničí by měla nemocnice u pacienta zjistit, kde je v zahraničí pojištěn, u které instituce. Pokud to není možné, je třeba získat alespoň jméno, příjmení, datum narození a adresu pacienta. Zvolená smluvní zdravotní pojišťovna, případně Kancelář ZP se obrátí na zahraniční pojišťovnu pacienta a požádá ji o zaslání nárokového dokladu. Takto získaný doklad je poté předložen zdravotní pojišťovně zvolené pacientem se žádostí o jeho dodatečnou registraci.

Česká zdravotní pojišťovna poskytnutou zdravotní péči nemocnici uhradí pouze v tom případě, že se ze zahraničí podaří získat potřebný nárokový doklad potvrzený pacientovou pojišťovnou.

Poznámka*:** *Pokud cizí pojištěnec z nějakého důvodu při pobytu v ČR nedisponuje Evropským průkazem zdravotního pojištění, ani Potvrzením dočasně nahrazujícím Evropský průkaz zdravotního pojištění, má v každém případě právo vyžádat si je ze zahraničí buď ještě během pobytu v ČR nebo dodatečně (z praktických důvodů většinou zasíláno/faxováno papírové Potvrzení dočasně nahrazující EHIC).* ***Je povinností českých institucí zdravotního pojištění (ZP nebo Kanceláře ZP) v takovém případě získání nárokového dokladu zprostředkovat.

Praktický postup podání žádosti o nárokový doklad pro přechodný pobyt v ČR - viz. Kapitola 24 Uživatelské příručky

7.1.4. Vypršení platnosti Evropského průkazu, nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího EHIC

V případě, že vypršela platnost Evropského průkazu, nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího EHIC a osoba je zde dále léčena, může se česká ZP nebo Kancelář ZP obrátit na příslušnou cizí pojišťovnu SEDem S044, jehož prostřednictvím ji požádá o zaslání nového nárokového dokumentu – postup viz. výše v předchozí části.

Pokud o zaslání nárokového dokladu žádá přímo cizí pojištěnec nebo český poskytovatel, činí tak neformálně a jako nárokový doklad je zasláno přímo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC, případně samotný EHIC.

7.1.5. Zvláštní postupy u vyslaných pracovníků - pracovní úraz

Postup obdobně jako v kapitole 6.3.8.

7.1.6. Zvláštní postupy u studentů - výdělečná činnost během přechodného pobytu v ČR

Pokud by student v ČR začal vykonávat výdělečnou činnost, zakládající mu povinnou účast v českém systému veřejného zdravotního pojištění (zaměstnání i SVČ), stane se českým pojištěncem a náklady na jeho zdravotní péči nebudou účtovány jeho příslušné zahraniční pojišťovací instituci. Dále by k němu bylo přistupováno jako k českému výdělečně činnému studentovi (tzn. včetně pravidel pro hrazení pojistného, které je částečně hrazeno českým státem). Poznámka: pokud by šlo o studium na území jiného státu, muselo by být postaveno dle rozhodnutí MŠMT naroveň studiu v ČR

V některých případech studenti vykonávají výdělečnou činnost na základě dohody o pracovní činnosti. V těchto případech může dojít k tomu, že v některém měsíci nedosáhnou příjmu, potřebného pro účast v nemocenském a tím i zdravotním pojištění. V takových situacích jsou možná dvě řešení podle konkrétní situace:

- Ukončení studentova pojištění v tom období, kdy nesplňuje podmínky pro účast v systému na základě zaměstnání.
- Druhé, výjimečnější řešení, přichází v úvahu za předpokladu, že má cizí student v ČR bydliště ve smyslu evropského práva, tedy těžiště zájmů. V takovém případě je možné považovat jej i v období, kdy nesplňuje podmínky pro účast v systému na základě zaměstnání, za českého pojištěnce.

7.1.7. Poskytování dlouhodobých věcných dávek na území ČR

Česká republika neinformovala Správní komisi o žádné dlouhodobé věcné dávce, poskytované na území ČR. Znamená to, že české výpomocné ZP nemusí informovat

zahraniční instituce o specifických nákladech na tuto dlouhodobou péči. Pokud cizí pojištěnec doručí na ZP potvrzení o tom, že je mu vyplácena dlouhodobá peněžitá dávka, popřípadě pokud o tom zahraniční instituce informuje českou ZP prostřednictvím SEDu S001, nemá to pro českou ZP žádný důsledek (měla by pouze potvrdit přijetí S001 prostřednictvím SEDu S002).

Poznámka: *Některé věcné dávky (např. domácí péče, či péče v LDN) by přitom za dlouhodobé pravděpodobně považovány být mohly. Při jejich neuvedení do seznamu Správní komise bylo vycházeno z toho, že náklady na tyto dávky budou stejně jako doposud i nadále výpomocně poskytovány a účtovány do zahraničí bez ohledu na jejich neuvedení v příslušném seznamu. Doplnění seznamu bude znovu zvažováno, pokud by se ukázalo, že je s výpomocným poskytováním ze strany některých států problém.*

7.1.8. Úhrada nákladů

A) Náklady standardně převzaty českou výpomocnou pojišťovnou

Zahraniční pojištěnec se smí na české zdravotnické zařízení obrátit přímo bez předchozí registrace. V takovém případě je nutné, aby ho zdravotnické zařízení výpomocně zaregistrovalo u zvolené výpomocné zdravotní pojišťovny, která pojištěnci přidělí výpomocné číslo pojištěnce, pod nímž bude provedeno vyúčtování.

Cizí pojištěnec může být zaregistrován prostřednictvím aplikace e-KZP, která provede registraci prostřednictvím AP KZP, nebo vyplněním tiskopisu Potvrzení o nároku, popřípadě pořízením kopie Evropského průkazu, nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz a jejich zasláním zvolené zdravotní pojišťovně. Popřípadě jinak dle domluvy se zdravotní pojišťovnou.

Úhrada nákladů ze strany zahraniční mateřské zdravotní pojišťovny pacienta probíhá prostřednictvím Kanceláře ZP a mezinárodní přeúčtovací procedury. Hradí se skutečně vynaložené náklady české výpomocné zdravotní pojišťovny.

Poznámka: *Je nutné, aby česká pojišťovna archivovala všechny doklady předložené lékařem, nebo přímo cizím pojištěncem (v praxi kopie Evropských průkazů zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz, vyplněné tiskopisy Potvrzení o nároku, nebo jiné doklady) pro účely vyúčtování péče zahraniční kompetentní instituci.*

Poznámka: *Co se rozumí lékařsky nezbytnou zdravotní péčí, se řídí českými právními předpisy a posouzením českého ošetřujícího lékaře v mezích definice nezbytné péče. V případě vážných pochybností o správnosti rozsahu poskytnuté zdravotní péče českým poskytovatelem může zvolená česká zdravotní pojišťovna výjimečně zpochybnit výpomocné převzetí nákladů na zdravotní péči.*

B) Osoba zaplatila za ošetření v ČR v hotovosti a dodatečně žádá o refundaci

V případě, kdy lékařsky nezbytná zdravotní péče byla uhrazena v ČR cizím pojištěncem v hotovosti, může se tento pojištěnec s příslušnými doklady o zaplacení a lékařskou zprávou obrátit na svou zahraniční pojišťovnu a požádat o refundaci vynaložených nákladů.

Zahraniční pojišťovna se prostřednictvím S067 (dříve formulář E 126) obrátí na Kancelář zdravotního pojištění. Pokud je žádost o vyčíslení nákladů zaslána na ZP, předá ji

zdravotní pojišťovna Kanceláři ZP.

KZP pokud možno zkontroluje, zda šlo o lékařsky nezbytnou péči a zda byla poskytnuta v zařízení napojeném na systém veřejného zdravotního pojištění a stanoví výši nákladů na danou péči podle českých právních předpisů v sazbách platných pro české pojištěnce.

Informaci o spočtené výši nákladů a případně doplňující informace zašle KZP dožadující zahraniční instituci prostřednictvím SEDu S068. Zahraniční pojišťovna poté refunduje svému pojištěnci jeho náklady do výše oznámené českou zdravotní pojišťovnou.

Pokud byla péče poskytnuta v nesmluvním zařízení a šlo o neodkladné ošetření, uvede česká ZP částku, kterou by za dané ošetření mohla uhradit tomuto nesmluvnímu zařízení (tzn. zpravidla cenu stanovenou pro odpovídající neodkladné ošetření pojištěnce nesmluvním zdravotnickým zařízením dle českých předpisů – viz. aktuální cenový předpis MZ ČR).

Praktický postup ověření ceny v ČR na žádost zahraniční instituce - *viz. Kapitola 25 Uživatelské příručky*

7.1.9. Příklady

1) PUB CRAWL V PRAZE

Pan Virtanen přijel s pár přáteli do Prahy jako turista na dvoutýdenní dovolenou. Pánové se rozhodnou vyzkoušet za dobu svého pobytu co nejvíce pražských restaurací. Třetí den pan Virtanen upadne, když dobíhá tramvaj, a poraní se na hlavě a na noze (nic vážného, není zapotřebí žádná operace). Je dopraven do fakultní nemocnice, kde stráví dva následující dny. Má s sebou platný Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Pan Virtanen si přímo v nemocnici zvolí jednu z českých smluvních zdravotních pojišťoven, která bude jeho výpomocnou pojišťovnou v místě pobytu. Nemocnice za použití aplikace e-KZP pana Virtanena výpomocně zaregistruje u zvolené ZP, popřípadě vyplní tiskopis Potvrzení o nároku, kde zejména uvede identifikační údaje pana Virtanena, které přepíše z předloženého Evropského průkazu. Na tiskopisu též nechá pana Virtanena potvrdit, že nevycestoval do ČR za účelem léčení, jakou pojišťovnu si vybral jako výpomocnou a jak dlouho se hodlá v ČR zdržet.

Nemocnice poskytnutou péči vyúčtuje pod přiděleným výpomocným číslem pojištěnce zvláštní fakturou a dávkou pod kódem pojištění 4. Případně pokud nezískala číslo pojištěnce prostřednictvím e-KZP přiloží k vyúčtování poskytnuté zdravotní péče české pojišťovně vyplněný tiskopis Potvrzení o nároku. Nemocnice může také zkopírovat EHIC a k tiskopisu Potvrzení o nároku přiložit jeho kopii. V takovém případě není nutné, aby byla nemocnicí vyplněna část A tiskopisu Potvrzení o nároku (identifikace pacienta).

Zvolená česká zdravotní pojišťovna vykázanou péči zaplatí.

Ve stanovenou dobu poté zdravotní pojišťovna zašle spolu s ostatními případy cizích pojištěnců ošetřených v ČR i vyúčtování, týkající se pana Virtanena, na Kancelář ZP.

Po obdržení úhrady z finského styčného orgánu Kancelář ZP úhradu rozdělí podle jednotlivých českých pojišťoven a podle uznaných případů. Výpomocné české pojišťovně zašle příslušnou částku za pana Virtanena.

2)CO VŠECHNO NEZBYTNĚ POTŘEBUJÍ HEIKKINENOVI

Finská společnost vyslala svého zaměstnance, pana Heikkinena, na 12 měsíců do České republiky. Příslušníci jeho rodiny (manželka a dvě děti) přijeli do ČR s ním. Jeho manželka je těhotná. Děti trpí chronickými onemocněními, která vyžadují každotýdenní péči (cukrovka a umělá ledvina) a také preventivní zdravotní péči. Manželka by měla v Praze porodit. Rodina tráví dovolené a víkendy na cestách v Německu a Rakousku a občas potřebují v Německu lékařskou péči.

Pro uplatnění nároku na věcné dávky může pan Heikkinen zvolené české zdravotní pojišťovně předložit Evropský průkaz zdravotního pojištění a nechat se pro tento delší pobyt v ČR zaregistrovat (není

k tomu povinen, ale pro českého poskytovatele je administrativa s českým registračním dokladem jednodušší). Stejně tak se mohou registrovat členové jeho rodiny, kteří přicestovali s ním. ZP jim v takovém případě vydá Potvrzení o registraci s nárokem na poskytnutí nezbytné péče (pokud by se pro takový postup ZP rozhodla, mohla by jim též vydat žlutý Průkaz pojištěnce EU pobývajícího v ČR).

Pokud se pan Heikkinen nebo člen jeho rodiny nezaregistruje, mohou uplatnit svůj finský EHIC až v případě potřeby přímo u českého poskytovatele.

Na základě průkazů EHIC bude kryta i péče poskytovaná chronicky nemocným dětem pana Heikkinena a jeho těhotné manželce, a to včetně porodu a následné péče. To by neplatilo pouze v případě, že rodinní příslušníci vycestovali do ČR cíleně za účelem čerpání zdravotní péče. Z péče budou vyloučeny pouze ty preventivní prohlídky, které nesouvisí s chronickým onemocněním – viz. definice v kapitole 4.

Pan Heikkinen by měl kromě průkazu EHIC přijet do ČR ještě s potvrzeným dokladem o zachování příslušnosti k finským právním předpisům (příslušný přenositelný dokument A1 nebo dříve formulář E 101FIN), který si uschová pro případ kontroly ze strany ČSSZ nebo ZP. Na základě uvedeného dokumentu nebude podléhat českým právním předpisům o sociálním zabezpečení (včetně zdravotního) a na základě finského Evropského průkazu bude mít nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči během celé doby pobytu v ČR.

Při pobytu v jiných státech (např. dovolená v Německu, lyžování v Rakousku) se pan Heikkinen a jeho nezaopatření rodinní příslušníci také prokazují finským Evropským průkazem a případnou péči hradí finská instituce KELA, která průkaz vystavila.

***Poznámka**: Pan Heikkinen též může mít spolu s rodinou na území ČR nárok na plnou zdravotní péči dle českých právních předpisů na základě Přenositelného dokladu S1, nebo nárokového dokladu S072 (dříve E106), zejména pokud by jeho očekávaná mise byla delší než 12 měsíců a ČR by tak bylo možno považovat za stát bydliště. V takovém případě by se jeho situace řídila pravidly uvedenými dále u Pojištěnců jiného státu EU, bydlících na území ČR.*

7.2. Plánovaná péče poskytovaná cizím pojištěncům v ČR

Kdo má nárok	Nárokový doklad	Rozsah péče	Kdo hradí
Pojištěnec z jiného členského státu, kterému byla odsouhlasena plánovaná péče v ČR ***Příslušná ustanovení:*** *Čl. 20 nařízení 883/2004* *Čl. 26 nařízení 987/2009* ***Rozsudky ESD*** - *Kohll (C-158/96) a Decker (C-120/95)* - *Peerboms-Smits (C-157/99)* - *Vanbraekel (C-368/98)* - *Müller-Fauré a Van Riet (C-385/99)* - *Inizan (C-56/01)* - *Watts (C-372/04)* - *Acereda Herrera (C-466/04)* - *Keller (C-145/03)*	Přenositelný dokument **S2** (dříve formulář **E112**) **S010** (při potvrzení nároku zaslaném přímo české výpomocné ZP cizí institucí)	nárok na konkrétní (specifikovanou) vyžádanou péči v ČR	Hradí zahraniční instituce, která potvrdila nárokový doklad ve skutečných nákladech. Náklady účtovány prostřednictvím styčných orgánů

7.2.1. Obecně

Cizí pojištěnec má nárok na poskytnutí vyžádané péče v ČR se souhlasem své zdravotní

pojišťovny. Péči musí obdržet za stejných podmínek jako český pojištěnec.

Udělení souhlasu, či odmítnutí takového vycestování, je plně v kompetenci cizí příslušné zdravotní pojišťovny. Výjimkou jsou případy, kdy jde o péči, která je podle jejich předpisů v rámci systému zdravotního pojištění poskytována, ale s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu osoby a očekávanému vývoji nemoci ji nelze poskytnout v lékařsky ospravedlnitelné době (dle judikatury bez zbytečného odkladu). V takovém případě cizí instituce souhlas vydat musí.

Zdravotní péče musí být v ČR poskytnuta za stejných podmínek a ve stejných termínech, jako by šlo o českého pojištěnce. Poskytnutí péče nesmí být na úkor českých pacientů. To znamená zejména, že pokud se na daný výkon v daném zdravotnickém zařízení čeká, měl by počkat i cizí pojištěnec. Musí jít o zdravotnické zařízení, které má smlouvu s českou zdravotní pojišťovnou, u níž se cizí pojištěnec zaregistruje.

Souhlas udělí zahraniční pojišťovna prostřednictvím příslušného přenositelného dokumentu S2 (dříve formulář E112), jehož originál předá žadateli, nebo zašle české pojišťovně v místě pobytu, pokud o něj tato požádala. Nebo může česká ZP požádat o zaslání souhlasu (S010) zahraniční instituci elektronicky.

Pokud jde o specifickou zdravotní péči, předpokládá se, že je její poskytnutí zpravidla předjednáno a v nárokovém dokladu je, pokud možno, vyznačen název zdravotnického zařízení, kam se osoba pro péči odebírá. Pokud je poskytnutí předjednáno i s českou zdravotní pojišťovnou, může být doklad zaslán přímo jí. V bodě 2.2 přenositelného dokumentu S2 (v bodě 3 formuláře E112) pak cizí pojišťovna vyznačí dobu, po níž nárok trvá. Obecně jde o takovou dobu, která se předpokládá k tomu, aby léčení splnilo svůj účel.

Nárokový doklad by měl být pojištěncem předložen české pojišťovně v místě pobytu. K předložení nárokového dokladu české výpomocné zdravotní pojišťovně může dojít i prostřednictvím českého zdravotnického zařízení.

Poskytnutí péče v ČR může předcházet zjišťování ze strany zahraniční instituce, zda je konkrétní péče v ČR poskytována a hrazena.

V případě, že je nutné další léčení nad rámec původně schválené péče, měla by o tom česká výpomocná ZP zahraniční instituci informovat a vyžádat si svolení s dalším léčením. Nicméně v případě, že vyvstane potřeba poskytnutí nezbytné péče, je tato poskytována na Evropský průkaz zdravotního pojištění.

7.2.2. Postup při zjišťování ze strany zahraniční instituce, zda je konkrétní péče v ČR poskytována a hrazena

Cizí instituce se může informovat, zda je předpokládaná plánovaná péče v ČR vůbec poskytována a hrazena. Cizí instituce se v takovém případě obrátí na českou ZP se žádostí o stanovisko. Žádost je podána prostřednictvím dokumentu S014, česká ZP odpovídá na dokumentu S015.

Praktický postup zpracování žádosti o vyjádření, zda je péče v ČR hrazena *viz. Kapitola 26 Uživatelské příručky*

7.2.3. Postup poskytnutí plánované péče v ČR - pacient s nárokovým dokladem

A) Pacient s nárokovým dokladem se nejdříve obrátil na českou zdravotní pojišťovnu, kde se zaregistroval

Česká zdravotní pojišťovna zaregistruje cizího pojištěnce a vydá mu Potvrzení o registraci. Na Potvrzení označí, že osoba má nárok na plánovanou péči a označí tuto specifickou péči, která je se zdravotnickým zařízením zpravidla předjednána. Informace o druhu péče může vyplývat z dokumentace přiložené k nárokovému dokladu. Bližší informaci si též může zdravotní pojišťovna vyžádat od zahraniční pojišťovny, která nárokový doklad vystavila.

S Potvrzením o registraci se poté cizí pojištěnec obrací na zdravotnické zařízení.

V případě potřeby samozřejmě ZP poskytne cizímu pojištěnci administrativní pomoc nebo radu stejně tak, jako by to učinila u svého pojištěnce (např. v případě problémů ve vztahu ke zdravotnickému zařízení).

B) Pacient se obrátil s nárokovým dokladem přímo na české zdravotnické zařízení a u ZP se zaregistroval dodatečně

Pokud se cizí pojištěnec obrátí na lékaře, nebo nemocnici přímo, bez předchozí registrace u české zdravotní pojišťovny, lékař nebo jiný pracovník poskytovatele se spojí se smluvní pojišťovnou, s níž bylo poskytnutí péče předjednáno, popřípadě jej požádá o volbu smluvní zdravotní pojišťovny, která se stane jeho českou výpomocnou zdravotní pojišťovnou.

Poskytnutá péče je zdravotní pojišťovně vyúčtována pod přiděleným výpomocným číslem pojištěnce zvláštní fakturou a dávkou pod kódem pojištění 4. Případně pokud nebyla péče předjednána a nebylo přiděleno číslo pojištěnce, přiloží poskytovatel k vyúčtování poskytnuté zdravotní péče české pojišťovně vyplněný tiskopis Potvrzení o nároku.

Poznámka: *V případě dokladu S2 vystaveného britskou institucí pro porod a následnou péči o matku a dítě, se péče o matku i dítě účtuje na tento doklad. S2 je registrována i jako nárokový doklad dítěte.*

Praktický postup při registraci cizího pojištěnce pro čerpání plánované péče v ČR - *viz. Kapitola 27 Uživatelské příručky*

7.2.4. Postup v případě, kdy se ukáže potřeba pokračování v léčení na území ČR

Česká ZP může na základě komunikace s ošetřujícími lékaři zjistit, že je v daném případě nutné provést neočekávané další léčení, nekryté původním souhlasem. V takovém případě by měla česká ZP kontaktovat zahraniční kompetentní instituci, o této potřebě ji informovat a vyžádat si souhlas s pokračováním v léčení. V případě neočekávaných komplikací se jedná o péči nezbytnou.

Praktický postup při žádosti o souhlas s rozšířením plánovaného léčení v ČR - *viz. Kapitola 28 Uživatelské příručky*

7.2.5. Postup poskytnutí plánované péče v ČR – pacient bez nárokového dokladu

Výše uvedené postupy a principy se netýkají situace, kdy cizí pacient čerpá v ČR plánovanou zdravotní péči bez souhlasu své zdravotní pojišťovny. V takovém případě

náklady nemohou být převzaty českou ZP.

Cizímu pacientovi může být účtována smluvní cena. Kalkulace ceny a přístup k poskytnutí péče by měl být stejný, jako při poskytování plánované péče českému pojištěnci nesmluvní zdravotní pojišťovny. V zásadě se na poskytnutí péče též nevztahují časová omezení přístupu k péči, vyplývající z omezených zdrojů českého veřejného zdravotního pojištění (tzn., že zdravotnické zařízení jej může v rámci svých volných kapacit ošetřit za úplatu dříve než české pojištěnce čekající na stejný výkon).

Takový postup by ovšem neměl mít za následek, že se prodlouží čekací doby pro české pojištěnce.

7.2.6. Úhrada nákladů

A) Úhrada nákladů mezi českou výpomocnou zdravotní pojišťovnou a zahraniční kompetentní institucí

Náklady, vynaložené výpomocně českou zdravotní pojišťovnou na plánovanou péči, poskytnutou cizímu pojištěnci na základě nárokového dokladu, jsou vyúčtovány příslušné zahraniční instituci v rámci běžného mezinárodního přeúčtování nákladů, tzn. prostřednictvím Kanceláře ZP.

B) Dodatečná refundace nákladů pojištěnci jeho zahraniční kompetentní institucí

V každém případě může dojít k tomu, že bude dodatečně zahraniční kompetentní instituce zjišťovat cenu vyžádané péče, která by přicházela v úvahu, pokud by byla péče poskytnuta prostřednictvím výpomocné české zdravotní pojišťovny (např. při dodatečně uděleném souhlasu).

Tyto náklady vyčíslí Kancelář zdravotního pojištění a sdělí je zahraniční instituci. Žádost a informace je podávána prostřednictvím dokumentu S067 a odpověď odesílána S068 (dříve E126).

Praktický postup zpracování žádosti z EU o vyčíslení refundovatelné částky - *viz. Kapitola 25 Uživatelské příručky*

7.2.7. Plánovaná péče, poskytovaná na území ČR českým pojištěncům, registrovaným v jiném státě bydliště

Čeští pojištěnci, registrovaní spolu se svými nezaopatřenými rodinnými příslušníky v jiném státě bydliště, mají na území ČR nárok na plný rozsah zdravotní péče. Mohou proto do ČR cestovat za péčí i plánovaně a bez jakéhokoliv zvláštního souhlasu.

Poznámka: *Pokud byli registrováni u českého praktického lékaře a registraci nezrušili, může dle názoru Kanceláře ZP tato registrace nadále trvat, včetně pravidelného hrazení kapitačních plateb za tyto osoby (resp. nelze českým pojištěncům a poskytovatelům tuto možnost zakázat).*

7.3. Bydliště v ČR – cizí pojištěnci a jejich nezaopatření rodinní příslušníci

Kdo má nárok	Doklad o nároku v ČR	Rozsah péče	Kdo hradí

Osoby, pojištěné v jiném členském státě a/nebo jejich nezaopatření rodinní příslušníci, kteří bydlí v ČR. Typicky jde o osoby vykonávající výdělečnou činnost (zaměstnání, SVČ) v jiném státě a bydlící v ČR spolu se svými rodinami (přeshraniční pracovníci). Dále může jít o nezaopatřené rodinné příslušníky osoby, vykonávající výdělečnou činnost v jiném státě, přičemž rodinný příslušník bydlí v ČR a cizí pojištěnec ve státě jiném. Dále může jít o cizí důchodce, nebo žadatele o cizí důchod a/nebo jejich nezaopatřené rodinné příslušníky, bydlící na území ČR. *Příslušná ustanovení: Čl. 17, 18, 19, 24, 25, 26, 27.1.3.4 nařízení 883/2004* *Čl. 24, 25, 26 A2.3 nařízení 987/2009* *Rozhodnutí Správní komise S4, S5, S6, S7* *přílohy III, IV nařízení 883/2004 a příloha 3 nařízení 987/09*	**Nárokové doklady:** **Přenositelný dokument S1** (pokud si jej vyžádal přímo pojištěnec), **S072** (v případě, že si ho vyměnily instituce mezi sebou) dříve **E106** – pracovníci, **E109** – rodiny bydlící samostatně, **E120** – žadatelé o důchod, **E121** - důchodci **Související doklady:** **S050** – zpochybnění data registrace **Změna nebo zrušení:** **S016 –** zrušení nárokového dokladu **S018 –** zrušení registrace	Plná zdravotní péče podle českých předpisů na území ČR i plná zdravotní péče podle předpisů státu pojištění na jeho území, pro pojištěnce i jeho rodinného příslušníka. **Výjimkou**: rodiny pendlerů pojištěné v Dánsku, Irsku, Finsku, Švédsku, Velké Británii a důchodci s rodinami pojištění v Dánsku, Estonsku, Finsku, Chorvatsku, Irsku, Itálii, Litvě, Lotyšsku, Maltě, Portugalsku, Rumunsku, Švédsku, Velké Británii, kteří mají v uvedených státech pojištění pouze nárok na nezbytnou péči. Při přechodném pobytu v ostatních státech (mimo ČR a stát pojištění) vždy nárok na lékařsky nezbytnou péči. EHIC nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC vystavuje vždy kompetentní zdravotní pojišťovna. Vyžádanou péči autorizuje a hradí vždy zahraniční kompetentní zdravotní pojišťovna	Náklady v ČR nese zahraniční kompetentní instituce, u níž je dotčená osoba pojištěna a která vystavila nárokový doklad. Hradí se skutečné náklady, vzniklé české zdravotní pojišťovně, a to prostřednictvím styčných orgánů.

7.3.1. Obecně

Pojištěnec jiného členského státu, který má bydliště v ČR, zde má spolu se svými nezaopatřenými rodinnými příslušníky nárok na plnou zdravotní péči na účet své zahraniční pojišťovny. Nárok se vztahuje i na rodinné příslušníky, pokud bydlí v ČR a pojištěnec bydlí v jiném státě.

POSOUZENÍ BYDLIŠTĚ

Bydlištěm se rozumí skutečné bydliště na území ČR, tedy fakt, že zde má pracovník těžiště svých zájmů (majetek, děti zde chodí do školy atd.). Posouzení, zda má pojištěnec bydliště na území ČR je nejdříve v kompetenci jeho zahraniční zdravotní pojišťovny. Je nicméně i povinností pojišťovny ve státě bydliště zdejší bydliště ověřit.

Česká ZP v místě bydliště nemusí v případě vážných pochybností s názorem zahraniční instituce souhlasit. Pokud dojde ke sporu o určení státu bydliště mezi institucemi dvou států, je nutné určit jej na základě kritérií obsažených v čl. 11 prováděcího nařízení 987/2009.

Pokud se nelze na základě těchto kritérií na určení státu bydliště shodnout, měla by být rozhodující vůle dotčené osoby. Spory o bydliště v jednotlivých případech by měly být předány k řešení Kanceláři ZP (viz též postup v kapitole 5.4.3).

DOTČENÉ OSOBY

Typickou skupinou dotčených osob jsou:

- **přeshraniční pracovníci** - Češi, kteří v zahraničí pracují a v ČR nadále bydlí, případně i s rodinou,
- **důchodci, žadatelé o důchod** jiných členských států, kteří bydlí v ČR nebo se do ČR stěhují, případně i se svými nezaopatřenými rodinnými příslušníky,
- **nezaopatření rodinní příslušníci cizích pojištěnců** (pracovníků, nebo důchodců), kteří bydlí v ČR, přičemž cizí pojištěnec (živitel) bydlí v jiném státě EU, EHP, ve Spojeném království či Švýcarsku,
- **pracovníci dlouhodobě vyslaní do ČR z jiného státu** - jde především o pracovníky cizích zastupitelských úřadů, akreditované v ČR. Může ale jít také o běžné dlouhodobě vyslané pracovníky, kteří si udrželi pojištění v jiném státě (zejména osoby, kterým byla udělena výjimka z příslušnosti k právním předpisům).

V některých situacích nemusí být živitel ve státě výkonu výdělečné činnosti povinně pojištěn v zákonném systému zdravotního pojištění, přestože podléhá právním předpisům dotčeného státu (podléhá zde povinně alespoň jednomu z ostatních systémů sociálního zabezpečení). Účast v zákonném systému zdravotního pojištění může být pouze dobrovolná. Pokud jí nevyužije, může se zdravotně pojistit soukromě (soukromé pojišťovny ovšem nemusí provádět nařízení a krýt i nároky rodinných příslušníků, bydlících v jiném státě). I v těchto případech by přesto měli být nezaopatření rodinní příslušníci kryti právními předpisy státu výkonu výdělečné činnosti a nikoliv zdravotním pojištěním českým (čl. 32 prováděcího nařízení). Měli by si pro tento účel zajistit pojištění podle předpisů výše uvedeného státu (zpravidla u stejné pojišťovny jako živitel). V některých případech ovšem nebudou do pojištění vpuštění, nebo toto pojištění nebude krýt jejich nároky na území ČR. Tyto situace je možno řešit formou výjimky pro pracovníka z příslušnosti k cizím právním předpisům.

PLACENÍ POJISTNÉHO

Nezaopatření rodinní příslušníci cizího pojištěnce (samozřejmě stejně jako sám cizí pojištěnec), registrovaní v ČR, neplatí v ČR pojistné, ani za ně není v ČR plátcem pojistného stát. Jsou v ČR registrováni jako cizí pojištěnci na základě nárokového dokladu, vystaveného institucí druhého státu.

UKONČENÍ REGISTRACE

Po ukončení příslušnosti k předpisům jiného státu (zpravidla okamžikem ukončení zaměstnání, SVČ, pobírání dávek vyplývajících z předchozí činnosti, pobírání důchodu, nebo po zrušení pojištění vzniklého na základě vlastní vůle), podléhá za předpokladu trvání bydliště v ČR nadále dotčená osoba povinnému pojištění českému.

K ukončení registrace dále dojde smrtí pojištěnce, přestěhováním dotčené osoby do jiného státu, „vypadnutím“ z kategorie nezaopatřený rodinný příslušník (např. dosažením věku 26 let), zahájením výdělečné činnosti v ČR, nebo přiznáním českého důchodu.

DEFINICE NEZAOPATŘENÉHO RODINNÉHO PŘÍSLUŠNÍKA

Kdo je nezaopatřeným rodinným příslušníkem, posuzuje instituce státu bydliště podle svých předpisů. Vzhledem k tomu, že zákon o veřejném zdravotním pojištění nedefinuje, kdo je rodinným příslušníkem, vycházíme z definice NRP v čl. 1/i/2 nařízení 883/2004 – manžel nebo manželka, nezletilé děti a nezaopatřené děti, které dosáhly zletilosti, registrovaný partner/partnerka. Registrovaní partneři podle definice uvedené v zákoně č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství jsou za NRP považováni na základě vkladu do přílohy XI. nařízení 883/04 Nezaopatřenost dítěte se posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb.

Za nezaopatřeného se považuje rodinný příslušník, který v ČR není považován za zaměstnance nebo OSVČ ve smyslu předpisů o sociálním zabezpečení, resp. zdravotním pojištění, nepobírá v ČR důchod ani podporu v nezaměstnanosti, peněžitou pomoc v mateřství, nebo nemocenské podle předpisů o nemocenském pojištění, ani není osobou na rodičovské dovolené s trvajícím pracovním poměrem v ČR.

Pokud je manžel/ka zahraničního pojištěnce, nebo osoba starající se o dítě zahraničního pojištěnce v ČR pojištěn/a jako zaměstnanec nebo OSVČ (nebo pobírá peněžitou dávku, vyplývající z předchozí pracovní 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/á je podle českých předpisů považován/a za **osobu bez zdanitelných příjmů**,
- manžel/manželka pracovníka evidovaný/á na **úřadu práce, přičemž nemá nárok na dávky v nezaměstnanosti,**
- manžel/manželka pracovníka, který/á **celodenně pečuje o dítě** do 7 let věku nebo o 2 děti do 15 let věku,
- manžel/manželka pracovníka, který/á je **na rodičovské dovolené, přičemž již netrvá jeho (její) pracovní poměr v ČR**
- manžel/manželka, který/á **nevykonává výdělečnou činnost** a pobírá dávky hmotné nouze z důvodu sociální potřebnosti, nebo je osobou pečující o osobu závislou na péči jiné osoby ve stupni II, III nebo IV,
- manžel/manželka, který/á **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 důvodů nemoci či úrazu do 26 let věku,
- **dítě, které je z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu neschopno výdělečné činnosti** do 26 let věku,
- **dítě, které je po skončení povinné školní docházky do věku 18 let vedeno v evidenci uchazečů o zaměstnání na úřadu práce** bez nároku na hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání.

Více k otázce nezaopatřeného rodinného příslušníka viz kapitola 11.8 „Kdo je v České republice považován za nezaopatřeného rodinného příslušníka?“ a následující.

NÁROKY VE STÁTĚ POJIŠTĚNÍ

Cizí pojištěnci, stejně tak jako jejich nezaopatření rodinní příslušníci registrovaní v ČR, mají během pobytu (návštěvy) na území státu pojištění zpravidla nárok na plnou péči. Stejný nárok mají přirozeně, i když se na území tohoto státu přestěhují.

Výjimkou jsou v tomto ohledu ale:
A) země pojištění, které nepřiznávají na svém území nárok na plnou péči nezaopatřeným rodinným příslušníkům pendlerů: DÁNSKO, IRSKO, CHORVATSKO, FINSKO, ŠVÉDSKO, SPOJENÉ KRÁLOVSTVÍ – **v těchto kompetentních státech jen nezbytná péče** (čl. 18/2. nařízení 883/2004)
(Do 1.3.2014 omezení uplatňovalo ESTONSKO, ŠPANĚLSKO, ITÁLIE, LITVA, MAĎARSKO, NIZOZEMSKO.)

B) země pojištění, které nepřiznávají nárok na plnou péči na svém území svým vlastním důchodcům a jejich rodinným příslušníkům: Dánsko, Estonsko, Finsko, Chorvatsko, Irsko, Itálie, Litva, Lotyšsko, Malta, Portugalsko, Rumunsko, Velká Británie - **v těchto komp. státech jen nezbytná péče**.

Po dobu registrace na základě nárokového dokladu má rodina pracovníka ze státu pojištění nárok na veškeré exportovatelné dávky poskytované v rámci systémů, spadajících do rozsahu nařízení 883/2004. V tomto ohledu může jít typicky například o rodinné dávky.

Cizí pojištěnci s bydlištěm na území ČR mají nárok na návrat ze státu pojištění a doléčení v ČR i v případě, že jim je již ve státě pojištění (tedy zpravidla ve státě výkonu zaměstnání) poskytována zdravotní péče, tzn. v průběhu nemoci.

Typický přeshraniční pracovník, který ukončil činnost v jiném státě a získal český důchod, má nárok na doléčení nemoci, která propukla během činnosti v jiném státě, v tomto státě, a na účet české ZP (tzn. např. nemocný pendler, dosud pracující v Rakousku, jde do českého důchodu, stane se českým pojištěncem a může se doléčit u svého rakouského lékaře na účet české ZP).

7.3.2. Postup při obdržení nárokového dokladu a jeho následné registraci českou ZP

OBDRŽENÍ NÁROKOVÉHO DOKLADU

Česká ZP může obdržet nárokový doklad za cizího pojištěnce bydlícího v ČR třemi způsoby:

A) **předložením přenositelného dokumentu S1**, vystaveného a potvrzeného zahraniční pojišťovnou přímo pojištěncem (dříve formuláře E 106, E109, E120 nebo E121). Pokud jde o osobu, která byla do doby vzniku nároku z cizího práva českým pojištěncem, měl by se, pokud možno, obrátit na svou dosavadní

zdravotní pojišťovnu (není to ale povinnost).

B) **zasláním žádosti o nárokový doklad cizí instituci (S071) a následným obdržením vyžádaného nárokového dokladu (S072)**

C) **obdržením nárokového dokladu (S072), zaslaného zahraniční zdravotní pojišťovnou přímo české zdravotní pojišťovně**

VYŽÁDÁNÍ NÁROKOVÝCH DOKLADŮ PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY

Stejným způsobem a na základě stejného druhu nárokových dokladů S1, S072 (dříve E106, 109, 120, 121) jsou zajištěny a kryty i nároky případných nezaopatřených rodinných příslušníků cizích pojištěnců. Rodinného příslušníka lze registrovat na základě samostatného nárokového dokladu, vystaveného zahraniční institucí na jeho jméno. Doklady S1 a S072 se týkají vždy jenom jedné osoby. Pokud nebyl vystaven zvláštní doklad (S1 nebo S072) na jméno rodinného příslušníka, je třeba o něj požádat (S071). Na rozdíl od dřívějších E formulářů nelze rodinné příslušníky na nárokový doklad živitele „dopsat“.

Pokud jsou rodinní příslušníci registrovaní u jiné české ZP, vyžádá S072 tato pojišťovna.

Souběžně se žádostí zaslanou ZP je nutné, aby se osoba obrátila na zahraniční instituci přímo. Pokud je získání nárokového dokladu ze zahraničí problematické, lze využít služby SOLVIT (https://ec.europa.eu/solvit/index_cs.htm).

PROVEDENÍ REGISTRACE CIZÍHO POJIŠTĚNCE A VYDÁNÍ DOKLADU PRO ČERPÁNÍ PÉČE V ČR

Cizího pojištěnce a jeho případné nezaopatřené rodinné příslušníky zvolená česká zdravotní pojišťovna zaregistruje a vydá mu/jim žlutý Průkaz (y) pojištěnce EU, bydlícího v ČR (případně výjimečně Potvrzení o registraci – např. do doby vystavení průkazu), na němž vyznačí plný rozsah poskytované péče a dobu platnosti potvrzení.

V případě pochybností ověří před registrací, zda osoba v ČR skutečně bydlí.

Pokud jde o registraci rodinného příslušníka, ověří před registrací, zda je osoba manželem/manželkou, nebo dítětem živitele a zda jde o osobu nezaopatřenou.

OZNÁMENÍ REGISTRACE ZAHRANIČNÍ KOMPETENTNÍ INSTITUCI

Česká pojišťovna prostřednictvím dokumentu S073 informuje zahraniční příslušnou instituci, zda osobu zaregistrovala, či její registraci odmítla a od kterého dne je registrace platná. Za každý registrovaný nárokový doklad je vydán a zaslán zvláštní S073.

Počátečním datem registrace je den, kdy osoba získá nárok na věcné dávky podle právních předpisů příslušného členského státu nebo datum změny bydliště nebo registrace v jiném členském státě, následuje-li toto datum po výše uvedeném datu. V případě dodatečné registrace rodinného příslušníka až v době po registraci živitele je rozhodujícím datem datum narození dítěte, nebo datum, kdy dítě nebo manželka přestali být zaopatření. Pro každého dalšího nezaopatřeného příslušníka je třeba vyžádat vlastní nárokový doklad.

Od potvrzeného dne hradí náklady na péči poskytnutou pracovníkovi či jeho nezaopatřeným rodinným příslušníkům v ČR jejich zahraniční příslušná instituce.

Praktický postup:

- **předložení S1** (dříve E106, 109, 120, 121) **české zdravotní pojišťovně cizím pojištěncem** - viz. Kapitola 29 Uživatelské příručky.
- **obdržení nárokového dokladu S072** (dříve E106, E109, E120, E121) **zaslaného přímo zahraniční zdravotní pojišťovnou** - viz. Kapitola 30 Uživatelské příručky
- **odeslání žádosti o vystavení nárokového dokladu S072 cizí pojišťovně -** viz. Kapitola 31 Uživatelské příručky

7.3.3. Důchodci a/nebo členové jejich rodin – zvláštní pravidla

Důchodem se nerozumí pouze starobní důchod, ale i důchod invalidní, vdovský, či sirotčí.

V případě, že jde o osobu pobírající důchod z více států (a nepobírá důchod český), měla by náklady na zdravotní péči v ČR (stát bydliště) nést instituce státu, kde osoba pracovala nejdéle.

Důchodce jiného státu nelze registrovat po dobu, kdy na území ČR vykonává výdělečnou činnost nebo pobírá dávky vyplývající z předchozí výdělečné činnosti. Výkon výdělečné činnosti nebo z ní vyplývající pobírání dávek mají přednost při posuzování příslušnosti důchodce k právním předpisům.

V případě přiznání českého důchodu je nutné registraci zrušit ke dni, ke kterému byla přiznána výplata důchodu (případně i dodatečně).

7.3.4. Žadatelé o důchod a/nebo členové jejich rodin – zvláštní pravidla

Pokud je důchod z jiného státu přiznán, nese náklady za dobu registrace cizí kompetentní instituce. Žadatel o důchod se přesouvá do kategorie cizí důchodce. O této skutečnosti se musí kompetentní instituce a instituce v místě bydliště vzájemně informovat (podle toho, která se skutečnost dozví první).

7.3.5. Nezaopatření rodinní příslušníci u jiné ZP – zvláštní pravidla

V případě, že zdravotní pojišťovna, u níž cizí pojištěnec, který dosud bydlel v ČR spolu s rodinou, žádá o registraci s přenositelným dokumentem S1 (dříve E106, E109, E120, E121) zjistí, že někteří z jeho nezaopatřených rodinných příslušníků (manželka nebo dítě), jsou v dané chvíli pojištěnci jiné české ZP, informuje výpomocná pojišťovna živitele tuto jinou českou ZP, aby pro NRP vyžádala vlastní nárokové doklady (pomocí S071).

Po obdržení a zaregistrování vlastního nárokového dokladu jim jejich výpomocná ZP vydá žlutý Průkaz pojištěnce EU, bydlícího na území ČR. Zároveň jim odebere český EHIC.

Po dobu, po kterou bude registrace trvat, bude registrující pojišťovna příslušná pro úhradu za tyto rodinné příslušníky českým poskytovatelům. Náklady bude přeúčtovávat zahraniční pojišťovně.

Ve chvíli, kdy zahraniční pojišťovna oznámí ukončení registrace (popřípadě když ukončí registraci česká ZP), ZP znovu posoudí jejich situaci a zpravidla (pokud dále bydlí v ČR) se tito rodinní příslušníci vrací zpět do režimu českého pojištění.

7.3.6. Bývalí přeshraniční pracovníci, kteří v ČR získali důchod – zvláštní pravidla

Pokud bývalý přeshraniční pracovník odejde v ČR do důchodu (ČR státem bydliště), má nárok na doléčení nemoci, která vznikla ještě během činnosti v druhém státě u tamních lékařů. Vzhledem k získání českého důchodu a bydlišti v ČR se v každém případě stane českým pojištěncem.

Náklady na doléčení nemoci ve státě bývalé výdělečné činnosti nese česká zdravotní pojišťovna. Nárokovým dokladem, který vystavuje česká ZP, je v takovém případě přenositelný dokument S3 nebo SED S008 (v případě, že si jej vyžádala zahraniční instituce).

Před vystavením S008 může být do státu posledního zaměstnání zaslána žádost o potvrzení, že se skutečně jedná o bývalého přeshraničního pracovníka, a to prostřednictvím S006. Odpověď by měla být doručena prostřednictvím SEDu S007.

Poznámka: *Postup, používající SEDy, není vzhledem k nejasnostem evropské definice BUC dosud implementován v AP KZP. Česká ZP tak vystaví prozatím vždy jako nárokový doklad přenositelný dokument S3*

Bývalý přeshraniční pracovník by měl být s nárokovým dokladem registrován u instituce v místě, kam dojíždí za léčením. Tato instituce by měla dohlížet na to, že čerpané a výpomocně hrazené dávky stále souvisí s léčením původní nemoci.

7.3.7. Hrazení pojistného a dodatečná zpětná registrace

Od data uvedeného na dokumentu S073 není pojištěnec, ani jeho registrovaný nezaopatřený rodinný příslušník, povinen hradit pojistné do českého systému zdravotního pojištění (pokud v něm byl do té doby pojištěn).

Pokud byl plátcem pojistného za jeho nezaopatřené rodinné příslušníky stát, nebude česká ZP tyto osoby vykazovat Ministerstvu financí. Pokud je některý z rodinných příslušníků osobou bez zdanitelných příjmů, ZP mu oznámí, že od data uvedeného na výše uvedeném dokumentu není povinna hradit pojistné jako samoplátce.

Pokud je nárokový dokument S072 (dříve E 106, E109, E120, nebo E121) doručen české zdravotní pojišťovně se zpožděním, tzn., že cizí pojištěnec v době obdržení dokumentu již nějakou dobu na základě nařízení nepodléhá (nemá podléhat) českým právním předpisům a pojistné povinnosti v oblasti veřejného zdravotního pojištění, je třeba jej upozornit na to, že není (nebyl) od data uvedeného na příslušném dokumentu povinen hradit pojistné jako OBZP.

- Pokud již bylo toto pojistné uhrazeno (například manželkou pracovníka, která je v domácnosti nebo pracovníkem samým), je třeba ho vrátit.
- Pokud je po něm vymáháno, je toto vymáhání zastaveno.
- V případě předložení nárokového dokladu se zpětnou platností je také třeba prověřit čerpání péče a náklady případně přeúčtovat příslušné instituci.
- Pokud nebyla ZP v zákonné lhůtě informována o změně, může též zvážit udělení pokuty osobě, která nesplnila svou oznamovací povinnost dle zákona o veřejném zdravotním pojištění.

7.3.8. Přechodný pobyt na území jiného státu než je ČR

Za vystavení EHIC a hrazení nákladů při přechodném pobytu osob registrovaných v ČR v jiných státech EU, EHP, ve Spojeném království či ve Švýcarsku je vždy zodpovědná kompetentní instituce státu pojištění.

7.3.9. Vyžádaná péče osob, registrovaných v ČR, na území dalšího státu

Za okolností specifikovaných v čl. 26 A, odst. 2, 3 Nařízení 987/2009 může osoba bydlící a registrovaná na základě cizího nárokového dokladu čerpat plánovanou péči jak mimo příslušný stát, tak mimo ČR. Souhlas s takovouto plánovanou péčí mimo stát bydliště uděluje zahraniční příslušná instituce. Pro udělení souhlasu se přednostně posuzuje dostupnost péče v ČR (stát bydliště) a následně ve státě pojištění.

Doklad o souhlasu v některých situacích (urgentní životně nezbytná péče) vystavuje česká registrující ZP v místě bydliště jménem zahraniční příslušné instituce (tzn., že na základě dokladu vystaveného českou ZP hradí náklady zahraniční příslušná instituce).

Praktický postup při podání žádosti o souhlas s plánovanou péčí mimo stát pojištění i bydliště - viz. Kapitola 32 Uživatelské příručky

ZVLÁŠTNÍ POSTUP PŘI URGENTNÍ, ŽIVOTNĚ NEZBYTNÉ PÉČI

O souhlas s vyžádanou péčí nemusí česká registrující ZP místa bydliště zahraniční kompetentní instituci žádat, pokud jde o urgentní životně nezbytnou péči (viz. čl. 26 A, odst. 3 nařízení 987/2009). V takovém případě vystaví jménem zahraniční instituce souhlas s léčením vždy rovnou česká ZP, u níž je český pojištěnec v ČR registrován, a to i bez předchozího schválení zahraniční příslušnou institucí. O vystavení dokladu by měla zahraniční instituci pouze informovat (prostřednictvím S012).

Pokud je to možné (je známa instituce místa pobytu), může jí zahraniční kompetentní instituce potvrdit, že má být účet poslán přímo styčnému orgánu kompetentního státu.

7.3.10. Změna nebo zrušení registrace v ČR, doregistrace nového rodinného příslušníka

Zrušení registrace může být iniciováno buď:

- **zahraniční kompetentní institucí** (v takovém případě jde o zrušení nárokového dokladu – S_BUC_03, SED S016, dříve E108), nebo
- **českou (výpomocnou) pojišťovnou v místě bydliště** (v takovém případě jde o zrušení registrace – S_BUC_04, SED S018, dříve také E108).

Za každou osobu, jejíž registrace nebo nárokový doklad má být zrušen, má být vydán zvláštní doklad o zrušení (S016, nebo S018). Pokud se tedy zrušení nárokového dokladu týká jen jedné osoby z celé registrované rodiny (např. rodinného příslušníka, který se přestěhoval do státu pojištění) je vystaven doklad pouze na jméno dotčené osoby. Pokud se týká zrušení celé rodiny, měly by být vystaveny rušící dokumenty na každou dotčenou osobu.

V případě, že je rušen nárokový doklad, nebo registrace živiteli rodiny, je zpravidla nutno zrušit registraci i odvozeně pojištěným, nebo registrovaným rodinným příslušníkům. Výjimkou by byla např. situace, kdy je rušena registrace živiteli, který se stěhuje z ČR do jiného státu, zatímco jeho nezaopatření rodinní příslušníci zde zůstávají.

Datem zrušení je obecně okamžik, ke kterému došlo k rozhodující skutečnosti (např. k ukončení činnosti v dříve příslušném státě). Zrušení by mělo být každopádně oznámeno co nejdříve od zjištění rozhodné skutečnosti.

Pro zrušení registrace je **rozhodný okamžik**, kdy:

- osoba bydlící v ČR **ukončila výdělečnou činnost v dříve příslušném státě**, pokud tam nezačala pobírat podporu, nebo nemocenské dávky. Nadále podléhá výlučně právním předpisům státu bydliště, tedy ČR.
- osobě bydlící v ČR skončila zahraniční podpůrčí doba z hlediska nároku na nemocenské dávky, nebo dávky v nezaměstnanosti **(skončila výplata nemocenských dávek, nebo podpory z jiného státu)**.
- osobě bydlící v ČR, která nevykonává výdělečnou činnost, **skončil nárok na výplatu důchodu** z jiného státu (např. sirotčího nebo invalidního)
- osobě bydlící v ČR, která nevykonává výdělečnou činnost, **byl přiznán český důchod**
- **osoba se přestěhovala** z České republiky do dalšího státu
- **osoba zemřela**
- osoba, která byla v ČR registrována jako nezaopatřený rodinný příslušník zahraničního pojištěnce, **začala v ČR pracovat, nebo přestala spadat do příslušné definice rodinného příslušníka** (např. student dosažením věku 27 let apod.), nebo přestala být z jiného důvodu považována za nezaopatřenou (začala pobírat dávky z důchodového, nebo nemocenského pojištění, nebo dávku v nezaměstnanosti).
- osoba, která byla v ČR registrována jako nezaopatřený rodinný příslušník zahraničního pojištěnce, **přestala být nezaopatřeným rodinným příslušníkem** v důsledku ukončení pojištění živitele v jiném členském státě
- osoba, která byla v ČR registrována jako nezaopatřený rodinný příslušník zahraničního pojištěnce, **se přestěhovala do jiného státu**

Praktický postup při:
- **obdržení papírového dokladu o zrušení nárokového dokladu, zaslaného zahraniční zdravotní pojišťovnou** - viz. Kapitola 33 Uživatelské příručky
- **obdržení elektronického dokladu o zrušení nárokového dokladu zaslaného zahraniční zdravotní pojišťovnou** - viz. Kapitola 34 Uživatelské příručky
- **zrušení registrace v ČR českou ZP** na základě automatické informace z IS ZP - viz. Kapitola 35 Uživatelské příručky
- **zrušení registrace v ČR českou ZP na základě zjištění pracovníka ZP** - viz. Kapitola 36 Uživatelské příručky

7.3.11. Oznamovací povinnost ex-českého pojištěnce, nově pojištěného v jiném státě EU

Původně český pojištěnec je povinen oznámit české zdravotní pojišťovně všechny změny skutečností rozhodných pro jeho setrvání nebo ukončení účasti v českém systému zdravotního pojištění, zejména že začal nebo přestal v zahraničí pracovat, získal v jiném státě důchod, popřípadě, že se on či jeho rodinný příslušník chystá z ČR odstěhovat, či se již odstěhoval, nebo že jeho rodinný příslušník začal v ČR nebo zahraničí vykonávat výdělečnou činnost (samostatná povinnost tohoto rodinného příslušníka).

Oznamovací povinnost se týká i těch pracovníků, kterým nebyl vydán nárokový doklad pro krytí plné péče na území ČR.

V případě, že tuto oznamovací povinnost nesplnil, může být přiměřeně sankcionován podle českých právních předpisů za stejných podmínek jako český pojištěnec, tzn. ve formě peněžité pokuty.

7.3.12. Dodatečné zjištění, že český pojištěnec neměl podléhat českým předpisům a měl být pojištěn v jiném státě

Pokud nesplnil svou oznamovací povinnost a v důsledku toho k němu česká zdravotní pojišťovna nadále přistupovala jako ke svému pojištěnci, i když zároveň podléhal právním předpisům v jiném státě, mohla za něj v tomto období českému poskytovateli hradit za poskytnutou zdravotní péči.

Pokud se posléze zjistí, že osoba byla v tomto období pojištěna v jiném státě, měly by být takto vynaložené náklady přeúčtovány jeho zahraniční pojišťovně.

Jestliže to není možné, je třeba považovat náklady vzniklé české pojišťovně za škodu, která jí vznikla nesplněním oznamovací povinnosti osoby. Náhrada takto vzniklé škody by po něm měla být vymáhána podle českých právních předpisů.

Na druhou stranu, pokud se dodatečně zjistí, že osoba měla v daném období podléhat výlučně předpisům jiného státu, je nutné této osobě vrátit pojistné uhrazené za toto období (popřípadě ukončit jeho vymáhání).

7.3.13. Poskytování dlouhodobých věcných dávek na území ČR

Česká republika neinformovala Správní komisi o žádné dlouhodobé věcné dávce (čl. 34 nařízení 883/2004), poskytované na území ČR. Znamená to, že české výpomocné ZP nemusí informovat zahraniční instituce o specifických nákladech na tuto dlouhodobou péči. Pokud zahraniční pojištěnec doručí potvrzení o tom, že je mu vyplácena dlouhodobá peněžitá dávka, popřípadě pokud zahraniční instituce informuje českou ZP prostřednictvím SEDu S001, nemá to pro českou ZP žádný důsledek (měla by pouze potvrdit přijetí S001 prostřednictvím SEDu S002).

Poznámka: *Některé věcné dávky (např. domácí péče, či péče v LDN) by přitom za dlouhodobé pravděpodobně považovány být mohly. Při jejich neuvedení do seznamu Správní komise bylo vycházeno z toho, že náklady na tyto dávky budou stejně jako doposud i nadále výpomocně poskytovány a účtovány do zahraničí bez ohledu na jejich neuvedení v příslušném seznamu. Doplnění seznamu bude znovu zvažováno, pokud by se ukázalo, že je s výpomocným poskytováním a následným hrazením ze strany některých států problém.*

7.3.14. Pracovní úraz, nebo nemoc z povolání pracovníka z jiného státu, bydlícího v ČR

Pokud se osoba s bydlištěm na území ČR léčí z následků pracovního úrazu, nebo nemoci z povolání, ke kterým došlo během výdělečné činnosti a pojištění na území jiného státu, mají být náklady související s tímto léčením kryty institucí úrazového, nebo běžného zdravotního pojištění tohoto státu.

Pokud se česká ZP dozví o pracovním úrazu nebo diagnostikované nemoci z povolání na území ČR, měla by tuto skutečnost oznámit styčnému orgánu českého úrazového pojištění Kooperativa a.s. Ta je povinna tuto skutečnost oznámit kompetentní instituci prostřednictvím DA001 (případně instituci úrazového pojištění dle Institution Repository, pokud je známa) a požádat o vydání nárokového dokladu DA002. V případě jeho obdržení by jej měla předat výpomocné české ZP.

KONTAKT NA STYČNÝ ORGÁN V RÁMCI KOOPERATIVY
Mgr. Soňa Prudíková | CENTRUM POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZA PRACOVNÍ ÚRAZY

Metodik specialista pro EU
Kooperativa pojišťovna a.s., Vienna Insurance Group
Rašínova 4, 602 00 Brno
T: +420 956 473 009
sprudikova@koop.cz

Pro další léčení pracovního úrazu nebo nemoci z povolání na území ČR může být vystaven zvláštní doklad (v případě, že dle předpisů kompetentního státu nese náklady na léčení zvláštní instituce). V případě, že zde stejná instituce kryje náklady na běžná léčení i na léčení pracovních úrazů, či nemoci z povolání, nemusí být vystavován žádný zvláštní doklad.

Nárokovým dokladem čistě pro účtování nákladů souvisejících s pracovním úrazem nebo nemocí z povolání je přenositelný dokument DA1, nebo SED DA002 (vydáván institucí úrazového pojištění, dříve E123).

Pro léčení pracovního úrazu ale může postačit i doklad, používaný v běžných případech (tj. S072 nebo S1 vystavený kompetentní institucí, která kryje i náklady na pracovní úrazy).

Poznámka: *Z hlediska rozsahu zdravotní péče, poskytované v ČR zdravotními pojišťovnami, nehraje ostatně příčina léčení význam.*

Pokud česká ZP obdrží nárokový doklad od jiné instituce, než je kompetentní instituce, která nese náklady na běžné léčení (SED DA002, nebo přenositelný dokument DA1), budou náklady související s léčením pracovního úrazu nebo nemoci z povolání účtovány té zahraniční instituci, která vystavila doklad o nároku při pracovním úraze nebo nemoci z povolání. Ostatní náklady na běžná léčení budou účtovány původní kompetentní instituci. Doklad týkající se pracovního úrazu je zaregistrován pod jiným číslem pojištěnce, než nárokové doklady pro běžné věcné dávky (EHIC, S1 atd.).

Nárokový doklad může česká ZP obdržet také prostřednictvím Kooperativy a.s., coby styčného orgánu úrazového pojištění v ČR.

7.3.15. Úhrada nákladů

ČESKÝM ZDRAVOTNICKÝM ZAŘÍZENÍM

Náklady na péči poskytnutou pracovníkům a jejich rodinným příslušníkům, registrovaným v ČR, jsou zdravotnickým zařízením hrazeny zvlášť a výkonově. Viz. dále Kapitola 11.

ČESKÉ VÝPOMOCNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNĚ ZAHRANIČNÍ PŘÍSLUŠNOU ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU

Náklady na věcné dávky poskytnuté osobám registrovaným v ČR na základě platného nárokového dokladu jsou hrazeny zahraniční pojišťovnou podle skutečných nákladů a jsou na těchto cizích pojišťovacích institucích uplatňovány prostřednictvím Kanceláře ZP.

7.3.16. Příklady

1) PAN DVOŘÁK PRACUJE V NĚMECKU, ALE ŽIJE V ČESKU

Český občan, pan Dvořák, po léta pracuje v Německu a žije se svou manželkou v České republice. Jeho

manželka je v domácnosti. On se přibližně každý den vrací do ČR.

Příslušná ustanovení

- Přeshraniční pracovník: definice čl. 1 písm. f) nařízení 883/2004
- Bydliště v jiném státě: čl. 17 nařízení 883/2004, čl. 11 a 24 nařízení 987/2009, rozhodnutí AK o registracích S6
- Pobyt v dalším státě: čl. 19 nařízení 883/2004 (nezbytná péče), čl. 20 nařízení 883/2004 (plánovaná péče), čl. 25 nařízení 987/2009 (nezbytná péče), čl. 26 nařízení 987/2009 (plánovaná péče)
- Peněžité dávky: čl. 21 nařízení 883/2004

Nárokové doklady: přenositelný dokument S1 (pokud registraci vyřizuje p. Dvořák), nebo S072 (pokud registraci zařizují instituce mezi sebou), dříve E106.

Podle čl. 1 nařízení 883/2004 je pan Dvořák „přeshraničním pracovníkem". Protože pracuje v Německu, je pro něj kompetentním státem Německo (čl. 11 (3) nařízení 883/2004). Proto je také pojištěn v Německu podle německé legislativy (v tomto případě v místní AOK).

Pan Dvořák a jeho manželka mají právo dostávat věcné dávky v zemi bydliště (ČR) podle její legislativy (čl. 17 nařízení 883/2004). Jinými slovy, on a jeho manželka dostávají v České republice péči podle legislativy České republiky, ale v zastoupení a na účet Německa.

Aby pan Dvořák a jeho manželka mohli dostat věcné dávky, potřebují být v ČR registrováni na základě nárokového dokladu. Doklad může být vyžádán českou ZP (S072), nebo ho může AOK vystavit přímo p. Dvořákovi (S1). Na základě nárokových dokladů je v České republice registrován pan Dvořák i jeho žena jako osoby kryté z německého pojištění u zvolené české pojišťovny (zpravidla té, u níž byl pan Dvořák pojištěn předtím).

Pokud byla paní Dvořáková před registrací pojištěna u jiné české ZP, musí být této pojišťovně její registrace oznámena. Po dobu trvání registrace u pojišťovny pana Dvořáka není paní Dvořáková považována za pojištěnce své původní ZP a nelze po ní vyžadovat platbu pojistného.

Česká zdravotní pojišťovna, na niž se pan Dvořák obrátil s nárokovým dokladem, a která potvrdila jeho registraci německé AOK, poskytuje věcné dávky v ČR a proplácí náklady na tyto dávky poskytovatelům zdravotní péče podle legislativy ČR. Zdravotní pojišťovna posílá pravidelně výkazy skutečných výdajů Kanceláři ZP, která je předává dále německému styčnému orgánu.

Kompetentním státem pro pana Dvořáka je Německo. Německá kompetentní instituce proplatí věcné dávky, které poskytuje česká pojišťovna v místě bydliště.

Pan Dvořák také může dostat věcné dávky v Německu, protože je pro něj Německo kompetentním státem. Věcné dávky bude v Německu dostávat, jako kdyby měl na území státu bydliště (čl. 18 nařízení 883/2004). Stejně tak se může v Německu léčit i jeho manželka.

Pan Dvořák jede na dovolenou

EHIC, nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC, panu Dvořákovi i jeho manželce vydá místní AOK, u níž je pan Dvořák pojištěn. Když jede pan Dvořák s manželkou na dovolenou do dalšího členského státu (např. Slovensko), budou věcné dávky poskytovány a výpomocně hrazeny jménem této německé kompetentní instituce a na její účet (čl. 19 nařízení 883/2004, čl. 25 nařízení 987/2009).

Pan Dvořák chce operaci ve Francii

Rozhodne-li se pan Dvořák podstoupit plánovanou operaci ve Francii, požádá s ošetřujícím lékařem českou registrující ZP, aby zprostředkovala udělení souhlasu od německé AOK. Česká ZP nejdříve ověří, zda by musela vydat souhlas s operací, kdyby šlo o jejího kmenového pojištěnce. Zjistí, že ano. S tímto stanoviskem předá žádost pana Dvořáka německé AOK. Ta prověří, zda nelze péči včas poskytnout v Německu. Pokud zjistí, že nikoliv, pošle české ZP vyjádření, že souhlas uděluje a panu Dvořákovi zašle příslušný nárokový doklad S2 pro účely předložení ve Francii, kam se má odebrat na operaci.

Pan Dvořák urgentně potřebuje operaci ve Francii, jinak je ohrožen jeho život

Pan Dvořák požádá spolu s ošetřujícím lékařem českou registrující ZP o souhlas. Vzhledem k tomu, že je životně důležité, aby se odebral k operaci okamžitě, vydá nárokový doklad S2 jménem AOK česká ZP. O této skutečnosti AOK pouze informuje.

Pan Dvořák onemocněl, ukončil v Německu zaměstnání a dostal český důchod

Pan Dvořák se delší dobu v Německu léčil s bolestí páteře. Během pobírání nemocenské mu skončil pracovní poměr. Vybral německé peněžité dávky v nemoci a zároveň požádal o český důchod. Ten mu byl posléze přiznán. Po celou dobu se pan Dvořák dále léčil u německého doktora, ke kterému docházel s bolestí páteře během trvání pracovního poměru v Německu. Přestože mu okamžikem, kdy dobral německé peněžité dávky, vzniklo české zdravotní pojištění, může k příslušnému lékaři docházet nadále a čerpat péči, související s bolestí páteře, nadále na účet české ZP. Pro tento účel mu česká ZP vystaví přenositelný dokument S3. Popřípadě na žádost německé strany vydá SED S008.

Pan Dvořák dostal v Německu výpověď a žádá o podporu v nezaměstnanosti:

Pan Dvořák jako typický přeshraniční pracovník bude pobírat českou podporu v nezaměstnanosti (na německou podporu nemá nárok). Znamená to, že od okamžiku výpovědi spadá do českého systému zdravotního pojištění.

Německá AOK zruší registraci pana Dvořáka i jeho manželky ke dni výpovědi prostřednictvím S016, zaslaného české registrující ZP.

Paní Dvořáková začala během registrace v ČR pracovat

Česká ZP oznámí AOK zrušení její registrace prostřednictvím S018 ke dni zahájení výdělečné činnosti.

Dvořákovým se narodil během jejich registrace syn

Česká ZP zašle AOK žádost S071 o nárokový doklad na jméno novorozence.

2) PAN KLEN ŽIJE DALEKO OD RODINY

Pan Klen pracuje a žije v Irsku. Jeho manželka žije v Praze bez jakékoliv ekonomické aktivity. Z hlediska zdravotního pojištění je považována za osobu bez zdanitelných příjmů. Jeho synovi je 27 let a je studentem na univerzitě. Dcera chodí na gymnázium. Rodina často jezdí za panem Klenem do Irska i ostatních členských států a někdy také potřebují lékařské služby.

Příslušná ustanovení

- Bydliště v jiném státě: čl. 17 nařízení 883/2004, čl. 24 nařízení 987/2009, Rozhodnutí AK o registracích S6
- Pobyt v dalším státě: čl. 19 nařízení 883/2004 (nezbytná péče), čl. 20 nařízení 883/04 (plánovaná péče), 25 nařízení 987/2009 (nezbytná péče), čl. 26 nařízení 987/2009 (plánovaná péče)

Paní Klenová se dozví, že má být spolu s ostatními nezaopatřenými rodinnými příslušníky od okamžiku, kdy pan Klen začal v Irsku pracovat, kryta pojištěním manžela. Obrátí se na ZP a informuje ji o své situaci. ZP zašle do Irska dokument S071 adresovaný instituci, u níž je pojištěn pan Klen. Tímto dokumentem požádá o vystavení a zaslání nárokového dokladu S072 na jméno paní Klenové. Stejně tak požádá o zaslání nárokového dokladu za dceru paní Klenové (za syna o vystavení dokladu nepožádá, neboť zjevně vzhledem k věku nespadá do kategorie nezaopatřených rodinných příslušníků).

Irská instituce zašle S072 za paní Klenovou i za dceru na českou ZP. ZP ji potvrdí prostřednictvím S073. Registrace je platná, dokud doklad nezruší kompetentní instituce prostřednictvím S016, nebo registraci česká ZP prostřednictvím S018, s vyznačením data, ke kterému má být registrace ukončena. Podrobnosti ohledně začátku a konce registrace jsou rozepsány v rozhodnutí AK o registracích. Obecně registrace končí ukončením pojištění pana Klena v Irsku, nebo okamžikem, kdy se paní Klenová, či dcera přestěhují z ČR, nebo začnou pracovat.

Paní Klenové i její dceři je odebrán spolu s registrací český EHIC. Pro jeho vystavení je odkázána na irskou instituci.

Když paní Klenová pobývá v Itálii, Španělsku, Švédsku nebo jiném členském státu, má u sebe Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění, vystavený irskou institucí. Instituce v místě pobytu v jiném státě jí poskytne zdravotní péči jménem a na účet irské instituce.

3) VAN EEKOVI SE NA DŮCHOD PŘESTĚHOVALI DO ČR

Pan Van Eek je holandským důchodcem, který se s manželkou rozhodl přestěhovat do ČR, kde koupili domek, nabízený v rámci developerského projektu cíleně holandským důchodcům. Oba dva jsou příjemci holandské a německé penze.

Pan Van Eek se obrátí na holandskou zdravotní pojišťovnu CVZ a sdělí jí, že se rozhodl přestěhovat s manželkou do ČR. Holandská pojišťovna posoudí délku předchozí činnosti manželů v Německu a Nizozemí. Vzhledem k tomu, že je délka činnosti v Nizozemí delší, je zřejmé, že Nizozemí bude kompetentní k hrazení nákladů na péči v ČR. Vystaví proto panu Van Eekovi i paní Van Eekové každému jeden přenositelný dokument S1 (každý má svůj vlastní neodvozený nárok).

Manželé Van Eekovi předloží nárokový doklad v ČR zdravotní pojišťovně v místě nového bydliště. Česká ZP jim vydá žluté Průkazy pojištěnce a oznámí instituci, která vystavila S1 dvěma dokumenty S073, že jsou oba dva registrováni. Náklady na jejich léčení v ČR účtuje ve skutečných nákladech prostřednictvím mezinárodní přeúčtovací procedury do Nizozemí.

Manželé Van Eekovi si mohou vybrat, zda chtějí být léčeni v ČR nebo v Holandsku. Pokud cestují do jiného státu, prokazují se v případě potřeby holandským EHICem.

8. ÚHRADA NÁKLADŮ

8.1. Péče poskytnutá českým pojištěncům v jiném státě – provádění mezistátních úhrad za zdravotní péči – skutečné náklady

Nárok na úhradu uplatněn Kanceláří ZP vůči ZP elektronickým dokumentem N080EE Čl. 65, 66(1) a 67 nařízení 987/2009 Rozhodnutí AK S3, S6, S9 Pokyny k rozhodnutí S6 Čl. SSCI.47, SSCI.51-SSCI.53 Dohody o obchodu a spolupráci	**Hradí česká ZP, která vystavila některý z těchto nárokových dokladů: EHIC, Potvrzení dočasně nahrazující EHIC, S045, S1, S2, S3, S072 a dále pak nárokové doklady dle mezinárodních smluv (Albánie, Černá Hora, Severní Makedonie, Srbsko, Tunisko a Turecko)** (dříve E106, E109, E112, E120, E121)
Obecně: Pohledávku má uhradit dlužná instituce styčnému místu věřitelského státu ve lhůtě 18 měsíců od konce měsíce, ve kterém byla pohledávka uplatněna u styčného místa dlužného členského státu. V případě nedodržení této lhůty mohou být účtovány úroky z prodlení. Je tedy nutné dodržovat termíny stanovené KZP. Ve stejné lhůtě 18 měsíců může být pohledávka zpochybněna věřitelskému styčnému místu.	

8.1.1. Obecný postup

Provedení platby za péči poskytnutou českým pojištěncům na území států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska na základě Hlavy IV., kapitoly I., prováděcího nařízení Rady EU a EP č. 987/2009, provedení platby za péči poskytnutou českým pojištěncům na území Albánie, Černé Hory, Severní Makedonie, Srbska, Tuniska a Turecka na základě mezinárodní smlouvy a provedení platby za péči poskytnutou českým pojištěncům ve Spojeném království na základě Dohody o spolupráci a obchodu.

- Po doručení souboru výkazů S080, E125, AL/CZ 125, YU/CZ 125, RM/CZ 125, SRB/CZ 125, TN/CZ 125, TR/CZ 125, které spolu s příslušnou rekapitulací obdrží Kancelář ZP (dále jen KZP) ze styčných orgánů jednotlivých států, KZP vždy zkontroluje, zda souhlasí součet jednotlivých výkazů s celkovou požadovanou sumou.
- KZP zkontroluje formální správnost výkazů.
- KZP **přepočítá dlužnou částku kurzem ČNB (střed)** platným v den obdržení výkazů.
- KZP **zaeviduje výkazy** pro účely vedení statistiky a pro sledování lhůt.
- KZP **rozdělí výkazy podle jednotlivých pojišťoven**, vůči nimž je nárok uplatňován.
- Do 30 dnů od obdržení výkazů **zašle KZP příslušným zdravotním pojišťovnám Vyúčtování nákladů** za poskytnuté věcné dávky N080EE za péči poskytnutou jejich pojištěncům v jednotlivých státech a uplatněných cizím styčným orgánem na KZP

(individuální část). Součástí N080EE je i rekapitulace (globální část) obsahující částku v Kč nárokovanou vůči těmto jednotlivým pojišťovnám, VS pro platbu a datum splatnosti (členěno podle jednotlivých států a jejich pohledávek). Vše dále jen „vyúčtování".

- V rámci systému AP KZP (ve schránce ZP) jsou nastaveny online kontroly správnosti předložených pohledávek, jejichž součástí je i kontrola promlčení pohledávky a dále kontroly související s důvody pro zpochybnění viz. níže.
- Příslušná česká zdravotní pojišťovna do 60 dnů od data obdržení vyúčtování oznámí, jakou část závazku uznává a které případy zpochybňuje. Toto **zpochybnění musí obsahovat** i zdůvodnění odmítnutí v jednotlivých případech – více viz. níže kapitola 8.1.2. „Zpochybnění". Úhradu částky v Kč, odpovídající uznaným případům, provede česká zdravotní pojišťovna dle uvedeného VS na účet KZP v termínu splatnosti uvedeném na vyúčtování.
- **Termíny splatnosti** plateb se řídí dohodami mezi styčnými orgány, nebo příslušnými úřady. Tam, kde není termín splatnosti mezinárodní dohodou stanoven a tam, kde se již vzájemné úhrady provádí, bude termín splatnosti stanoven KZP s přihlédnutím k principu reciprocity. Termín splatnosti musí být stanoven tak, aby bylo možné provést mezinárodní přeúčtování mezi styčnými orgány nejpozději do 18 měsíců od obdržení výkazů na KZP.
- **KZP provede úhradu** styčným orgánům příslušných států zpravidla až po připsání všech nezpochybněných částek, splatných v daném termínu, od všech pojišťoven na účet KZP. Pokud by v důsledku zpoždění na straně konkrétní pojišťovny bylo ohroženo uhrazení celkového závazku ČR vůči zahraničnímu styčnému orgánu v osmnáctiměsíční lhůtě, bude před vypršením této lhůty provedena úhrada částek, dosud připsaných na účet KZP. Zároveň KZP zašle styčným orgánům příslušných členských/smluvních států detailní informace k platbě (S091). Projednávání zpochybněných případů zprostředkovává KZP průběžně.
- V případě obdržení žádosti o úhradu **úroku z prodlení** ze strany zahraničního styčného orgánu bude tato pohledávka uplatněna vůči dlužné zdravotní pojišťovně. Částka bude pojišťovnou uhrazena na účet KZP dle uvedeného VS.
- Zpracování výkazů a komunikace mezi ZP a KZP probíhá elektronicky v rámci informačního systému AP KZP.
- Případný záporný kurzový rozdíl uhradí KZP ze svého provozního účtu.
- Případný kladný kurzový rozdíl bude převeden na provozní účet KZP.

Praktický postup zpracování závazku pracovníky ZP v rámci systému AP KZP – viz. Kapitola 37 Uživatelské příručky

8.1.2. Zpochybnění

Důvody pro zpochybnění jsou dané dle S082 (S087 v1):

Tento dokument se nás netýká
Kód instituce chybí nebo není znám
Identifikační prvky chybí nebo nejsou známy (jméno, příjmení, datum narození, PIN)
Nárokový doklad chybí nebo není znám

Doba hospitalizace chybí nebo je neúplná
Instituce nemůže určit, zda je osoba pojištěná
Období poskytování věcných dávek není kryto obdobím nároku
Náklady mají být vypořádány paušálem
Osoba není registrována na nárokovém dokladu
Doklad o nároku nebyl přijat
Duplicitní faktura
Nárok skončil dne
Nárok začal ve státě bydliště dne
Osobě je vyplácena převážná část důchodu z jiného státu
Dávky se zřejmě týkají pracovního úrazu, který se stal dne
Dávky se netýkají pracovního úrazu, který se stal dne
Osobě je vyplácen důchod ve státě jejího bydliště od
Osoba zemřela dne
Osoba má vlastní nárok ve státě bydliště
Snížení částky pohledávky
Jiné

Pro potřeby národní agendy přeúčtování byl doplněn kód zpochybnění „Přísluší jiné české ZP“ - více k tomuto kódu viz. kapitola 8.1.3. - Zvláštní postupy – změna české ZP v době poskytování dávek

Důvodem pro zpochybnění není:

- skutečnost, že v době použití českého EHICu v jiném státě již osoba nebyla českým pojištěncem (pokud v druhém státě předložila formálně stále platný EHIC). Pokud v takovém případě česká ZP zjistí, že v období léčení byla osoba pojištěna u jiné zahraniční pojišťovny, může jí následně takto vynaložené náklady přeúčtovat (tzn., že nejdříve uhradí výpomocné instituci a následně přeúčtuje skutečně příslušné instituci), nebo lze tuto instituci požádat o vrácení uhrazených nákladů (o vrácení přeplatku S051) – dle rozhodnutí S9.
- zcela enormně vysoká částka nákladů k úhradě. Pokud by však náklady vzbuzovaly dojem, že jsou chybně vyúčtované (např. vzhledem k počtu dnů lékařského ošetření, hospitalizace), lze pohledávku zpochybnit, ale zpochybnění musí být podloženo přesvědčivými důkazy. V této souvislosti je ale nutno upozornit, že částky za ošetření v jiných státech jsou běžně několikanásobně vyšší, než je zvykem v ČR. Odmítnutí na základě výše částky by proto mělo být zcela mimořádné.

8.1.3. Zvláštní postupy – změna české ZP v době poskytování dávek

A) Provedení úhrady nákladů za péči poskytnutou v zahraničí pojištěnci, který byl v době ošetření pojištěncem jiné české zdravotní pojišťovny.

- Pokud zdravotní pojišťovna, která z Kanceláře ZP obdržela výkaz N080EE v průběhu posuzování pohledávky zjistí, že vydala doklad, na jehož základě pojištěnec v jiném státě čerpal péči a zároveň, že osoba byla v okamžiku ošetření pojištěncem jiné české zdravotní pojišťovny, vrátí takto uplatněnou pohledávku Kanceláři ZP s informací, že daná osoba byla v době ošetření pojištěna u jiné české ZP. Uvede zároveň, o jakou ZP jde.

- Kancelář ZP postoupí pohledávku nově příslušné ZP k úhradě. Tato ZP pohledávku uzná a dále postupuje, jako by doklad, na jehož základě byla péče v zahraničí poskytnuta sama vydala.

B) Provedení úhrady nákladů za péči poskytnutou v zahraničí pojištěnci, který se v průběhu opakovaného ošetření v zahraničí stal pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny.

- Pokud zdravotní pojišťovna, která z Kanceláře ZP obdržela výkaz N080EE v průběhu posuzování pohledávky zjistí, že vydala doklad, na jehož základě pojištěnec v jiném státě čerpal péči a zároveň, že se osoba v průběhu doby ošetření uvedené na příslušném výkazu stala pojištěncem jiné české zdravotní pojišťovny, předá výkaz zpět do schránky KZP s kódem zpochybnění „jiné“ a do popisu uvede informaci o dobách pojištění a o druhé dotčené ZP.
- Kancelář ZP bude o výše uvedeném informovat zdravotní pojišťovnu, která se stala příslušnou v době ošetření a do zahraničí odešle žádost o vyčíslení nákladů dle uvedených období.
- Po obdržení vyčíslení nákladů Kancelář ZP předá vyúčtování N080EE na jednotlivé ZP, a ty dále postupují jako v případě běžného přeúčtování.

C) Provedení úhrady nákladů za péči poskytnutou v zahraničí pojištěnci, který se v průběhu hospitalizace v zahraničí stal pojištěncem jiné české zdravotní pojišťovny.

- Pokud zdravotní pojišťovna, která z Kanceláře ZP obdržela výkaz N080EE v průběhu posuzování pohledávky cizí instituce zjistí, že vydala doklad, na jehož základě pojištěnec v jiném státě čerpal péči a zároveň, že se osoba v průběhu hospitalizace uvedené na příslušném výkazu stala pojištěncem jiné české zdravotní pojišťovny, předá výkaz zpět do schránky KZP s kódem zpochybnění „jiné“ a do popisu uvede informaci o dobách pojištění a o ZP příslušné k části nákladů.
- Kancelář ZP vyžádá ze zahraničí rozdělení nákladů na jednotlivá období a po obdržení výkaz rozdělí na jednotlivé ZP.
- V případě, že se Kanceláři ZP nepodaří získat detailní rozpis dávek dle požadovaných období, rozdělí Kancelář ZP náklady v poměru dle počtu ošetřovacích dnů tak, že jednotlivé ZP ponesou náklady ve výši odpovídající počtu dnů ošetření, kdy byla osoba pojištěná u dané ZP. Dále KZP předá pohledávku N080EE na jednotlivé ZP, které dále postupují jako v případě běžného přeúčtování.

8.2. Péče poskytnutá cizím pojištěncům v ČR - provádění mezistátních úhrad za zdravotní péči – skutečné náklady

Nárok na úhradu uplatněn dokumentem N080A Čl. 65, 66(1) a 67 nařízení 987/2009 Rozhodnutí AK S3, S6, S9 Pokyny k rozhodnutí S6 Čl. SSCI.47, SSCI.51-SSCI.53 Dohody o	**Hradí Kancelář ZP zdravotním pojišťovnám po získání úhrady od zahraniční instituce, která vystavila některý z následujících nárokových dokladů: EHIC, Potvrzení dočasně nahrazující EHIC, GHIC, Potvrzení dočasně nahrazující GHIC, S045, S1, S2, S3, S072 a dále pak nárokové doklady vydané dle mezinárodních smluv (Albánie, Černá Hora, Severní Makedonie, Srbsko, Tunis a**

obchodu a spolupráci	**Turecko)** (dříve E106, E109, E112, E120, E121)
Obecně	
Pohledávku je nutné uplatnit do zahraničí nejpozději ve lhůtě 12 měsíců po skončení kalendářního pololetí, během něhož byly tyto pohledávky zaznamenány v účetnictví ZP, jinak je pohledávka promlčena (čl. 67). Okamžikem zaznamenání pohledávky v účetnictví je moment, kdy je známa konečná výše pohledávky a pohledávka je vyrovnána s poskytovatelem. Je nezbytné pohledávky uplatňovat dle níže uvedeného harmonogramu. Dvoustranné smlouvy o sociálním zabezpečení obsahují specifická ustanovení o lhůtách pro uplatnění pohledávek.	

Provedení platby za pojištěnce ze zemí Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska na základě Hlavy IV., kapitoly I., prováděcího nařízení Rady EU a EP č. 987/2009, provedení platby za pojištěnce ze Spojeného království na základě Dohody o obchodu a spolupráci a provedení platby za pojištěnce z Albánie, Černé Hory, Severní Makedonie, Srbska, Tuniska a Turecka, ošetřené na území České republiky na základě mezinárodní smlouvy.

- Vyúčtování skutečných nákladů za poskytnuté věcné dávky N080A (dále jen „vyúčtování“) budou jednotlivými zdravotními pojišťovnami pravidelně čtvrtletně zasílána KZP. Vyúčtování budou zaslána vždy do 60 dnů po skončení daného kalendářního čtvrtletí, během něhož byly pohledávky zaznamenány v účetnictví zdravotních pojišťoven.
- Součástí vyúčtování bude globální část N080A (dále jen „rekapitulace“), která bude obsahovat celkovou částku uplatňovanou zdravotní pojišťovnou a číslo účtu, na nějž má být úhrada provedena a dále VS, pod kterým bude pohledávka uhrazena. Rekapitulace bude členěna podle jednotlivých zemí, vůči nimž se nárok uplatňuje. Její součástí je i soupis jednotlivých případů.
- KZP zkontroluje formální správnost výkazů.
- Vyúčtování budou na KZP zpracována pro účely vedení statistik a pro sledování lhůt.
- Vyúčtování zašle KZP spolu s rekapitulací za všechny české zdravotní pojišťovny styčným orgánům členských/smluvních států do 30 dnů od jejich obdržení.
- Pokud bude v rámci řízení o zpochybněném případu KZP od zdravotní pojišťovny žádat vyjádření, nebo doručení souvisejícího dokumentu, pojišťovna jej zašle nejpozději do 30 dnů od doručení žádosti.
- Pokud dojde ke zpoždění úhrady pohledávky ze strany zahraničního styčného orgánu, zašle mu KZP do 30 dnů od obdržení zpožděné úhrady žádost o úhradu úroků z prodlení. O této skutečnosti informuje ve stejném termínu i příslušné zdravotní pojišťovny.
- Po obdržení platby ze zahraničí na svůj účet zpracuje KZP rekapitulaci zahraničního styčného orgánu, které přijde současně s platbou a rozdělí celkovou došlou sumu podle případů, nárokovaných jednotlivými pojišťovnami. Do 30 dnů od obdržení platby na svůj účet zašle KZP jednotlivým českým pojišťovnám na jejich účet částku,

odpovídající uznaným případům. Spolu s částkou zašle rekapitulaci, která bude obsahovat seznam uhrazených českých pohledávek. Stejným způsobem bude zpracována i případná úhrada úroků z prodlení. Další projednání zpochybněných případů zprostředkuje KZP.

- V případě, že KZP obdrží ze zahraničí zálohu na úhradu konkrétní pohledávky KZP vůči zahraničnímu styčnému orgánu, rozdělí KZP celkovou sumu zálohy podle poměru částek, nárokovaných v rámci dotčené pohledávky jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Do 30 dnů od obdržení platby zálohy na svůj účet zašle KZP jednotlivým českým pojišťovnám na jejich účet takto stanovenou částku záloh. Po doručení oznámení o definitivním vypořádání pohledávky ze strany zahraničního styčného orgánu provede KZP do 30 dnů vypořádání záloh vůči jednotlivým pojišťovnám. V rámci vypořádání doplatí jednotlivým pojišťovnám část pohledávky, která odpovídá uznaným a uhrazeným případům a přesahuje částku dříve vyplacené zálohy. Pokud z definitivního vypořádání vyplyne, že částka, odpovídající oprávněně stornovaným případům, přesahuje rozdíl mezi celou dotčenou pohledávkou pojišťovny a dříve vyplacenou zálohou, požádá zdravotní pojišťovnu o vrácení takto zjištěné částky přeplatku.
- Zpracování výkazů a komunikace mezi KZP a ZP probíhá elektronicky v rámci informačního systému AP KZP.

Praktický postup při zpracování pohledávek pracovníkem ZP v rámci AP KZP - viz. Kapitola 38 Uživatelské příručky

8.3. Úhrada paušálních nákladů za zdravotní péči poskytnutou českým pojištěncům, bydlícím na území členského státu

Pohledávka Kanceláře ZP vůči ZP uplatněna el. dokumentem N095 Čl. 65, 66(1) a 67 nařízení 987/2009 Rozhodnutí AK S3, S6, S9 Pokyny k rozhodnutí S6 Čl. SSCI.47-SSCI.53 Dohody o obchodu a spolupráci	**Hradí česká pojišťovna, která vystavila nárokový doklad, tj. S1, S072, nebo E121, nebo E109**

Obecně

- Paušální náklady účtují tyto státy (příloha 3 nařízení 987/2009, dodatek SSCI-3 Dohody o obchodu a spolupráci): Irsko, Španělsko, Kypr, Portugalsko, Švédsko, Spojené Království
- Úhrada je po českých pojišťovnách požadována v případě, že byl český pojištěnec v zahraničí zaregistrován na základě dokumentů S1 nebo S072 (dříve E121, E109) a jde o zemi, která učinila vklad do přílohy III nařízení 883/2004 příp. dodatku SSCI-3 Dohody o obchodu a spolupráci (náklady uplatňovány paušálními částkami). Účty se však mohou týkat pouze důchodců a členů jejich rodin, nebo rodin pracovníků, bydlících v jiném státě než pojištěnec.
- Nárok cizích pojišťoven (států) je uplatňován jednotlivými zeměmi jedenkrát ročně.
- Výše nároku odpovídá průměrným nákladům na zdravotní péči dotčené věkové skupiny osob v dané zemi, která byla schválena Správní komisí, vynásobeným počtem osob a měsíců, po něž trvala registrace.
- Před samotným uplatněním pohledávky musí být zaslán k odsouhlasení přehled měsíců registrace v daném státě, obsahující specifikaci všech registrovaných osob a období, za které mají být paušální náklady účtovány.
- Nárok na úhradu musí být uplatněn do 12 měsíců od zveřejnění průměrných nákladů v Úředním Věstníku (Official Journal) EU.
- Úhrada do zahraničí musí být provedena do 18 měsíců od obdržení vyúčtování Kanceláří ZP. Při nedodržení této lhůty mohou zahraniční instituce požadovat úroky z prodlení.

Důvodem zpochybnění úhrady může být zejména:

- neexistence záznamu o vystavení nárokového dokladu, resp. nárokovaný měsíc nespadá do doby registrace
- nesprávně nebo neúplně vyplněný fakturační doklad
- záznam o odeslání, nebo přijetí dokladu, ukončujícího registraci

OBECNÝ POSTUP

Provedení platby za péči poskytnutou českým pojištěncům na území států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska na základě čl. 63, 65, 66 a 67 prováděcího nařízení 987/2009 a ve Spojeném království na základě Čl. SSCI.47-SSCI.53 Dohody o obchodu a spolupráci.

- Po doručení souboru výkazů S100 (S095 v.1, dříve E127), které spolu s příslušnou rekapitulací obdrží Kancelář ZP ze styčných orgánů jednotlivých států, Kancelář ZP vždy zkontroluje, zda souhlasí součet jednotlivých výkazů s celkovou požadovanou sumou.
- zároveň Kancelář ZP přepočítá dlužnou částku kurzem ČNB (střed) platným v den obdržení výkazů.
- Kancelář ZP zaeviduje výkazy pro účely vedení statistiky

- Kancelář ZP rozdělí výkazy podle jednotlivých pojišťoven, vůči nimž je pohledávka uplatňována
- Do 30 dnů od obdržení výkazů zašle Kancelář ZP příslušným zdravotním pojišťovnám soubor výkazů za péči poskytnutou jejich pojištěncům v jednotlivých státech a uplatněných cizím styčným orgánem u Kanceláře ZP. Spolu s tím zašle Kancelář ZP rekapitulaci obsahující částku v Kč nárokovanou vůči těmto jednotlivým pojišťovnám a datum splatnosti v členění podle jednotlivých států.
- 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 úhrady v jednotlivých případech. Úhradu částky v Kč odpovídající uznaným případům provede česká zdravotní pojišťovna na účet Kanceláře ZP v termínu splatnosti uvedeném na rekapitulačním dopise.
- Termíny splatnosti plateb se řídí dohodami mezi styčnými orgány, nebo příslušnými úřady. Tam, kde není termín splatnosti mezinárodní dohodou stanoven a tam, kde se již vzájemné úhrady provádí, bude termín splatnosti stanoven Kanceláří ZP s přihlédnutím k principu reciprocity.
- Kancelář ZP provede úhradu styčným orgánům příslušných států po připsání všech nezpochybněných částek splatných v daném termínu od všech pojišťoven na účet Kanceláře ZP. Zároveň Kancelář ZP zašle styčným orgánům příslušných smluvních států rekapitulace obsahující uznané částky a případy, které byly zpochybněny. Další projednání zpochybněných případů zprostředkuje Kancelář ZP.
- Výše uvedené dokumenty budou zasílány v elektronické formě.
- Případný záporný kurzový rozdíl uhradí Kancelář ZP ze svého provozního účtu.
- Případný kladný kurzový rozdíl bude převeden na provozní účet Kanceláře ZP.

Praktický postup zpracování paušálů pracovníky ZP v rámci AP KZP - viz. Kapitola 39 Uživatelské příručky

9. VYMÁHÁNÍ DLUŽNÝCH ČÁSTEK NA ÚZEMÍ DRUHÉHO ČLENSKÉHO STÁTU

9.1. Obecně

Mezistátní pomoc při úhradě/vymáhání dlužných částek – (čl. 84 nařízení 883/2004 a čl. 75 a násl. prováděcího nařízení 987/2009).

ZÁKLADNÍ PRINCIPY

Vymáhání pohledávek na území druhého smluvního státu probíhá prostřednictvím dožádané instituce sociálního zabezpečení státu, kde sídlí nebo bydlí dlužník a probíhá dle právních předpisů, platných v dožádaném státě pro výběr nebo vymáhání obdobných pohledávek místních institucí sociálního zabezpečení.

Vykonatelné rozhodnutí, vydané institucí nebo soudem jednoho státu, musí být přímo uznáno v dožádaném státě, jako by šlo o rozhodnutí, vydané dožádanou institucí nebo místním soudem. Pouze v případě, že je to předpisy dožádaného státu vyžadováno, nahradí dožádaná instituce zahraniční rozhodnutí svým vlastním rozhodnutím (do třech měsíců od obdržení žádosti).

Minimální částkou, kterou lze mezinárodně vybírat nebo vymáhat, je částka odpovídající 350 EUR. Nižší částku lze mezinárodně vymáhat pouze v případě, že se na tom dotčené instituce dohodnou.

Poznámka: *Přestože to nevyplývá přímo z textu nařízení, domníváme se, že se toto omezení týká celkové pohledávky, uplatňované v zahraničí najednou vůči jednomu dlužníkovi (tj. může jít o několik jednotlivých pohledávek a jim odpovídajících exekučních titulů vůči jednomu dlužníkovi, uplatňovaných v zahraničí najednou v rámci jedné žádosti o vymáhání).*

POUŽÍVANÉ DOKUMENTY

Pro administrativní zajištění mezinárodní spolupráce při výběru dlužných částek nebo vymáhání pohledávek jsou používány strukturované elektronické dokumenty řady „R“ (Recovery). SEDy jsou ukládány, nebo naopak generovány v rámci informačního systému AP KZP.

Případ je nutné během celého procesu evidovat pod jedním číslem, které bude uváděno v příslušných SEDech při korespondenci se zahraniční institucí.

V těch částech všech používaných SEDů, které se týkají identifikace institucí (odesílající, přijímající), nebo dotčených osob (dlužník, zaměstnavatel apod.) není instituce (v ČR zdravotní pojišťovna) povinna vyplnit všechna uvedená identifikační pole. To znamená, že uvede jen ty identifikační údaje, které jsou jí známé.

kódy států a jednotlivých institucí (včetně českých ZP), které se vyplňují do identifikačních částí jednotlivých SEDů lze nalézt v Institution Repository.

POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ (R012)

Instituce sociálního zabezpečení jednoho státu může požádat instituci druhého státu o zjištění a sdělení informací, týkajících se dlužníka bydlícího/sídlícího na území dožádaného státu. Dožádaná instituce je povinna poskytnout všechny informace, které má, nebo které by v obdobném případě mohla získat při řešení vlastní pohledávky.

DORUČOVÁNÍ (R015)

Instituce sociálního zabezpečení jednoho státu může požádat instituci druhého státu o doručení rozhodnutí nebo exekučního titulu dlužníkovi. Dožádaná instituce je povinna doručení provést stejným způsobem, jakým v obdobném případě doručuje vlastním dlužníkům.

ŽÁDOST O VYMÁHÁNÍ (R017)

Instituce sociálního zabezpečení jednoho státu může požádat instituci druhého státu o vymáhání své pohledávky. Žádost o vymáhání na území jiného státu musí být doprovázena vykonatelným rozhodnutím (pro účely elektronické komunikace musí být provedena konverze rozhodnutí z listinné do elektronické podoby.

Dluh, nebo rozhodnutí nesmí být v žádajícím státě právně napaden (tj. řízení o napadení pohledávky nesmí probíhat, mohlo ale proběhnout pro dlužníka neúspěšně v minulosti).

V žádajícím státě již musely být využity vhodné postupy pro vymáhání, přičemž přijatá opatření nevedla k úplnému uhrazení pohledávky (tj. zpravidla již vymáhání neúspěšně proběhlo; v některých případech ovšem nemuselo k samotné exekuci ani dojít, např. pokud bylo hodnověrně zjištěno, že dlužník nemá v daném státě bydliště/sídlo, adresu pro doručování, příjem ani žádný majetek). Pohledávka nesmí být promlčena dle předpisů žádajícího státu (pro promlčení platí předpisy žádajícího státu, včetně ustanovení o stavění lhůt).

Dožádaná instituce může vymáhání odmítnout, pokud uběhlo více než 5 let od vydání rozhodnutí (pro mezinárodní uplatnění pohledávky je zásadní, že pohledávka není v žádajícím státě promlčena, ani nezanikla prekluzí. Lhůta 5 let od vydání rozhodnutí je něčím jiným. Jde o lhůtu, danou přímo nařízením, po jejímž uplynutí může (ale nemusí) být odmítnuto provedení výkonu rozhodnutí v dožádaném státě). Dožádaná instituce může vymáhání také odmítnout, pokud by dlužníku způsobila vážné hospodářské nebo sociální obtíže v členském státě dožádaného subjektu (je-li upuštění v těchto případech možné dle místní legislativy).

Vymáhání probíhá v měně dožádaného státu.

Od data uznání zahraniční pohledávky jsou dožádanou institucí účtovány úroky z prodlení podle předpisů dožádaného státu (vybrané úroky jsou posléze předány žádající instituci). Pozn.: v případě zahraničních pohledávek, vymáhaných na území ČR, půjde o penále ve smyslu českých právních předpisů.

ŽÁDOST O PROVEDENÍ PŘEDBĚŽNÝCH OPATŘENÍ (R017)

Instituce sociálního zabezpečení jednoho státu může požádat instituci druhého státu o provedení předběžných opatření. Dožádaná instituce je povinna zajistit provedení předběžných opatření v souladu s předpisy, které uplatňuje při vymáhání vlastních pohledávek.

LHŮTY

Promlčecí lhůty, týkající se pohledávky, nebo rozhodnutí, se řídí předpisy žádajícího státu. Promlčecí lhůty, týkající se procesu vymáhání v dožádaném státě, se řídí předpisy tohoto státu a začínají běžet dnem uznání rozhodnutí, zaslaného druhým státem.

Úkony, provedené během vymáhání pohledávky dožádanou institucí, mají z hlediska

stavění, nebo přerušení lhůt dle předpisů žádajícího státu stejné účinky, jako kdyby je provedla žádající instituce.

NAPADENÍ ROZHODNUTÍ

Napadne-li dlužník existenci dluhu nebo rozhodnutí, řízení je vedeno před příslušnou autoritou žádajícího státu (do rozhodnutí je vymáhání v dožádaném státě přerušeno). Týká-li se napadení procedury vymáhání v dožádaném státě, probíhá řízení v tomto státě.

Je-li existence dluhu, nebo platební titul napaden, může proces pokračovat, pokud to umožňují předpisy dožádaného státu (v případě vítězství dlužníka dojde k vrácení případně již vybrané částky).

NÁKLADY ŘÍZENÍ

Administrativní náklady mezinárodní spolupráce nejsou vzájemně účtovány. To se ovšem týká pouze nákladů na činnost dožádané instituce. Externí náklady mohou být účtovány žádající instituci. Pokud se ovšem vymáhání ukáže jako neodůvodněné z důvodu neoprávněnosti pohledávky nebo neplatnosti právního titulu, nese náklady žádající instituce. Náklady vymáhání mohou jít k tíži dlužníka, pokud to právo dožádaného státu umožňuje.

9.2. Základní postupy vymáhání

9.2.1. Vymáhání pohledávky české ZP prostřednictvím zahraniční instituce, na území jiného členského státu

Vymáhání se typicky týká dluhu na pojistném, náhrady škody způsobené třetí osobou, nebo náhrady škody, způsobené pojištěncem (např. v důsledku nesplnění oznamovací povinnosti). Součástí pohledávky mohou být i přirážky k pojistnému, úroky, penále a pokuty.

Dlužníkem může být fyzická osoba bydlící v jiném státě (popřípadě mající v jiném státě příjem, vlastnící zde účet, movitý nebo nemovitý majetek) i právnická osoba, sídlící v jiném státě (popřípadě vlastnící zde účet, movitý nebo nemovitý majetek). Předpokladem zaslání žádosti o uplatnění pohledávky ZP v dotčeném státě je informace o tom, že na jeho území výše uvedené skutečnosti (bydliště, sídlo, případně příjem nebo majetek) existují.

Žádost o mezinárodní vymáhání pohledávky (SED R017) je zaslána styčnému orgánu až po provedení vhodných úkonů pro vymáhání dlužné částky na území ČR, které nevedly k úplnému uhrazení pohledávky. Před podáním žádosti tak musí zpravidla proběhnout neúspěšně, nebo pouze částečně úspěšně, správní exekuce, exekuce prostřednictvím soudního exekutora, nebo soudní výkon rozhodnutí. Pouze pokud jde o osobu, u níž bylo hodnověrně zjištěno, že v ČR nebydlí/nesídlí, nemá zde doručovací adresu, majetek, ani příjem a zároveň je známo, že tyto skutečnosti existují na území jiného státu EU, může být žádost zaslána do dotčeného státu, i když exekuce předtím v ČR neproběhla.

Předpokladem zaslání žádosti je vždy existence vykonatelného rozhodnutí zdravotní pojišťovny ve formě platebního výměru, popřípadě výkazu nedoplatku, nebo soudního rozhodnutí s vyznačením právní moci a vykonatelnosti.

Poznámka: *Výjimečně lze samostatně vymáhat i příslušenství pohledávky (penále), a to za předpokladu, že je lze samostatně předepsat, tedy že na ně existuje příslušný exekuční titul.*

Pohledávku by měla zdravotní pojišťovna v druhém státě uplatnit neodkladně, pokud se dozví, že dlužník na území druhého státu zemřel. Pro úspěšné vymáhání je vhodné

pohledávku přihlásit, pokud možno, ještě v průběhu dědického řízení (právní úprava možnosti uplatnění pohledávky vůči dědicům po ukončení dědického řízení se v jednotlivých státech liší a lze mít za to, že v mnoha případech nebude takový postup přípustný).

Pohledávku by měla zdravotní pojišťovna v druhém státě uplatnit neodkladně, pokud se dozví, že zde probíhá insolvenční řízení.

Poznámka: *Pokud jde o přihlášení pohledávky v insolvenčním řízení, není zatím přístup ostatních států a jejich ochota vystupovat jako v zastoupení české instituce zcela jednotná a jednoznačná. Proto pokud se česká ZP dozví o insolvenčním řízení v jiném státě EU a nebude hodlat uplatnit svou pohledávku sama přímo, zkonzultuje nejdříve možnosti uplatnění prostřednictvím zahraniční instituce s Kanceláří ZP.*

Česká zdravotní pojišťovna může požádat i o provedení předběžných opatření na území jiného státu. O provedení předběžných opatření žádá zpravidla současně se žádostí o vymáhání pohledávky na základě vykonatelného rozhodnutí. Výjimečně v odůvodněných případech lez požádat o provedení předběžných opatření ještě před podáním žádosti o vymáhání.

Poznámka: *Pro plné využití možností, daných nařízením, je vhodná a účelná vzájemná výměna informací o uplatnění pohledávky v zahraničí mezi českými systémy sociálního a zdravotního pojištění. Pro tento účel byla dohodnuta vzájemná výměna informací o uplatňování pohledávek v zahraničí, které se mohou týkat obou systémů, mezi Kanceláří ZP a ČSSZ. Pokud bude zdravotní pojišťovna uplatňovat svou pohledávku v zahraničí přímo, doporučujeme informovat o této skutečnosti Kancelář ZP, nebo přímo ČSSZ. O pohledávkách, uplatňovaných v zahraničí ze strany ČSSZ bude Kancelář ZP informovat tu/ty ZP, kterých by se pohledávka za stejným dlužníkem mohla týkat.*

Praktický postup při uplatnění žádosti o vymáhání pohledávky české ZP, nebo o provedení předběžného opatření na území jiného státu - viz. Kapitola 40 Uživatelské příručky

9.2.2. Vymáhání pohledávky cizí instituce prostřednictvím české ZP, na území ČR

Žádosti o vymáhání pohledávky (SED R017) cizích institucí bude Kancelář ZP předávat té zdravotní pojišťovně, u níž je dlužník pojištěn. Pokud takové instituce není (fyzická osoba v ČR nepojištěná, nebo právnická osoba - zaměstnavatel), bude vymáhající česká ZP určena Kanceláří ZP.

Pokud se s žádostí o vymáhání obrátí zahraniční instituce přímo na některou z českých ZP, bude oslovená instituce touto žádostí vázána za předpokladu, že je dlužníkem její pojištěnec, nebo se se zahraniční institucí na pomoci s vymáháním předem dohodla. V opačném případě předá žádost k přidělení Kanceláři ZP.

Žádosti o vymáhání pohledávky, u které nelze rozlišit pohledávku za zdravotní (věcné dávky) a nemocenské (peněžité dávky) pojištění, budou v případě zaslání Kanceláři ZP, nebo na jednotlivou ZP, předávány k vymáhání ČSSZ.

Poznámka: *Typicky jde o pohledávky za nesplacené pojistné na nemocenské pojištění ze státu, kde nemocenské pojištění kryje zároveň zdravotní péči i peněžitou dávku/nemocenskou.*

České ZP budou vymáhat pouze ty pohledávky, u kterých je zřejmé, že se týkají příspěvků nebo dávek ze systému, hradícího v jiném členském státě náklady na zdravotní péči.

Poznámka: *Typicky tak pro české ZP přichází v úvahu pohledávky dožadujících institucí takového státu, který má stejně jako ČR zvláštní systém pojištění věcných dávek/zdravotní péče – např. Slovensko, nebo Polsko.*

K žádosti o vymáhání pohledávky musí být přiložen originál nebo úředně ověřená kopie rozhodnutí zahraniční zdravotní pojišťovny (nebo jinak definované instituce, spravující systém, z nějž je hrazena zdravotní péče), popřípadě zahraničního soudu, s doložkou vykonatelnosti. Toto rozhodnutí je českou ZP považováno za její vlastní rozhodnutí (platební výměr nebo výkaz nedoplatků), případně za rozhodnutí českého soudu.

Zahraniční rozhodnutí slouží jako exekuční titul pro správní exekuci, exekuci prostřednictvím soudního exekutora, nebo soudní výkon rozhodnutí na území ČR. Způsob výkonu rozhodnutí zvolí zdravotní pojišťovna tak, aby odpovídal přístupu k obdobným pohledávkám a rozhodnutím, vydávaným českou ZP nebo soudem.

Poznámka: *V dalším řízení je oprávněným v zásadě zahraniční dožadující instituce, která vydala exekuční titul, v zastoupení českou zdravotní pojišťovnou, a to na základě žádosti o vymáhání pohledávky, podané v souladu s nařízením 883/2004 a 987/2009.*

Praktický postup při uplatnění žádosti o vymáhání pohledávky, nebo o provedení předběžného opatření v ČR - viz Kapitola 41 Uživatelské příručky

9.3. Žádost o informace za účelem vymáhání pohledávky

9.3.1. Vyžádání informací za účelem vymáhání zahraniční pohledávky na území ČR

Před podáním žádosti o vymáhání pohledávky (SED R017) může být vhodné nejdříve zjistit skutečnosti, důležité pro úspěšné vymáhání na území druhého státu. Zahraniční instituce se tak mohou i mimo proces samotného vymáhání obracet na Kancelář ZP, resp. českou zdravotní pojišťovnu, se žádostí o zjištění informací, týkající se dlužníka a jeho majetku, existujícího na území ČR (SED R012).

Lze předpokládat, že žádost bude v prvé fázi zasílána Kanceláři ZP, která ji k vyřízení předá zdravotní pojišťovně, která přichází v úvahu (ZP fyzické osoby, nebo přidělená ZP u dlužníka - právnické osoby).

Česká instituce by měla v těchto případech v zásadě zjistit a předat všechny informace, kterými disponuje, nebo ke kterým by měla přístup, pokud by šlo o její vlastní pohledávku.

Praktický postup zpracování žádosti cizí instituce o informaci - viz. Kapitola 42 Uživatelské příručky

9.3.2. Vyžádání informací za účelem vymáhání české pohledávky v zahraničí

Před podáním žádosti o vymáhání pohledávky (SED R017) může být vhodné nejdříve zjistit skutečnosti, důležité pro úspěšné vymáhání na území druhého státu. České instituce se tak mohou i mimo proces samotného vymáhání obracet na zahraniční instituci se žádostí o zjištění informací, týkající se dlužníka a jeho majetku, existujícího na území dotčeného státu (R012).

Pokud se dříve ve věci stejného dlužníka nekomunikovalo s konkrétní institucí, bude žádost v prvé fázi zaslána styčnému orgánu dotčeného státu.

Praktický postup při vyžádání informací ze zahraničí - viz. Kapitola 43 Uživatelské příručky

9.4. Doručení/oznámení dlužníkovi, prostřednictvím instituce druhého státu

Doručení exekučního titulu, nebo jiného rozhodnutí povinnému je vždy a všude důležitou součástí procesu vymáhání. Pro případy, kdy dlužník bydlí/sídlí na území jiného státu EU, je možné využít doručení prostřednictvím instituce dotčeného státu a SEDů R015, resp. R016.

Tento způsob doručení může probíhat samostatně (v rámci první fáze vymáhání dle předpisů věřitelského státu), tj. bez toho, aby bylo zároveň žádáno o provedení výkonu rozhodnutí v dotčeném státě, kde dlužník sídlí, nebo bydlí.

Praktický postup při:

- **podání žádosti zahraniční instituce o doručení rozhodnutí nebo jiného právního nástroje prostřednictvím české ZP, nebo Kanceláře ZP, dlužníku, sídlícímu v ČR** - viz. Kapitola 44 Uživatelské příručky
- **podání žádosti o doručení/oznámení dlužníku, sídlícímu na území jiného státu EU, prostřednictvím zahraniční instituce** - viz. Kapitola 45 Uživatelské příručky.

9.5. Postup při napadení pohledávky

Dluh, nebo exekuční titul může být během vymáhání pohledávky v jiném státě napaden žalobou ve státě, kde pohledávka vznikla. O této skutečnosti musí být informována dožádaná instituce (žádající institucí, případně samotným dlužníkem).

Řízení o vymáhání pohledávky dožádaná instituce po oznámení přeruší (kromě případů, kdy o pokračování požádala žádající instituce a předpisy dožádaného státu umožňují pokračování v řízení i při napadení pohledávky, nebo titulu). Dožádaná instituce může také přijmout předběžná opatření k zajištění úhrady pohledávky.

Na území dožádaného státu mohou být napadeny úkony, podniknuté zde v rámci vymáhání pohledávky (v těchto případech bude tedy o napadení informovat dožádaná instituce instituci žádající).

Praktický postup při:

- **Napadení české pohledávky (dluhu, nebo příslušného rozhodnutí) na území ČR, během vymáhání na území jiného členského státu** viz. Kapitola 46 Uživatelské příručky
- **Napadení úkonů vymáhání české pohledávky na území jiného státu** viz. Kapitola 47 Uživatelské příručky
- **Napadení zahraniční pohledávky (dluhu, nebo příslušného rozhodnutí) v jiném státě EU, během vyžádaného řízení o výběru dlužné částky na území ČR** viz. Kapitola 48 Uživatelské příručky
- **Napadení úkonů vymáhání zahraniční pohledávky na území ČR** viz. Kapitola 49

9.6. Žádost o úhradu nákladů, spojených s vymáháním pohledávky

Zprostředkování výběru dlužné částky na území dožádaného státu by mělo být zásadně zdarma. To se ovšem týká pouze nákladů na činnost dožádané instituce. Externí náklady mohou být účtovány žádající instituci. Dále v případech, kdy se na tom instituce dohodnou, nebo v případech, kdy se ukáže, že dluh neexistoval, nebo byl právní titul neplatný, mohou být náklady a ztráty uhrazeny žádající institucí.

9.6.1. Vymáhání pohledávky v ČR - žádost o úhradu nákladů

Tento postup přichází v úvahu, kdy:

- dožádaná česká ZP žádá o uzavření dohody na zvláštních pravidlech úhrady mezi institucemi v konkrétním případě (zpravidla pro mimořádnou nákladnost nebo riskantnost daného případu vymáhání), nebo
- dožádaná česká ZP na základě předchozího souhlasu zahraniční instituce účtuje skutečně vynaložené náklady nebo ztráty, vzniklé v souvislosti s vymáháním, nebo pokud vznikly české ZP při vymáhání externí náklady
- musí být nahrazeny náklady, související s vymáháním poté, co byla zjištěna neoprávněnost pohledávky, nebo exekučního titulu, nebo

Podle toho, o kterou z výše uvedených situací jde, postupuje česká ZP takto:

- Informuje o předpokládaných vysokých nákladech a rizicích vymáhání prostřednictvím R028.

  Zde uvádí odhadovanou výši nákladů a potenciálních ztrát a ptá se, zda dožádaná instituce souhlasí s jejich případným uhrazením. Zahraniční instituce odpovídá a vyjadřuje souhlas či nesouhlas prostřednictvím R029. Na základě vyjádření zahraniční instituce může česká ZP zvážit další postup, případně od vymáhání ustoupit (pokud je velmi riskantní, nákladné a zahraniční instituce odmítla náklady uhradit)

- žádá o úhradu vzniklých nákladů a ztrát v souvislosti s proběhnuvším vymáháním, a to prostřednictvím R028. V případě předchozího souhlasu tedy poté, co předtím obdržela souhlasnou odpověď na původní dotaz (tzn. jde již o druhou R028, zasílanou ze strany české ZP).

  V žádosti uvádí zvlášť výši nákladů (např. soudní nebo administrativní poplatky) a ztrát (např. úhrada nákladů dlužníka v případě neúspěšného vymáhání). Uvádí též, že jde o žádost o úhradu v konkrétním mimořádném a dohodnutém případě, tedy na základě čl. 85.2. Zahraniční instituce odpovídá na SEDu R029 (pokud by odmítla úhradu, měla by poslat zdůvodnění v příloze k SEDu).

- Žádá o úhradu nákladů a ztrát poté, co se ukázalo, že byla pohledávka zahraniční instituce neoprávněná, že dluh v okamžiku předání do zahraničí neexistoval, nebo byl vadný právní titul (tzn. pokud se chyba ukáže až po uplatnění do zahraničí).

  Žádost provádí prostřednictvím R028, kde kromě výše nákladů a ztrát uvede též, že jde o situaci dle čl. 85.3. Zahraniční instituce na návrh odpovídá prostřednictvím R029 (v případě oprávněné žádosti by měla potvrdit zodpovědnost za úhradu nákladů.

Praktický postup zpracování žádosti o úhradu nákladů, spojených s vymáháním pohledávky na území ČR, uplatněný vůči zahraniční instituci - viz. Kapitola 50 Uživatelské příručky

9.6.2. Vymáhání pohledávky v jiném členském státě - žádost o úhradu nákladů

Žádost přichází v úvahu v případě, kdy:

- zahraniční instituce žádá českou ZP o uzavření dohody na zvláštních pravidlech úhrady v konkrétním případě (zpravidla pro mimořádnou nákladnost nebo riskantnost daného případu vymáhání), nebo
- zahraniční instituce na základě předchozího souhlasu české ZP účtuje skutečně vynaložené náklady nebo ztráty, vzniklé v souvislosti s vymáháním, nebo pokud vznikly zahraniční instituci při vymáhání externí náklady, nebo
- musí být zahraniční instituci nahrazeny náklady, související s vymáháním poté, co byla zjištěna neoprávněnost české pohledávky, nebo exekučního titulu.

Zahraniční instituce podle toho, o kterou z výše uvedených situací jde:

- Informuje českou ZP o předpokládaných vysokých nákladech a rizicích vymáhání prostřednictvím R028.

  Zde uvádí odhadovanou výši nákladů a potenciálních ztrát a ptá se, zda česká ZP souhlasí s jejich případným uhrazením. Česká ZP odpovídá a vyjadřuje souhlas či nesouhlas prostřednictvím R029. Na základě vyjádření může zahraniční instituce zvážit další postup, případně od vymáhání ustoupit (pokud je velmi riskantní, nákladné a česká ZP odmítla náklady uhradit)

- žádá o úhradu vzniklých nákladů a ztrát v souvislosti s proběhnuvším vymáháním, a to prostřednictvím R028 poté co předtím obdržela souhlasnou odpověď české ZP na původní dotaz (tzn., že jde již o druhou R028, zasílanou ze strany zahraniční instituce).

  V žádosti uvádí zvlášť výši nákladů (např. soudní nebo administrativní poplatky) a ztrát (např. úhrada nákladů dlužníka v případě neúspěšného vymáhání). Uvádí též, že jde o žádost o úhradu v konkrétním mimořádném a dohodnutém případě, tedy na základě čl. 85.2. Česká ZP odpovídá na SEDu R029 (pokud by z nějakého důvodu odmítla přes předchozí souhlas úhradu, měla by poslat zdůvodnění v příloze k SEDu).

- Žádá o úhradu nákladů a ztrát poté, co se ukázalo, že byla pohledávka české ZP neoprávněná, že dluh v okamžiku předání do zahraničí neexistoval, nebo byl vadný právní titul (tzn. pokud se chyba ukáže až po uplatnění do zahraničí).

  Žádost provádí prostřednictvím R028, kde kromě výše nákladů a ztrát uvede též, že jde o situaci dle čl. 85.3. Česká ZP na návrh odpovídá prostřednictvím R029 (v případě oprávněné žádosti by měla potvrdit zodpovědnost za úhradu nákladů).

Praktický postup zpracování žádosti cizí instituce o úhradu nákladů spojených s vymáháním pohledávky české ZP na území jiného členského státu - viz. Kapitola 51 Uživatelské příručky

•

10. DOPORUČENÝ POSTUP PRO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PŘI OŠETŘENÍ ZAHRANIČNÍCH POJIŠTĚNCŮ

Postup poskytovatele zdravotních služeb při poskytování služeb a jejich vyúčtování se liší v závislosti na tom, jakým dokladem se pojištěnec prokáže. Liší se jak rozsah poskytovaných služeb, tak administrativní postup.

Jaký doklad	Jakou péči	Jaká další administrativa	Jak vyúčtovat
EHIC	Nezbytná péče	Výpomocná registrace – provádí zdravotnické zařízení primárně elektronicky pomocí eKZP	Pod kódem 4, zvláštní faktura a dávka, na základě již přiděleného výpomocného čísla pojištěnce
REPL	Nezbytná péče	Výpomocná registrace – provádí zdravotnické zařízení primárně elektronicky pomocí eKZP	
S1 (E106, E109, E120, E121)	Plná péče	Výpomocná registrace u ZP – provádí pacient	
S2 (E112)	Definovaná plánovaná péče	Výpomocná registrace u ZP – provádí pacient	
Žlutý průkaz – nezbytná péče	Nezbytná péče	žádná*	
Žlutý průkaz – plná péče	Plná péče	žádná*	
Zelený průkaz	Plná péče	žádná*	
Potvrzení o registraci – plná péče	Plná péče	žádná*	
Potvrzení o registraci – plánovaná péče	Definovaná plánovaná péče	žádná*	
Potvrzení o registraci – nezbytná péče	Nezbytná péče	žádná*	
XY/CZ 111	Neodkladná péče	Výpomocná registrace u ZP – musí pacient	
XY/CZ112	Definovaná plánovaná péče	Výpomocná registrace u ZP – musí pacient	
Potvrzení o registraci – neodkladná péče	Neodkladná péče	žádná*	

* předložený doklad je výsledkem již provedené výpomocné registrace, již obsahuje výpomocné číslo pojištěnce nutné pro vyúčtování

10.1. Cizí pojištěnec předložil Potvrzení o registraci nebo žlutý Průkaz pojištěnce

Na Potvrzení o registraci i na žlutém Průkazu pojištěnce je vždy uvedeno, na jaký rozsah péče má pojištěnec nárok (nezbytná péče, plná péče, plánovaná péče) a která česká zdravotní pojišťovna ponese náklady na jeho ošetření. Poskytovatel poskytuje zdravotní péči v tom rozsahu, jaký je uveden.

Potvrzením o registraci nebo žlutým Průkazem pojištěnce se mohou prokazovat cizí pojištěnci s nárokem na **nezbytnou péči** (např. turisté, vyslaní pracovníci, studenti, uchazeči o zaměstnání), pobývající přechodně v ČR s předpokladem delší doby pobytu, kteří se pro

usnadnění své situace předem registrovali u zvolené české zdravotní pojišťovny.

Poznámka: *Papírovým Potvrzením o registraci se mohou prokazovat i pojištěnci ze smluvních států (Albánie, Černá Hora, Makedonie, Srbsko, Tunisko, Turecko). V takovém případě by byl na Potvrzení uveden rozsah nároku na nutnou a neodkladnou zdravotní péči.*

Dále se žlutým Průkazem pojištěnce nebo Potvrzením o registraci prokazují cizí pojištěnci, bydlící na území ČR s nárokem na **plnou péči**. Jde typicky o české občany, bydlící v ČR a pracující v zahraničí. Tímto potvrzením o registraci se prokazují i jejich nezaopatření rodinní příslušníci. Může ale jít i o cizince, kteří na českém území dlouhodobě pobývají (např. cizí diplomaté), nebo o důchodce jiných států, bydlící v České republice.

Potvrzením o registraci se prokazují i cizí pojištěnci, kteří do ČR vycestovali za konkrétní **plánovanou péčí** a před návštěvou zdravotnického zařízení se zaregistrovali u české zdravotní pojišťovny.

Za zdravotní péči poskytnutou osobě, která se prokázala žlutým Průkazem pojištěnce nebo Potvrzením o registraci, účtuje poskytovatel české pojišťovně, která Průkaz nebo Potvrzení o registraci vydala, podle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů samostatnou fakturou se samostatnými dávkami, pod kódem 4.

Poznámka: *Pokud osoba předloží žlutý Průkaz pojištěnce nebo Potvrzení o registraci, není třeba vyplňovat Potvrzení o nároku.*

10.2. Cizí pojištěnec předložil Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC

V těchto případech má cizí pojištěnec nárok na poskytnutí a úhradu **nezbytné péče** s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a předpokládané délce pobytu. Pokud cizí pojištěnec předloží některý z těchto dokladů, bude zdravotnickým zařízením ošetřen na účet české smluvní zdravotní pojišťovny. Předložený doklad musí být platný po celou dobu ošetření.

Před samotným vyúčtováním poskytnuté péče zdravotní pojišťovně je třeba pacienta výpomocně zaregistrovat u některé ze smluvních zdravotních pojišťoven. Je-li to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta možné, požádá zdravotnické zařízení cizího pojištěnce o volbu české smluvní zdravotní pojišťovny. Pokud to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta možné není, zvolí českou smluvní zdravotní pojišťovnu zdravotnické zařízení. Výpomocná registrace může proběhnout dvěma způsoby:

APLIKACE e-KZP (spuštění 2020)

Prostřednictvím aplikace e-KZP (mobilní aplikace nebo webový portál), která provede výpomocnou registraci pacienta na základě údajů přenesených z EHICu nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího EHIC a přiložením foto/scanu dokladu. Výsledkem výpomocné registrace je Potvrzení o registraci a přidělení českého čísla pojištěnce, na základě kterého může být péče vyúčtována podle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů samostatnou fakturou se samostatnými dávkami, pod kódem pojištění 4.

TISKOPIS POTVRZENÍ O NÁROKU

Vyplněním tiskopisu Potvrzení o nároku, popřípadě pořízením kopie Evropského průkazu, nebo Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz a jejich zasláním zvolené zdravotní pojišťovně. Popřípadě jinak dle domluvy se zdravotní pojišťovnou.

Zdravotnické zařízení zajistí přepis údajů, uvedených na originálním dokladu, do části A Potvrzení o nároku (viz Přílohy). Sady tiskopisů Potvrzení o nároku jsou k dispozici na zdravotních pojišťovnách. Potvrzení o nároku je též možné vyplnit na www.kancelarzp.cz,

v sekci pro zdravotnická zařízení, tiskopisy.

Pokud je vyplňováno potvrzení o nároku, je třeba, aby byla vyplněna i část B, která obsahuje i dobu, po níž hodlá cizí pojištěnec na území České republiky pobývat a kód české zdravotní pojišťovny, kterou si pacient zvolil. Část B Potvrzení o nároku cizí pojištěnec podepíše. Svým podpisem cizí pojištěnec potvrzuje, že nevycestoval do ČR za účelem čerpání zdravotní péče. Jedno vyhotovení Potvrzení o nároku předkládá zdravotnické zařízení výpomocné zdravotní pojišťovně. Jedno vyhotovení Potvrzení o nároku si zdravotnické zařízení ponechá. Další vyhotovení Potvrzení o nároku předá zdravotnické zařízení, tam kde je to vhodné, pacientovi pro účely výběru předepsaného léčivého přípravku v lékárně, popřípadě pro účely vyšetření, pokud na něj pacienta posílá.

Pokud cizí pojištěnec disponuje vlastní kopií (kopiemi) dokladu, nebo pokud tyto kopie vyhotovilo zdravotnické zařízení, není nutné, aby vyplňovalo část A Potvrzení o nároku. Při ošetření je ale vždy třeba předkládat i originál dokladu.

Zdravotnické zařízení vykáže poskytnutou zdravotní péči podle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů samostatnou fakturou se samostatnými dávkami, pod kódem pojištění 4. Pokud neproběhla výpomocná registrace před vykázáním péče, je třeba spolu s vykázáním péče doručit zvolené pojišťovně:

- kopii Evropského průkazu zdravotního pojištění spolu s Potvrzením o nároku, vyplněným v části B, nebo
- kopii Potvrzení dočasně nahrazujícího EHIC spolu s Potvrzením o nároku, vyplněným v části B, nebo
- Potvrzení o nároku vyplněné v části A i B
- Případně dle individuální dohody se ZP

10.3. Cizí pojištěnec nepředložil žádný relevantní nárokový doklad

Jedná se o situaci, kdy se na zdravotnické zařízení obrátí cizí pojištěnec a neprokáže žádným z výše uvedených dokladů – tj. ani žlutým Průkazem pojištěnce, ani Potvrzením o registraci, Evropským průkazem zdravotního pojištění, ani Potvrzením dočasně nahrazujícím EHIC.

Poznámka: *Národní průkaz pojištěnce, nebo identifikační doklad (občanský průkaz, pas) nezakládá nárok na výpomocné hrazení nákladů českou zdravotní pojišťovnou.*

V tomto případě je třeba rozlišit, zda jde o ambulantní ošetření nebo o hospitalizaci.

Jakou péči vyžaduje?	Odkud je?	Typ péče	Jak vyúčtovat?
Neplánovaná péče	pojištěnec členského státu	ambulantní péče	platba přímo od pacienta
		nemocniční péče	vyžádání náhradního dokladu
	osoba z bilaterálního státu	ambulantní péče	platba přímo od pacienta

		nemocniční péče	vyžádání náhradního dokladu
	osoba ze třetího státu	nerozhoduje	platba přímo od pacienta
Plánovaná péče	nerozhoduje	nerozhoduje	platba přímo od pacienta

AMBULANTNÍ OŠETŘENÍ

Pokud se pacient neprokáže žádným dokladem při ambulantním ošetření, lze od něj požadovat úhradu v hotovosti.

HOSPITALIZACE

V případě hospitalizace se nemocnice pokusí získat náhradní nárokový doklad. Pro jeho získání existuje několik cest:

- Prostřednictvím aplikace e-KZP (mobilní aplikace nebo webový portál), která ze zahraničí vyžádá nárokový doklad a po jeho obdržení provede výpomocnou registraci pacienta u zvolené české zdravotní pojišťovny. Výsledkem výpomocné registrace je Potvrzení o registraci a přidělení českého čísla pojištěnce, na základě kterého může být péče vyúčtována podle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů samostatnou fakturou se samostatnými dávkami, pod kódem pojištění 4.
- Prostřednictvím zvolené české smluvní zdravotní pojišťovny, kterou si zvolí cizí pojištěnec, nebo pokud to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta není možné, zvolí českou smluvní zdravotní pojišťovnu zdravotnické zařízení.
- Nemocnice si může příslušný doklad ze zahraničí obstarat také sama, a to buď přímo od zahraničních institucí, nebo prostřednictvím osob doprovázejících pacienta.

Pro všechny uvedené cesty obstarání náhradního dokladu ze zahraničí je třeba znát osobní údaje pacienta a název instituce, u které je pojištěn. Pokud není instituce známa, je třeba získat i zahraniční adresu pacienta.

S výjimkou postupu prostřednictvím aplikace e-KZP je třeba získaný doklad předložit zdravotní pojišťovně zvolené pacientem a požádat ji o jeho výpomocnou registraci. Další postup je shodný jako v předcházející kapitole 11.2.

10.4. Cizí pojištěnec předložil formulář S2 nebo E112

Tento dokument opravňuje k poskytnutí specifické péče cizímu pojištěnci, který do ČR za tímto účelem vycestoval se souhlasem své příslušné zdravotní pojišťovny. Poskytnutí specifické péče by mělo být ve většině případů se zdravotnickým zařízením a s českou zdravotní pojišťovnou předjednáno.

Pokud se přesto cizí pojištěnec obrátí na zdravotnické zařízení, nebo nemocnici přímo, bez předchozí registrace u české zdravotní pojišťovny, zdravotnické zařízení jej požádá o volbu české smluvní zdravotní pojišťovny.

Zdravotní péče musí být poskytnuta za stejných podmínek a ve stejných termínech,

jako by šlo o českého pojištěnce. Nelze v žádném případě upřednostňovat cizí pojištěnce před českými pojištěnci při přijímání cizích pojištěnců na operace a jiné lékařské zákroky, na které se v ČR čeká.

Zdravotnické zařízení si ponechá dokument S2 (E 112) a přiloží jej k vyúčtování poskytnuté zdravotní péče. Potvrzení o nároku není v tomto případě nutné vyplňovat.

10.5. Předepisování léčivých přípravků

Léčivé přípravky vydávané na předpis českým pacientům budou v případě potřeby předepisovány a vydávány i cizím pojištěncům na účet české zdravotní pojišťovny. Do části lékařského předpisu, kde se vyplňuje kód zdravotní pojišťovny, je třeba vyplnit kód zvolené české smluvní zdravotní pojišťovny, na kterou se bude ošetřující zdravotnické zařízení obracet se žádostí o úhradu. Do kolonky číslo pojištěnce vyplní zdravotnické zařízení číslo uvedené na Potvrzení o registraci nebo na žlutém Průkazu pojištěnce pokud bylo toto potvrzení nebo průkaz předloženo.

Pokud jde o cizího pojištěnce, který se na zdravotnické zařízení obrátil přímo s Evropským průkazem zdravotního pojištění, popřípadě s Potvrzením dočasně nahrazujícím Evropský průkaz zdravotního pojištění, předá mu zdravotnické zařízení spolu s předpisem:

- Jedno vyhotovení Potvrzení o nároku vyplněného v části A i B nebo
- kopii předloženého Evropského průkazu zdravotního pojištění, popřípadě kopii předloženého Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění

10.6. Postup lékáren

Cizímu pojištěnci, kterému byl v rámci ošetření českým zdravotnickým zařízením předepsán léčivý přípravek, bude léčivý přípravek vydán a uhrazen českou zdravotní pojišťovnou do výše dané českými právními předpisy, za stejných podmínek jako českému pojištěnci.

Cizí pojištěnec musí zaplatit stejnou částku spoluúčasti, jako by musel zaplatit český pojištěnec. Lékárna se se žádostí o úhradu hrazeného léčivého přípravku v rozsahu daném českými právními předpisy obrací na zdravotní pojišťovnu uvedenou v té části lékařského předpisu, kam se uvádí kód zdravotní pojišťovny.

Cizí pojištěnec se musí v lékárně prokázat lékařským předpisem vydaným českým zdravotnickým zařízením a zároveň žlutým Průkazem pojištěnce, Potvrzením o registraci nebo Potvrzením o nároku vyplněným v části A i B nebo Evropským průkazem zdravotního pojištění nebo Potvrzením dočasně nahrazujícím Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Náklady jsou účtovány české zdravotní pojišťovně pod českým číslem pojištěnce uvedeným na žlutém Průkazu pojištěnce, nebo na Potvrzení o registraci (případně napsaného na receptu).

Pokud cizí pojištěnec nemá české (výpomocné) číslo pojištěnce a předloží Potvrzení o nároku vyplněné v části A i B nebo kopii Evropského průkazu zdravotního pojištění, nebo kopii Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění, lékárna si tuto kopii, nebo Potvrzení o nároku ponechá a zašle spolu s vyúčtováním zdravotní pojišťovně.

Pokud předloží přímo Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo originál Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění, může učinit kopii přímo lékárna.

Pro účely vypořádání nákladů s českou zdravotní pojišťovnou předá (zašle) tyto dokumenty spolu s předpisem té české zdravotní pojišťovně, na níž se obrátila se žádostí o úhradu.

V případě nedodržení výše uvedených postupů bude po cizím pojištěnci vyžadována platba v hotovosti, přičemž tato cena bude odpovídat ceně běžné v českém systému.

10.7. Postup záchranné zdravotnické služby

Cizí pojištěnec má nárok na převoz záchrannou službou za stejných podmínek jako český pojištěnec na účet české zdravotní pojišťovny.

Pokud jde o ambulantní ošetření v rámci výjezdu záchranné zdravotnické služby, požádá ošetřující lékař cizího pojištěnce o předložení dokladu o jeho nároku na zdravotní péči v ČR.[2] Pokud cizí pojištěnec doklad předloží, je ošetřen za stejných podmínek jako český pojištěnec na účet české zdravotní pojišťovny.

Pokud se cizí pojištěnec prokáže žlutým Průkazem pojištěnce nebo Potvrzením o registraci, je třeba zaznamenat především jeho jméno, příjmení a přidělené číslo pojištěnce v ČR. Na základě těchto údajů vykáže zdravotnická záchranná služba poskytnutou péči zvlášť a výkonově zdravotní pojišťovně, která vystavila žlutý Průkaz pojištěnce nebo Potvrzení o registraci.

Pokud se cizí pojištěnec prokáže Evropským průkazem zdravotního pojištění, nebo Potvrzením dočasně nahrazujícím Evropský průkaz zdravotního pojištění, je třeba na základě údajů uvedených v těchto dokladech vyplnit část A Potvrzení o nároku, nebo alespoň zajistit údaje potřebné pro pozdější vyplnění části A Potvrzení o nároku, popřípadě zajistit kopii některého z předložených dokladů. Vyplnění části B Potvrzení o nároku není nutné.

Poskytnutá péče je české smluvní zdravotní pojišťovně zvolené pacientem vykázána podle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů samostatnou fakturou se samostatnými dávkami. Spolu s vykázáním péče je třeba doručit zvolené zdravotní pojišťovně buď Potvrzení o nároku vyplněné v části A nebo kopii Evropského průkazu zdravotního pojištění, popřípadě Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Pokud se cizí pojištěnec neprokáže žádným nárokovým dokladem, bude po něm vyžadována platba v hotovosti podle platných českých právních předpisů.

V případě převozu pacienta do nemocnice může záchranná služba zjistit osobní údaje a údaje o zdravotní pojišťovně cizího pojištěnce až následně od příslušné nemocnice. Na základě těchto údajů vyplní část A Potvrzení o nároku.

Vyúčtování za převoz a poskytnutou zdravotní péči zašle spolu s vyplněným Potvrzením o nároku pokud možno stejné české zdravotní pojišťovně, kterou si daný cizí pojištěnec zvolil v nemocnici a na níž se o úhradu obrací nemocnice.

10.8. Postup letecké záchranné služby

Cizí pojištěnec má nárok na převoz leteckou záchrannou službou za stejných podmínek jako český pojištěnec za úhradu z prostředků Ministerstva zdravotnictví.

[2] žlutý Průkaz pojištěnce, Potvrzení o registraci, Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění

Dle názoru MZ ČR je letecká záchranná služba v ČR poskytována na celém území všem osobám bez ohledu na existenci zdravotního pojištění a vždy na náklady MZ ČR. Náklady tedy MZ nepřeúčtovává do zahraničí a není tedy třeba zajišťovat doklady. KZP se domnívá, že by i náklady na tyto věcné dávky měly být předávány do zahraničí.

Pokud je v rámci letecké záchranné služby poskytnuta nějaká péče, která je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, je třeba náklady vyúčtovat ZP za použití pacientova nárokového dokladu[3] v souladu s Metodikou samostatnou fakturou se samostatnými dávkami.

Pokud se cizí pojištěnec prokáže Evropským průkazem zdravotního pojištění nebo Potvrzením dočasně nahrazujícím Evropský průkaz zdravotního pojištění, je třeba na základě údajů uvedených v těchto dokladech vyplnit část A Potvrzení o nároku, nebo alespoň zajistit údaje potřebné pro pozdější vyplnění části A Potvrzení o nároku, popřípadě zajistit kopii některého z předložených dokladů. Vyplnění části B Potvrzení o nároku není nutné.

Poskytnutá zdravotní péče je české smluvní zdravotní pojišťovně zvolené pacientem vykázána v souladu s Metodikou samostatnou fakturou se samostatnými dávkami. Spolu s vykázáním péče je třeba doručit zvolené zdravotní pojišťovně buď potvrzení o nároku vyplněné v části A nebo kopii Evropského průkazu zdravotního pojištění, popřípadě Potvrzení nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Pokud se cizí pojištěnec neprokáže žádným nárokovým dokladem, bude po něm vyžadována platba za poskytnutou zdravotní péči podle platných českých právních předpisů. Náklady na samotný zásah letecké záchranné služby nese MZ ČR.

10.9. Pracovní neschopnost – pracovní postup

V případě onemocnění cizího pojištěnce, který požádá o potvrzení pracovní neschopnosti, provede ošetřující lékař u cizího pojištěnce lékařské vyšetření a je-li uznána pracovní neschopnost, vystaví elektronické rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti – I. díl RDPN, ve kterém uvede, že se jedná o případ se zahraničním nositelem pojištění a odešle jej příslušné OSSZ, kdy bude evidováno v systému ČSSZ jako zahraniční případ.

Následně lékař pacientovi vytiskne Průkaz dočasně práce neschopného pojištěnce – II. díl RDPN a pro účely uplatnění nároku na dávku v zahraničí také Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti pro zahraniční pojištěnce, ve kterém vyznačí datum vzniku pracovní neschopnosti a pravděpodobnou dobu jejího trvání (zpravidla příští kontrola u lékaře). Potvrzení o trvání může lékař vytisknout dvakrát, aby pacient měl originál jednou pro zaměstnavatele a jednou pro příslušnou instituci (např. německou nemocenskou pokladnu). Následně bude lékař vystavovat Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti alespoň jednou měsíčně.

Při ukončení pracovní neschopnosti lékař vystaví elektronicky III. díl RDPN, který odešle příslušné OSSZ. Údaj o ukončení pracovní neschopnosti lékař také vyznačí do Průkazu dočasně práce neschopného pojištěnce – II. díl RDPN, který následně pojištěnci ponechá pro potřeby administrace pracovní neschopnosti v zahraničí.

Podrobnosti sdělí Česká správa sociálního zabezpečení.

[3] žlutý Průkaz pojištěnce, Potvrzení o registraci, Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění

11. SPECIFICKÉ HORIZONTÁLNÍ OTÁZKY

11.1. V jakém pořadí se posuzují rozhodující skutečnosti (výkon výdělečné činnosti, pobírání důchodu, odvozený nárok) pro určení příslušnosti k právním předpisům u osob, které splňují předpoklady pro zařazení do vícero relevantních skupin (např. pracující důchodce a zároveň rodinný příslušník jiného pojištěnce?)

Čl. 25, 31, 32 nařízení 883/2004

Pro určení příslušnosti je prvním rozhodujícím kritériem výkon výdělečné činnosti ((za výkon výdělečné činnosti se považuje i pobírání peněžitých dávek z této činnosti odvozených (nemocenská, podpora), s výjimkou důchodů)). Pokud jde o zaměstnanou nebo samostatně výdělečnou osobu, nebere se proto pro určení příslušnosti v potaz např. skutečnost, že je zároveň poživatelem důchodu.

Druhým kritériem je pobírání důchodu, resp. existence samostatného (tedy od nikoho neodvozeného nároku). Pokud jde tedy např. o důchodce, který je zároveň rodinným příslušníkem pracovníka, hledí se na něj primárně jako na důchodce se samostatným nárokem.

Třetím je odvozený nárok rodinného příslušníka. Jinými slovy pokud jde o osobu, která nemá vlastní samostatný nárok (z práce, nebo pobírání důchodu), má být tato osoba pojištěna podle stejných předpisů jako živitel (navázání na pojištění jiné osoby). Za samostatný nárok se přitom nepovažuje pojištění na základě bydliště v daném státě (tzn. např., že osoba pojištěná v ČR jako OBZP, která je nezaopatřeným rodinným příslušníkem cizího pojištěnce, je primárně považována za rodinného příslušníka).

Čtvrtým je kritérium bydliště. Až pokud se neuplatní některé z předchozích kritérií (výkon výdělečné činnosti (resp. dávky vyplývající z předchozí výdělečné činnosti), důchod, odvozený nárok), rozhoduje skutečné bydliště osoby.

11.2. Jakou roli z hlediska odvodu pojistného hraje skutečnost, že je osoba zaměstnaná nebo samostatně výdělečně činná na území ČR zároveň poživatelem důchodu z jiného státu EU?

Dle výkladu, poskytnutého příslušnými úřady (MPSV, MZ ČR), se v tomto případě neuplatní princip asimilace skutečností, a to z toho důvodu, že by mohl osobě přinést nepřiměřený prospěch. Výplata důchodu z jiného členského státu by tak neměla být postavena z hlediska právních účinků naroveň výplatě českého důchodu.

Osoba, která nedosahuje minimálního vyměřovacího základu a pobírající důchod ze zahraničí bude povinna odvádět pojistné z minimálního vyměřovacího základu, přestože pro stejnou osobu pobírající český důchod nebude minimální vyměřovací základ platit. Na hrazení pojistného by se v případě osoby s cizím důchodem, neměl podílet český stát stejným způsobem, jakým tak činí u pracujících poživatelů českého důchodu, a to vzhledem k tomu, že český důchodce během svého aktivního života odváděl pojistné v ČR na rozdíl od cizího důchodce.

Pro osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují podmínky pro jeho přiznání, minimální vyměřovací základ neplatí.

11.3. Odhlášení a opětovné přihlášení k českému zdravotnímu pojištění při zahájení výdělečné činnosti českého občana v jiném státě EU, při vzniku pojištění v jiném státě z jiného důvodu; oznamovací povinnost

ODHLÁŠENÍ Z ČESKÉHO SYSTÉMU

I. zahájení výdělečné činnosti v jiném státě

Pokud český občan ví, že v nejbližší době začne vykonávat výdělečnou činnost výlučně v jiném státě EU, musí o tom před vycestováním informovat svou dosavadní českou zdravotní pojišťovnu a odhlásit se z českého systému zdravotního pojištění od data zahájení výdělečné činnosti. V takovém případě by měl vrátit český Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo se s pojišťovnou domluvit, že jej po zahájení činnosti v jiném státě zašle. Pokud je EHIC vrácen ještě před vycestováním do jiného státu, zdravotní pojišťovna mu vystaví Potvrzení dočasně nahrazující EHIC, platný na dobu do uvedeného zahájení výdělečné činnosti v jiném státě.

Pokud již zahájil výdělečnou činnost v jiném státě EU, musí tuto skutečnost oznámit neprodleně (do osmi dnů) své české zdravotní pojišťovně. Zároveň s odhlášením musí vrátit (zaslat) české zdravotní pojišťovně jí vystavený EHIC.

Při odhlášení z pojištění musí v každém případě zdravotní pojišťovnu informovat, zda má v ČR nezaopatřené rodinné příslušníky (manžel/ka nebo registrovaný partner bez vlastního příjmu nebo nezaopatřené dítě).

Pro samotné odhlášení ze zdravotního pojištění se nevyžaduje dokládání výkonu výdělečné činnosti, nebo pojištění v jiném státě, neboť se předpokládá, že se osoba po ukončení výdělečné činnosti do ČR vrátí a bude muset doby podléhání právním předpisům jiného státu doložit dodatečně, případně doplatit pojistné.

II. vznik účasti v jiném systému z jiného důvodu

Český občan též může začít podléhat právním předpisům jiného státu EU z jiného důvodu, než je zahájení výdělečné činnosti. Tímto důvodem může být přestěhování do jiného státu a vznik nároku v tomto státě na základě bydliště, nebo na základě odvozeného nároku od místního pojištěnce (pracovníka-živitele).

I v těchto případech musí dotčená osoba dosavadní českou zdravotní pojišťovnu do osmi dnů informovat o tom, že začala podléhat právním předpisům jiného státu a nemá být nadále v ČR pojištěna.

Spolu s ukončením českého pojištění musí vrátit český EHIC.

III. Sankce při nesplnění oznamovací povinnosti

Oznamovací povinnost nevyplývá pouze z českých právních předpisů, ale i z čl. 76, odst. 4 a 5 nařízení 883/2004. Toto nařízení umožňuje v případě nesplnění oznamovací povinnosti uložit přiměřenou sankci, odpovídající sankcím v obdobných situacích v rámci národního prostředí. Touto sankcí by tedy měla být pokuta podle platného zákona

č. 48/1997 Sb.

IV. Pojištění v jiném státě

Podmínky pro účast na zdravotním pojištění se liší stát od státu. V některých situacích, nemusí být pracovník zdravotně pojištěn povinně ze zákona a může být pojištěn pouze v rámci dobrovolného pojištění soukromého, nebo v některých situacích nemusí být pojištěn vůbec.

Příslušnost k právním předpisům totiž neznamená, že bude osoba pojištěna ve všech systémech, které známe (důchodové, nemocenské, zdravotní, v nezaměstnanosti, úrazové, rodinné dávky). Teoreticky je možné, že bude mít nárok na dávky pouze z jednoho z uvedených systémů.

To, že není ve státě výdělečné činnosti např. v systému zdravotního pojištění pojištěn, ale neznamená, že by mohl být nadále pojištěn v ČR (za předpokladu, že podléhá v druhém státě alespoň jednomu ze systémů sociálního zabezpečení).

OPĚTOVNÉ PŘIHLÁŠENÍ K ČESKÉMU ZDRAVOTNÍMU POJIŠTĚNÍ

Pokud český pracovník ukončí výdělečnou činnost v jiném členském státě, vrací se do ČR a nepobírá z tohoto státu žádné dávky plynoucí z předchozí výdělečné činnosti (nebo z jiného důvodu nepodléhá cizím předpisům – důchod, NRP), podléhá opět předpisům o zdravotním pojištění země bydliště, tedy České republiky. Je nezbytné, aby tuto skutečnost neodkladně nahlásil své české zdravotní pojišťovně.

Zároveň s tímto přihlášením musí, pokud možno, doložit účast v systému zdravotního nebo sociálního pojištění jiného členského státu. Doložení účasti není podmínkou pro návrat do českého systému. Je ale důležité pro potvrzení, že za dané období nemůže být zpětně vyžadováno doplacení pojistného. ZP požádá, aby osoba doložila ukončení účasti v zahraničním systému mimo případů, kdy osoba zahájila činnost v ČR.

Pokud pojištěnec nedoloží účast v systému jiného státu, ověří ji sama zdravotní pojišťovna, a to prostřednictvím S040 (žádost o potvrzení dob nemocenského pojištění), zaslaným na bývalou zdravotní pojišťovnu osoby v daném státě. V odpověď by měla obdržet informaci o podléhání předpisům jiného státu prostřednictvím S041. Pro dořešení délky cizího pojištění může být použit též obecný horizontální H001. S040/S041 je obdobou dřívějšího E104.

Dokládání výdělečné činnosti není většinou nutné v případě, že byl v ČR registrován na základě formuláře S1, S072 (dříve E106, E109, E121), nebo zde byli s obdobným formulářem registrováni jeho nezaopatření rodinní příslušníci. Registrace v ČR na základě nárokového dokladu, vystaveného zahraniční institucí, totiž sama o sobě potvrzuje, že v jiném státě EU podléhal tamnímu zdravotnímu pojištění.

Pokud zde registrován nebyl, postačí jako doklad o výkonu výdělečné činnosti potvrzení pojišťovny (instituce), u níž byl z titulu výkonu práce pojištěn (buď formalizované prostřednictvím dokumentu S041, E104, A006, H001, nebo neformální).

Podpůrným dokladem potvrzujícím účast v cizím systému mohou být doklady U1 nebo U2 potvrzující doby pojištění pro účely dávek v nezaměstnanosti a export dávek), vystavený cizím úřadem práce na žádost osoby.

Pokud pracovník sám nepředloží, nebo nelze ze zahraničí zajistit výše uvedené evropské doklady, nebo pokud by obstarání dokladu trvalo nepřiměřeně dlouho, pak postačí předložení dokladu o odvádění daní (pokud jde o stát, kde jsou sociální dávky hrazeny z daní – např. Velká Británie – doklady P45 a P60, Irsko – doklad P45 vydávaný při každém ukončení pracovního poměru a P60 vydávaný jednou ročně), popřípadě výplatních pásek, ze kterých by vyplývalo odvádění příspěvků na místní systém sociálního zabezpečení. Zcela výjimečně (pokud nelze věc vyřídit s cizí institucí) lze přijmout i potvrzení zaměstnavatele o výkonu výdělečné činnosti a účasti v tamním systému sociálního zabezpečení.

Pokud by šlo o pracovní vztah, jehož povaha je z hlediska účasti pracovníka v systému sociálního zabezpečení sporná - stáže, pracovní poměr na velmi omezenou pracovní dobu, nebo např. au pair, vypomáhající v domácnosti za kapesné, nebo v případech, kdy existuje podezření, že byla práce vykonávána tzv. na černo, je vhodné posuzovat důkladněji a zvlášť, zda šlo o druh činnosti, která v daném státě zakládala účast v systému sociálního (zdravotního) pojištění (zabezpečení). Pro toto ověření lze zkontaktovat i zaměstnavatele osoby, popřípadě požádat cizí instituci o potvrzení, že zaměstnavatelem uvedený druh výkonu činnosti zakládá účast v některém z tamních systémů sociálního zabezpečení.

Z dokladů musí vyplývat skutečná délka trvání výdělečné činnosti a tím i podléhání tamním předpisům o sociálním zabezpečení.

Pokud je uspokojivě doložen legální výkon výdělečné činnosti, zakládající účast v systému sociálního zabezpečení jiného státu EU, EHP či Spojeného království nebo Švýcarska, nemůže být po osobě za toto období vyžadováno doplacení pojistného do českého systému zdravotního pojištění, a to i v případě, že v zahraničí pracovala kratší dobu než šest měsíců.

Poznámka: *Pro ověřování délky podléhání právním předpisům jiného státu se předpokládá i aktivní účast českých zdravotních pojišťoven, které by se měly vždy snažit nalézt správné řešení situace pracovníka. To znamená, že by se měly v případě pochybností, či problémů pokusit samy institucionální cestou získat příslušný doklad, či potvrzení ze zahraničí.*

11.4. Je možné nadále odhlašovat české pojištěnce z titulu dlouhodobého pobytu v zahraničí podle § 8 zákona č. 48/1997 Sb., pokud pobývají v jiném státě EU? Nemůže se stát, že taková osoba by nebyla pojištěna v žádném zákonném systému pojištění?

Podle českého zákona je možno postupovat jen pokud nařízení nestanoví příslušnost právních předpisů jiného státu (např. pojištěnec pracuje, nebo bydlí jinde), nebo není určena příslušnost k českým právním předpisům pomocí A1 (český vyslaný pracovník, nebo osoba s udělenou výjimkou z příslušnosti k cizím předpisům). Osobu, která se chce odhlásit z českého systému je ale vhodné upozornit, že přichází o nárok na nezbytnou péči a bude si muset uzavřít cestovní pojištění.

V případě, že se někdo odhlásí z důvodu dlouhodobého pobytu v jakémkoliv jiném státě (tedy na základě českého zákona), budou nadále platit pravidla uplatňovaná českými předpisy. To znamená, že musí jít alespoň o 6 měsíční nepřetržitý pobyt a že musí po návratu doložit pojištění v jiném státě (nemusí jít o pojištění zákonné). V tomto případě může skutečně nastat situace, kdy osoba nebyla po dobu pobytu v jiném státě pojištěna v žádném zákonném systému, resp. nepodléhala předpisům o sociálním zabezpečení žádného jiného státu. Ani v jednom případě ale nebude po dobu přerušení českého pojištění v jiném státě vybavena jakýmkoliv českým nárokovým dokladem, např. EHICem a česká ZP za ni neponese žádné náklady. Příkladem mohou být obecně neaktivní lidé, popřípadě lidé, kteří sice v jiném státě vykonávají nějakou činnost (au-pair, studenti, stážisté), ale nejde o činnost, která by v daném státě zakládala účast v systému sociálního (zdravotního) zabezpečení.

Skutečností je, že v okamžiku přerušení českého pojištění nemusí být vždy zřejmé a nikdy není jisté, v jakých státech se bude osoba zdržovat (zda půjde o státy EU, smluvní státy, nebo třetí státy), a zejména zda například v průběhu přerušení nezačne v jiném státě EU pracovat.

Pokud osoba při návratu do ČR prokáže, že byla v období od přerušení českého pojištění do okamžiku, kdy se na ni začaly vztahovat právní předpisy jiného státu, pojištěna na komerčním základě (nebo ve třetím státě), nelze po ní vyžadovat doplacení pojistného za toto období.

Shrnujíc, nelze odmítnout přerušení českého pojištění na základě §8 zákona č. 48/1997 Sb. na základě domněnky, že bude osoba pobývat v jiném členském státě EU. V případě, kdy osoba začala na základě nařízení podléhat před vypršením šestiměsíční lhůty předpisům jiného členského státu EU, nelze vyvozovat z porušení časové podmínky nepřetržitosti pobytu v zahraničí, dané českým zákonem, žádné důsledky.

11.5. Jak přistupovat k úředníkům Evropské komise a ostatních orgánů EU, kteří jsou na základě tzv. Staff Regulations pojištěni ve zvláštním systému pro úředníky EU, který je výslovně vyloučen z věcného rozsahu koordinačních nařízení?

V zásadě tak, jako by žádné koordinační předpisy neexistovaly. To znamená, že by měli být obecně považováni i nadále za české pojištěnce, pojištěné v ČR z titulu trvalého pobytu, tedy jako osoby bez zdanitelných příjmů. Je totiž třeba zdůraznit, že se na ně při práci pro EU nezačnou vztahovat předpisy o sociálním zabezpečení těch států, na jejichž území pro EU pracují. Nejsou proto vyloučeni z působnosti českých právních předpisů.

Z českého pojištění se mohou odhlásit, pouze na základě ustanovení §8 českého zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (viz. výše).

Ač se to právem jeví podivné a nežádoucí, může teoreticky dojít k tomu, že bude uvedené osobě poskytována v zemi EU, na jejímž území pracuje (např. Belgie, Lucembursko, či Francie), péče na základě českého EHICu a na účet české zdravotní pojišťovny, přestože je pro stejný účel zdravotně pojištěna i v soukromém systému pro úředníky EU.

I proto není přerušení účasti v českém pojištění na základě ustanovení o dlouhodobém pobytu v zahraničí podle českého zákona v rozporu se zájmy českých ZP.

Poznámka: *Úředníci EU sice nepodléhají koordinaci, přesto jsou Evropskou unií povinně sociálně a zdravotně pojištěni. Jde ovšem o pojištění u soukromé pojišťovny. Úředníkům EU je navíc touto soukromou pojišťovnou vydáván zvláštní průkaz zdravotního pojištění, který je bohužel do určité míry podobný Evropskému průkazu zdravotního pojištění. Tato podobnost může být pro poskytovatele (včetně těch českých) matoucí. Vzor průkazu – viz. příloha č. 10 Manuálu.*

11.6. Jaké jsou možnosti řešení situace českých au pair, pracujících v jiných členských státech?

České au pair by měly být ve státě, kde pracují, pojištěny. Nemusí tomu tak ale být vždy, neboť některé státy nepovažují tento typ práce za výkon výdělečné činnosti, podléhající povinnému pojištění. Z toho vyplývá, že u českých au pair existují dvě možné situace.

I. POJIŠTĚNÍ NADÁLE V ČR

Toto řešení přichází v úvahu za předpokladu, že au pair pracuje v zemi, kde není účastna žádného zákonného systému sociálního (zdravotního) pojištění (zabezpečení).

V tomto případě podléhá nadále výlučně českým právním předpisům. Měla by být proto i nadále účastna českého systému veřejného zdravotního pojištění a hradit pojistné jako OBZP (případně jako státní pojištěnec např. v případě studenta/tky do 26 let věku). V takovém případě bude vybavena českým EHICem.

Na základě českého zákona č. 48/1997 Sb. má ale i možnost se z pojištění odhlásit na základě dlouhodobého pobytu v zahraničí. V takovém případě nebude mít nárok na český EHIC a v případě potřeby ani na hrazení nákladů ze strany české zdravotní pojišťovny. Po návratu musí v souladu s českým zákonem doložit pojištění v jiném státě (zákonné, nebo komerční).

II. POJIŠTĚNÍ V EU

Druhé řešení přichází v úvahu za předpokladu, že je v jiném členském státě au pair účastna některého ze systémů sociálního zabezpečení. V takovém případě se na ni vztahují výlučně předpisy státu, na jehož území pracuje. Zároveň se na ni vztahují obecná pravidla jako u běžných zaměstnanců, tzn. zejména oznamovací povinnost a případná sankce při jejím nesplnění. Z hlediska zdravotního pojištění se její situace řídí předpisy výkonu činnosti.

11.7. Jak přistupovat k minijobům v Německu

Osoba vykonávající v Německu minijob podléhá tamním předpisům o sociálním zabezpečení na základě této činnosti. Zdravotní pojištění však není povinné, což ale neznamená, že taková osoba má být zdravotně pojištěna v ČR. V Německu má možnost se zdravotně pojistit dobrovolně v tamním veřejném systému.

11.8. Kdo je v České republice považován za nezaopatřeného rodinného příslušníka?

Kdo je nezaopatřeným rodinným příslušníkem, posuzuje instituce státu bydliště podle svých předpisů.

DEFINICE

Vzhledem k tomu, že zákon o veřejném zdravotním pojištění nedefinuje, kdo je rodinným příslušníkem, vycházíme z definice NRP v čl. 1/i/2 nařízení 883/2004 – manžel nebo manželka, nezletilé děti a nezaopatřené děti, které dosáhly zletilosti, registrovaný partner/partnerka. Registrovaní partneři podle definice uvedené v zákoně č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství jsou za NRP považováni na základě vkladu do přílohy XI. nařízení 883/04 Nezaopatřenost dítěte se posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb.

Za nezaopatřeného se považuje rodinný příslušník, který v ČR není považován za zaměstnance nebo OSVČ ve smyslu předpisů o sociálním zabezpečení, resp. zdravotním pojištění, nepobírá v ČR důchod ani podporu v nezaměstnanosti, peněžitou pomoc v mateřství, nebo nemocenské podle předpisů o nemocenském pojištění, ani není osobou na rodičovské dovolené s trvajícím pracovním poměrem v ČR.

Pokud je manžel/ka zahraničního pojištěnce, nebo osoba starající se o dítě zahraničního pojištěnce v ČR pojištěn/a jako zaměstnanec nebo OSVČ (nebo pobírá peněžitou dávku, vyplývající z předchozí pracovní 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/á je podle českých předpisů považován/a za **osobu bez zdanitelných příjmů**,

- manžel/manželka pracovníka evidovaný/á na **úřadu práce, přičemž nemá nárok na dávky v nezaměstnanosti,**
- manžel/manželka pracovníka, který/á **celodenně pečuje o dítě** do 7 let věku nebo o 2 děti do 15 let věku,
- manžel/manželka pracovníka, který/á je **na rodičovské dovolené, přičemž již netrvá jeho (její) pracovní poměr v ČR**
- manžel/manželka, který/á **nevykonává výdělečnou činnost** a pobírá dávky hmotné nouze z důvodu sociální potřebnosti, nebo je osobou pečující o osobu závislou na péči jiné osoby ve stupni II, III nebo IV,
- manžel/manželka, který/á **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 důvodů nemoci či úrazu do 26 let věku,
- **dítě, které je z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu neschopno výdělečné činnosti** do 26 let věku,
- **dítě, které je po skončení povinné školní docházky do věku 18 let vedeno v evidenci uchazečů o zaměstnání na úřadu práce** bez nároku na hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání.

V případě, kdy jde o rodinné příslušníky, bydlící v ČR, musí tedy česká ZP zjišťovat dvě věci:

- kdo je rodinným příslušníkem živitele ve smyslu výše uvedené definice
- zda lze takto zjištěné osoby považovat za nezaopatřené

ZJIŠŤOVÁNÍ NEZAOPATŘENÝCH RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Z toho, co je uvedeno výše, tedy vyplývá, že česká ZP musí zjišťovat, zda zde živitel má:

A) manžela/ku, nebo registrovaného partnera/ku

Pokud ANO, zjistit, jestli je osoba nezaopatřená. ZP tedy musí ověřit, zda manželka z ČR:

- má vlastní příjem z výdělečné činnosti
- pobírá důchod
- pobírá podporu v nezaměstnanosti
- pobírá peněžitou pomoc v mateřství
- pobírá nemocenské podle předpisů o nemocenském pojištění
- jí trvá pracovní poměr během rodičovské dovolené.

Pokud nemá žádný z uvedených příjmů, ani nejde o osobu s trvajícím pracovním poměrem na rodičovské dovolené, je považována za nezaopatřenou.

Příklad: manželka, která je OBZP, nebo která celodenně pečuje o dítě do 7 let věku nebo o dvě děti do 15 let věku je nezaopatřená.

Poznámka: *Pobírání dávek hmotné nouze nelze považovat za zaopatřenost. Otázkou ovšem je, zda by bylo pobírání takových dávek vůbec oprávněné v situaci, kdy živitel vykonává výdělečnou činnost v jiném státě.*

B) dítě do 26 let věku

Dle §11 zákona č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře se za nezaopatřené dítě považuje dítě, které:

- vykonává povinnou školní docházku,
- se soustavně připravuje na výkon budoucího povolání,
- se nemůže soustavně připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost z důvodů nemoci či úrazu,
- je z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu neschopno výdělečné činnosti,
- je po skončení povinné školní docházky do věku 18 let vedeno v evidenci uchazečů o zaměstnání na úřadu práce bez nároku na podporu v nezaměstnanosti
- není poživatelem invalidního důchodu z důchodového pojištění pro invaliditu třetího stupně.

Dále je nutno vzít v úvahu, že dítě lze považovat za nezaopatřené a registrovat jako cizího pojištěnce pouze za předpokladu, že druhý rodič, nebo jiná osoba, pečující o dítě nevyvíjí ve státě bydliště dítěte činnost jako zaměstnanec nebo osoba samostatně výdělečně činná nebo od tohoto členského státu nepobírá důchod na základě činnosti jako zaměstnanec nebo samostatně výdělečně činná osoba (čl. 32/2 nařízení 883/2004.)

Příklad: Pokud by například jeden z manželů, pečujících o dítě, v ČR pracoval, nebylo by možno dítě považovat za nezaopatřené a výpomocně jej registrovat v ČR spolu s druhým rodičem, pracujícím v Německu.

OVĚŘOVÁNÍ RODINNÉ PŘÍSLUŠNOSTI

Primárně je třeba od dotčeného pojištěnce, „živitele rodiny“, získat základní informaci o tom, zda má v ČR manžela (manželku) a děti. Pokud ano, zdravotní pojišťovna ho vyzve, aby doložil rodinný vztah oddacím nebo rodným listem, případně dokladem o registrovaném partnerství.

Víme-li, že má v ČR manžela/ku, popřípadě i dítě, je možné ověřit jejich nezaopatřenost z údajů vedených v registru pojištěnců.

V případě, že jde o manžela/ku evidovanou na úřadu práce, je třeba ověřit, zda pobírá, či nepobírá podporu v nezaměstnanosti nebo podporu při rekvalifikaci. Osoba toto musí doložit případně lze doklad vyžádat od ÚP.

V případě, že jde o manžela/ku na rodičovské dovolené, je třeba zjistit, zda trvá její pracovní poměr.

Pokud jsou zjištěni a českou ZP registrováni nezaopatření rodinní příslušníci živitele pojištěného v jiném státě, je třeba dále:

- oznámit MF ČR, že za ně nadále nemá platit pojistné,
- informovat manžela/ku, pokud byla doposud považována za OBZP, že nadále nemá do českého systému hradit pojistné.

Pro zjištěné nezaopatřené rodinné příslušníky cizího pojištěnce vyžádá ZP nárokový doklad pro čerpání plné péče v ČR (S072).

Poznámka: *Stejná pravidla uvedená výše u manžela/ky, se vztahují i na registrovaného partnera/ku dotčené osoby.*

11.9. Pojištění NRP, pokud není v zahraničí pojištěn živitel (OSVČ v Německu)

Předpisy státu výkonu práce živitele, podléhajícího v tomto státě alespoň jednomu ze systémů sociálního zabezpečení, se musí řídit i situace jeho nezaopatřených rodinných příslušníků, bydlících v jiném státě.
To znamená, že v ČR bydlící nezaopatření rodinní příslušníci živitele, který sice podléhá právním předpisům jiného státu, ale z vlastní vůle není pojištěn v rámci zákonného systému provádějícího evropské předpisy a vydávajícího evropské dokumenty, nemají být v ČR nadále zákonně pojištěni (čl. 32, odst. 1 prováděcího nařízení 987/2009). Těmto rodinným příslušníkům by proto měl živitel obstarat soukromé pojištění.
Těmto problémům by se též mohla rodina vyhnout, pokud by pracovník získal výjimku z příslušnosti k právním předpisům státu výkonu činnosti - celá rodina by tak zůstala pojištěna v ČR.

11.10. Hrazení pojistného za NRP žijící v jiném státě

Za nezaopatřené rodinné příslušníky českého pojištěnce bydlící v jiném členském státě má být placeno pojistné v souladu s českými předpisy, protože se jedná o české pojištěnce s nárokem na zdravotní péči na účet české zdravotní pojišťovny. Podle situace dané osoby má být placeno pojistné jako za OBZP, nebo půjde o pojištěnce, za kterého platí pojistné stát.

Aby mohla být po českém státu vyžadována platba pojistného, musí být česká ZP pro případ kontroly schopna doložit, že rodinný příslušník spadá do kategorie státních pojištěnců ve smyslu českých právních předpisů (tento přístup je v souladu se základním principem asimilace skutečností). Proto je třeba vyzvat českého pojištěnce, živitele rodiny, aby předložil doklad o tom, že jeho nezaopatřený rodinný příslušník spadá do některé z kategorií českých státních pojištěnců. To není nutné u osob, u nichž je zřejmé, že jde o státní pojištěnce, tedy

typicky u dětí do 14 let věku.

Pokud takový doklad není předložen, je třeba považovat tyto rodinné příslušníky za osoby bez zdanitelných příjmů, tedy samoplátce. Výběr a vymáhání pojistného na veřejné zdravotní pojištění se v takovém případě dále řídí českými právními předpisy.

11.11. Co se rozumí pojmem skutečné bydliště v České republice?

Bydlištěm se obecně rozumí místo (stát), kde má osoba těžiště svých zájmů, představované vůlí osoby, přítomností rodiny a ostatních sociálních a majetkových vazeb. Pojem skutečné bydliště nelze zaměňovat s trvalým pobytem. Při posuzování bydliště všechny instituce sociálního zabezpečení spolupracují a poskytují si vzájemnou pomoc, zejména informace a údaje potřebné pro posouzení bydliště. Pokud nic nesvědčí o bydlišti v jiném státě, je za stát bydliště českého občana považována ČR. Správné posouzení bydliště je rozhodující z hlediska aplikovatelné legislativy ale i z hlediska rozsahu nároku na dávky.

ROZHODUJÍCÍ SKUTEČNOSTI PRO URČENÍ SKUTEČNÉHO BYDLIŠTĚ

(Čl. 11 nařízení 987/2009)

- délka a nepřetržitost přítomnosti na území dotčených členských států;
- osobní situace dané osoby, včetně
    - povahy a konkrétních znaků všech vykonávaných činností, zejména místa, kde se činnost obvykle vykonává, stability činnosti a doby platnosti každé pracovní smlouvy;
    - rodinné situace dané osoby a jejích rodinných vazeb;
    - vykonávání jakýchkoli nevýdělečných činností;
    - v případě studentů zdroje jejich příjmu;
    - situace týkající se bydlení dané osoby, zejména nakolik je toto bydlení trvalé;
    - členského státu, v němž je daná osoba považována za daňového rezidenta.
- Pokud nelze na základě výše uvedených kritérií jednoznačně určit bydliště osoby, je poté rozhodující záměr dotyčné osoby.

Výše uvedená kritéria je nezbytné posuzovat komplexně a s ohledem na skutečnou situaci žadatele.

POSTUP PŘI URČOVÁNÍ BYDLIŠTĚ, SPOR O BYDLIŠTĚ

Pro primární určení, zda je státem bydliště Česká republika, nebo zda je jím jiný stát, je zdravotní pojišťovnou používán Dotazník pro určení státu bydliště pro účely aplikace koordinačních nařízení EU, který je jednotný pro všechny české instituce sociálního zabezpečení – viz. příloha č. 9, úložiště AP KZP. Tento dotazník je určen pro zjištění relevantních informací a získání podpůrných dokladů přímo od dotčené osoby.

Dotazník má dvě varianty - pro určení bydliště v současnosti a pro jeho určení v minulosti. Dotazníky jsou k dispozici v češtině, angličtině, němčině, francouzštině a polštině.

Dotazník není nutné použít tam, kde je určení státu bydliště zřejmé a kde neexistují pochybnosti o správnosti řešení, nebo zvláštní důvod pro ověřování tvrzení osoby nebo zahraniční instituce.

Společný Dotazník pro určení státu bydliště se v oblasti zdravotního pojištění naproti

tomu použije vždy v případech aplikace čl. 11/3/e, tedy zejména:

- pokud neaktivní osoba žádá o účast v českém systému zdravotního pojištění, nebo
- pokud existuje důvodné podezření, že český neaktivní pojištěnec bydlí v jiném státě

Dále se použije obecně v případě důvodných pochybností o bydlišti v ČR, nebo v jiném státě EU (např. pro účely potvrzení nároku na plný rozsah zdravotní péče ve státě bydliště).

Posouzení bydliště je považováno za součást řízení, v jehož rámci je posuzováno jako jedna z okolností, důležitých pro vydání rozhodnutí ve věci. Instituce nevydávají o bydlišti zvláštní rozhodnutí. Při posuzování bydliště může ZP spolupracovat s ostatními institucemi sociálního zabezpečení v ČR, zejména poskytovat a vyžadovat informace a údaje potřebné pro posouzení bydliště.

SPOLUPRÁCE INSTITUCÍ PŘI POSUZOVÁNÍ BYDLIŠTĚ NA ÚZEMÍ ČR

Posuzování bydliště může být postupně v kompetenci několika českých institucí. Rozhodnutí instituce o bydlišti je pro všechny ostatní instituce závazné. Pokud jsou ale jiné instituci, která provádí řízení o nároku na dávku ve své působnosti, známy nové skutečnosti o situaci dotčené osoby, může být předchozí rozhodnutí zpochybněno. V takových případech se nejprve instituce dohodnou mezi sebou.

Jestliže ZP a jiná česká instituce posoudí bydliště u jedné osoby odlišně a dozví se o tom dodatečně, instituce, která nepoužila pro posouzení standardizovaný Dotazník, bude respektovat výsledek předchozího zjištění druhé instituce, ledaže by jí byly známy okolnosti, které se objektivně neslučují s předchozím posouzením bydliště, popř. by měla jiné důvodné pochybnosti, nebo by jí změnu okolností, majících vliv na posouzení bydliště, oznámila sama osoba.

Jestliže ZP a jiná česká instituce posoudí bydliště odlišně, následně se o tom dozví a žádná z nich nepoužila pro určení bydliště standardizovaný Dotazník, pokusí se sjednotit posouzení bydliště pomocí standardizovaného Dotazníku (dohodnou se zejména, která z dotčených institucí vyzve dotčenou osobu k jeho vyplnění).

Pokud se na posouzení bydliště neshodnou, je žádost o přezkoumání rozhodnutí postoupena styčnému orgánu zpochybňující instituce. Ten, po konzultaci se styčnými orgány ostatních systémů sociálního zabezpečení, rozhodne o případné změně v posouzení bydliště osoby.

Pokud má instituce, která v rámci své agendy rozhoduje o přiznání bydliště osoby, pochybnosti o správném rozhodnutí, postoupí žádost svému příslušnému styčnému orgánu. Ten rozhodne po konzultaci se styčnými orgány ostatních systémů sociálního zabezpečení.

SPOR S INSTITUCÍ JINÉHO STÁTU O SPRÁVNÉ URČENÍ BYDLIŠTĚ

Pokud se institucím dvou nebo více členských států nepodaří určit bydliště osoby, bude spor předán k řešení Kanceláři ZP. Ta stanoví bydliště na základě čl. 11 nařízení 987/2009 vzájemnou dohodou s institucí druhého státu, a to na základě celkového posouzení výše uvedených kritérií.

Praktický postup při komunikaci s institucí druhého státu ve věci určení bydliště viz. Kapitola 6 Uživatelské příručky.

Pokud zahraniční instituce opakovaně žádá o vystavení náhradního certifikátu u

ekonomicky neaktivní osoby, u které má ZP důvodné podezření, že v ČR nežije, zasílá ZP zahraniční instituci informační dopis s přiloženým Dotazníkem o bydlišti. (Dopis v příloze)

DŮSLEDKY PŘIZNÁNÍ SKUTEČNÉHO BYDLIŠTĚ V ČR

A) Osoby s trvalým pobytem v ČR - pojištěnci jiného členského státu

V těchto případech bude považováno bydliště v ČR z české strany za prokázané, pokud nebude osobou oznámeno přestěhování do jiného státu, nebo pokud nebude nic jiného svědčit pro bydliště v jiném státě.

Poznámka: *Často však bude posouzení místa bydliště pro účely krytí plného rozsahu zdravotní péče na území ČR primárně posuzovat příslušná zahraniční pojišťovna a její stanovisko se nemusí krýt s názorem českých institucí, či úřadů.*

Pokud by v konkrétním případě došlo k mezinárodnímu sporu, bude případ předán Kanceláři ZP a bydliště následně určeno dohodou se zahraniční institucí na základě výše uvedených rozhodných skutečností.

B) Osoby bez trvalého pobytu v ČR - pojištěnci jiného členského státu

V těchto případech může jít například o cizí důchodce nebo pracovníky, kteří se přestěhují do České republiky a budou v ČR kryti na základě některého z dokumentů pojištěním z jiného státu. V těchto případech musí osoba prohlásit, že v České republice bydlí.

V případě pochybností o jejím skutečném bydlišti v ČR je možné dále po ní vyžadovat další doklady svědčící o tom, že má v ČR těžiště svých zájmů, tedy např. nájemní smlouvu, doklad o vlastnictví nemovitosti, doklad o tom, že zde bydlí její rodinní příslušníci, výpis z české banky, doklad o tom, že je jí do České republiky zasílán důchod, nebo jiný příjem, nebo doklad o pobytu, např. potvrzení Policie o přechodném pobytu, nebo o podané žádosti o trvalý pobyt atd.

Pokud by v konkrétním případě došlo k mezinárodnímu sporu, bude případ předán Kanceláři ZP a bydliště následně určeno dohodou se zahraniční institucí na základě výše uvedených rozhodných skutečností

C) Osoby bez trvalého pobytu v ČR - neaktivní osoby, občané jiného členského státu

V těchto případech musí osoba prohlásit, že v České republice bydlí, a to pokud možno vyplněním Dotazníku o bydlišti (viz. příloha 9). Vzhledem k tomu, že jde o osobu neaktivní, která přiznáním bydliště získá nárok na účast v českém systému veřejného zdravotního pojištění, je nutné posuzovat vždy všechny kritéria, svědčící pro bydliště v ČR, uvedená v Dotazníku.

V zásadně lze rozlišit dvě různé situace:

- **osoby z jiného státu EU, které v ČR ukončily výdělečnou činnost, ale nadále bydlí v ČR**

  V těchto případech je vhodné zaměřit se při posuzování bydliště v prvé řadě na jeho posouzení v době výkonu výdělečné činnosti v ČR. V případech, kdy byla osoba na svou žádost po celou dobu registrovaná v jiném státě např. na základě S1, S072 nebo E106, lze mít za to, že osoba má i nadále skutečné bydliště mimo ČR.

  Dále je vhodné zaměřit se na předchozí délku výdělečné činnosti v ČR. Čím delší doba činnosti v ČR, tím silnější argument pro přiznání pokračujícího bydliště v ČR.

Samozřejmě je i v těchto případech možné a v některých případech nutné (pokud není předchozí pracovní historie v ČR dlouhá), kromě výše uvedených dvou vodítek posuzovat i ostatní související skutečnosti, jako je místo bydliště rodiny, majetkové a sociální zájmy osoby, způsob zajištění bydlení v ČR (dle kritérií čl. 11 nařízení 987/2009).

- **neaktivní osoby stěhující se z jiného členského státu do ČR**

  V těchto případech je nutné vždy posuzovat všechny podstatné skutečnosti a bydliště přiznat skutečně pouze v případech, kdy jde o osobu, o jejímž bydlišti na území ČR není pochyb (má v ČR těžiště rodinných, majetkových a sociálních zájmů, má v ČR zajištěné stálé bydlení atd.).

  Důležitou roli může při posouzení hrát i důvod přesunutí bydliště do ČR.

  Příklad: neaktivní osoba, která se z jiného členského státu přestěhovala do ČR, aby zde mohla pečovat o příbuzného, odkázaného na cizí pomoc.

11.12. Jaký je další osud a význam mezinárodních smluv, sjednaných před vstupem do EU?

Dvoustranné mezinárodní smlouvy, uzavřené s členskými státy EU, EHP nebo Švýcarskem před vstupem do EU, kryjící stejný rozsah dávek jako nařízení 883/04, jsou tímto nařízením nahrazeny. Budou se však moci uplatnit v těch svých ustanoveních, která upravují oblast neupravenou evropským nařízením. Případně je možné provádět nadále ta ustanovení smlouvy, která sice upravují otázku krytou nařízením, ale jde o ustanovení, která jsou výhodnější pro poživatele dávek a jsou uvedena v příloze II. nařízení 883/2004 (Česká republika v této příloze v oblasti zdravotnictví nemá žádný vklad).

Pro Českou republiku a její ZP, z toho co je uvedeno výše, vyplývá, že bude možné nadále v praxi uplatňovat např. ***ustanovení mezinárodních smluv se Slovenskem, Německem týkajících se převozu českých pojištěnců zpět na území ČR, na účet české příslušné ZP***. Vycházíme přitom z toho, že úprava této otázky nespadá do věcného rozsahu nařízení.

Další důležitou částí smluv, která může být nadále uplatňována, je ustanovení o osobním rozsahu smluv s Německem, Slovenskem i Rakouskem ve věci nároku na nutnou a neodkladnou péči. V těchto smlouvách je osobní rozsah rozšířen na všechny české pojištěnce bez ohledu na jejich státní příslušnost. Znamená to, že pokud bude v některém ze smluvních států čerpat nutnou a neodkladnou zdravotní péči český pojištěnec z třetího státu, který nesplňuje podmínky pro získání celého nároku z nařízení (nemá český EHIC), bude mít od české ZP přesto nárok na úhradu nákladů na nutnou a neodkladnou zdravotní péči do výše tarifů země, kde byla péče poskytnuta (pro tento účel by bylo možné využít proceduru zjišťování částky k refundaci prostřednictvím S067-S068).

11.13. Existují zvláštní pravidla pro výběr pojistného a určení výše pojistného u osob, které jsou OSVČ v ČR a zároveň jsou zaměstnány v jiném státě EU a jsou tudíž pojištěny v obou státech? (do 30.4.2020)

Upozornění: *Tato situace dvojího pojištění je udržitelná pouze u osob, u kterých byla*

dvojí příslušnost určena ještě před vstupem v účinnost nových nařízení (před 1. 5. 2010), na základě nařízení 1408/71 a za předpokladu, že se jejich situace nezměnila a ***to po dobu max. 10 let, tedy do 30.4.2020*** I tyto osoby ovšem mohou požádat o přehodnocení příslušnosti a postup dle nového nařízení (nařízení 883/2004 tuto dvojí příslušnost nezná a neuznává).

Pokud o toto přehodnocení požádají (měli by tak učinit u instituce, která bude příslušná dle nového nařízení) do 1. 8. 2010, bude mít změna účinky k 1. 5. 2010. U žádostí podaných později bude mít změna účinky k prvnímu dni měsíce následujícího po podání žádosti. (čl. 87.8 nařízení 883/04).

Určení dvojí příslušnosti učiněné před 1. 5. 2010 však v každém případě musí zaniknout nejpozději po uplynutí deseti let od okamžiku účinnosti nařízení 883/2004.

U osob, které vykonávají zaměstnání v ČR a SVČ v jiném státě a u kterých byla příslušnost posuzována až po 1. 5. 2010 bude jako kompetentní vždy určena ČR. Znamená to, že pojistné bude odváděno i z příjmu ze SVČ prováděné v druhém státě. Tento příjem bude z hlediska českých předpisů o pojistném považován za příjem dosažený v ČR.

U zbývajících osob, kde byla určena dvojí příslušnost dle starého nařízení, a nebylo požádáno o změnu, se musí v souladu se čl. 14.d.2. nařízení 1408/71 (podnětem pro tento článek rozsudek Stanton C-143/87), resp. v souladu s principem asimilace skutečností dle nového nařízení, pro účely stanovení výše pojistného osoby samostatně výdělečně činné, která je pojištěna ve dvou státech, pohlížet tak, jako by na stejném území, kde vykonává samostatnou výdělečnou činnost, vykonávala i své placené zaměstnání.

Z toho vyplývá zejména, že po ní nelze oprávněně vyžadovat úhradu vyšší částky pojistného, než jakou by ze samostatné výdělečné činnosti osoba hradila v případě, kdy by stejné zaměstnání, vykonávané v jiném členském státě, vykonávala na území ČR.

V případě nízkého příjmu ze SVČ by mělo být odváděno pojistné pouze ze skutečně dosaženého příjmu a nemělo by být vyžadováno doplacení minimální výše pojistného (viz. též §3 (8) a §3a(3) zákona č. 592/1992 Sb..).

Samostatnou otázkou v těchto případech je, zda je možné od výše uvedené osoby vybírat zálohy na pojistné. ČSSZ tak nečiní. K tomuto názoru se přiklání i příslušné úřady. Na druhou stranu si nejsme vědomi toho, že by výběr záloh na ZP nějaký právní předpis výslovně zakazoval (Čl. 14.d.2 reguluje pouze stanovení výše pojistného, tzn. dle našeho názoru celkovou výši pojistného po ročním vyúčtování; zálohy nejsou se skutečnou výší pojistného totožné)

11.14. Jak posuzovat cizího studenta, který studuje v ČR, kde zahájí výdělečnou činnost, z hlediska odvodu pojistného?

Ve chvíli, kdy student s bydlištěm v jiném státě EU zahájí v České republice kromě studia i vlastní výdělečnou činnost, zakládající účast na pojištění, začíná bezesporu podléhat českým právním předpisům o sociálním (zdravotním) pojištění a měl by být nadále přinejmenším po dobu výdělečné činnosti z hlediska odvodu pojistného posuzován stejně jako český student, tzn., měl by za něj být plátcem pojistného stát i zaměstnavatel.

Poznámka*: V souladu s principem asimilace skutečností musí být v případě výkonu výdělečné činnosti a s tím souvisejícího pojištění v ČR za českého studenta považován i student, který studuje v jiném členském státě (musí jít ovšem o studium postavené MŠMT naroveň studiu v ČR). I v tomto případě by se tedy na platbě pojistného měl podílet český státní rozpočet.*

V některých případech studenti vykonávají výdělečnou činnost na základě dohody o pracovní činnosti. V těchto případech může dojít k tomu, že v některém měsíci nedosáhnou započitatelného příjmu, potřebného pro účast v nemocenském a zdravotním pojištění. V takových situacích jsou možná dvě řešení podle konkrétní situace:

- Ukončení pojištění studenta v tom období, kdy nesplňuje podmínky pro účast v systému veřejného zdravotního pojištění na základě zaměstnání.
- Druhé, výjimečné řešení přichází v úvahu za předpokladu, že cizí student prohlásí a prokáže, že má v ČR bydliště ve smyslu evropského práva, tedy těžiště zájmů. V takovém případě je možné považovat jej i v období, kdy nesplňuje podmínky pro účast v systému na základě zaměstnání, za českého pojištěnce (to ovšem platí pouze za předpokladu, že není zároveň nezaopatřeným rodinným příslušníkem osoby pojištěné v jiném členském státě z titulu výkonu výdělečné činnosti).

11.15. Má nějaké důsledky pro účast v českém systému zdravotního pojištění, když osoba s bydlištěm v jiném státě EU onemocní po ukončení zaměstnání v ČR v ochranné lhůtě ve smyslu zákona o nemocenském pojištění?

Ne, pokud jde o osobu s bydlištěm v jiném státě, která onemocní v ochranné lhůtě po ukončení výdělečné činnosti v ČR a již došlo k ukončení českého zdravotního pojištění, nemá tato skutečnost pro možný návrat do českého sytému zdravotního pojištění důsledky. Osoba by měla být kryta výlučně právními předpisy státu bydliště.

Poznámka: *Vzhledem k tomu, že v této věci EK donutila Českou republiku vyplácet osobě bydlící v jiném státě v případě onemocnění v ochranné lhůtě peněžité dávky, může být ovšem v budoucnu odmítnutí zpětného vzetí do českého systému veřejného zdravotního pojištění předmětem sporu.*

11.16. Za jakých podmínek může účast zahraničního pracovníka v českém systému, po ukončení výdělečné činnosti v ČR, pokračovat?

První možností je, že onemocněl ještě v době trvání pracovního poměru a jeho nemoc trvá i po jeho ukončení. Tato účast skončí zpravidla ukončením české nemocenské, nebo peněžité pomoci v mateřství.

Dále pak, pokud byl pracovník evidován na českém úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání s nárokem na podporu v nezaměstnanosti nebo na podporu při rekvalifikaci. Tato účast skončí zpravidla ukončením výplaty podpory v nezaměstnanosti.

Dále pak, pokud se bývalý zahraniční pracovník stal nezaopatřeným rodinným příslušníkem osoby zdravotně pojištěné v ČR z titulu výdělečné činnosti v ČR.

Výjimečná situace: *Účast v českém pojištění si může bývalý zahraniční pracovník udržet i v případě, že je nezaopatřeným rodinným příslušníkem osoby, pojištěné v ČR z titulu trvalého pobytu v ČR, a to v případě že bydlí ve státě, ve kterém nevzniká nárok na účast v místním zdravotním pojištění z titulu bydliště. Tento postup se uplatní zcela výjimečně. Vždy je třeba situaci posoudit primárně podle čl. 32.*

Účast v českém zdravotním pojištění si bývalý zahraniční pracovník samozřejmě udrží také v případě, že je mu přiznáno skutečné bydliště na území ČR.

11.17. Mohou být v ČR pojištěny i osoby bez trvalého pobytu v ČR, které nevykonávají výdělečnou činnost v ČR, ale které na území ČR mají těžiště svých zájmů?

Ano, typicky přichází účast v systému zdravotního pojištění neaktivní osoby právě v případech, kdy pracovník z jiného členského státu ukončil v ČR výdělečnou činnost a nadále na území České republiky bydlí. Prodloužení jeho účasti v systému přichází v úvahu v případě, že prohlásí a prokáže, že má v ČR nadále těžiště svých zájmů. O jeho účasti v systému samozřejmě není pochyb po dobu, kdy případně pobírá podporu v nezaměstnanosti, nemocenské, peněžitou pomoc v mateřství, některý z důchodů, nebo kdy je nezaopatřeným rodinným příslušníkem jiného českého pojištěnce, to vše bez ohledu na jeho bydliště.

Stejný nárok ale mají i osoby, které předtím v ČR výdělečnou činnost nevykonávaly za předpokladu, že zde skutečně bydlí. V těchto situacích je nutné zkoumat okolnosti a důvody přestěhování do ČR důsledněji.

Pro účely prohlášení a prokázání bydliště neaktivní osoby v ČR je vždy vhodné použít Dotazník pro určení bydliště, používaný všemi institucemi sociálního zabezpečení (vzor v příloze č. 9).

Je také třeba mít na paměti, že skutečné bydliště v ČR může být osobě již uznáno i jinou institucí sociálního zabezpečení (např. Úřadem práce pro účely přiznání dávek státní sociální podpory).

11.18. Jak posuzovat účast v systému českého veřejného zdravotního pojištění a případnou odvodovou povinnost osob s volnem bez náhrady mzdy které v jiném státě bydlí nebo pracují?

V případě, že osoba, která má od svého českého zaměstnavatele volno bez náhrady mzdy, vykonává výdělečnou činnost v jiném státě, jedná se o souběh výdělečných činností ve dvou členských státech, který musí být posouzen. Volno bez náhrady mzdy bude posouzeno jako marginální činnost a příslušnost tedy bude určena do zahraničí. Osoba má tedy podléhat výlučně právním předpisům o sociálním (zdravotním) pojištění v tomto státě. Pojistné v ČR nemá být hrazeno.

V případě osoby, která bude čerpat pracovní volno bez náhrady mzdy, bude mít zachovaný pracovní poměr v ČR, a zároveň bude nezaopatřeným rodinným příslušníkem osoby pojištěné v jiném členském státě, je třeba tuto osobu nadále považovat za zaměstnanou v ČR a na její žádost vystavit nárokový doklad (S1).

11.19. Má dítě narozené českým pojištěncům v jiném státě nárok na účast v českém systému veřejného zdravotního pojištění, i když ještě nemá český rodný list?

V případě, že jsou oba rodiče českými pojištěnci a je tak zřejmé, že i dítě bude příslušet do českého systému veřejného zdravotního pojištění, rodiče požádají o doklad o pojištění a nemohou ještě předložit český rodný list dítěte, je nutné alespoň provizorně zajistit nárok dítěte na zdravotní péči v jiném státě a případně i v ČR (přichází v úvahu

zejména u osob delší dobu pobývajících v zahraničí, nebo osob, které se po narození dítěte vracejí do ČR).

Na omezenou dobu do vystavení českého rodného listu a přidělení českého rodného čísla je vhodné vystavit na základě dokladů ze země narození dítěte časově omezené Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Vzhledem k relativně dlouhé době vyřízení českého rodného listu v případě dětí narozených v zahraničí a skutečnosti, že jde o českého pojištěnce, není přípustné odmítnout pojištění dítěte ve výše uvedené situaci pouze s odvoláním na prozatímní neexistenci českého rodného listu.

V případě, že by šlo o rodinu, bydlící v jiné zemi, měl by být institucí v místě bydliště zaslána žádost o nárokový doklad S071. Na žádost bude posléze zaslán i český EHIC nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC (platnost a druh dokladu dle očekávané délky registrace v jiném státě).

11.20. Jaká je situace dítěte, které se narodí na území ČR matce, pojištěné v jiném státě EU, která v ČR nebydlí a dítě po narození odloží?

Až do rozhodnutí soudu o svěření do ústavní péče je nutné dítě považovat za osobu, která má na území ČR nárok na úhradu nákladů na zdravotní péči ze systému pojištění matky.

Poznámka: *To, že dítě samo o sobě nemá v zahraničí vyřízenu účast v pojištění, by nemělo být cizím institucím důvodem pro to, aby úhradu odmítly. Nároky se totiž vztahují na pojištěné osoby a jejich rodinné příslušníky, tzn. důležité je platné pojištění matky.*

Po svěření do ústavní péče v ČR se dítě stává českým pojištěncem.

11.21. Kam má být hrazeno pojistné z dodatečně vyplacených odměn, pokud se mezitím změnila příslušnost k právním předpisům pracovníka?

V zásadě v praxi nastávají dva typy případů.

PRACOVNÍCI, KTEŘÍ ZMĚNILI PŘÍSLUŠNOST I ZAMĚSTNAVATELE

Příklad: Polák, pracující v ČR pro českého zaměstnavatele ke konci roku ukončí zaměstnání a tím i pojištění v ČR. Vrátí se do Polska. Český zaměstnavatel mu v polovině následujícího roku vyplácí dodatečnou odměnu za pro něj odvedenou práci.

V této situaci by mělo být pojistné z odměny odvedeno do toho systému, kterému pracovník podléhal v době výkonu práce, za níž pobírá odměnu (v uvedeném příkladu tedy do ČR).

PRACOVNÍCI, KTEŘÍ ZMĚNILI PŘÍSLUŠNOST, ALE NE ZAMĚSTNAVATELE

Pracovní poměr u stejného zaměstnavatele nepřetržitě trvá, ale pracovníci pro něj dlouhodobě (déle než 24 měsíců) pracují v jiném členském státě a jsou proto pojištěni v tomto státě. Zaměstnavatel jim vyplácí odměnu za práci vykonanou v období, kdy příslušeli původním právním předpisům.

Příklad: Český zaměstnavatel přesune na přelomu roku své pracovníky do Polska vykonávat práci s předpokládaným trváním tři roky. Pracovníci začnou od prvního okamžiku podléhat polskému pojištění. V polovině následujícího roku jim vyplácí dodatečnou odměnu za práci odvedenou ještě v ČR, tedy v době příslušnosti k českému pojištění.

I v této situaci by mělo být pojistné z odměny odvedeno do toho systému, kterému pracovník podléhal v době výkonu práce, za níž pobírá odměnu. Předpokladem je, že lze odměnu oddělit od běžného příjmu a je zřejmé, že je placena výlučně za práci odvedenou v období, kdy osoba podléhala původním právním předpisům. Pokud ji nelze oddělit, nebo se nevztahuje výlučně na období příslušnosti k předchozím právním předpisům, mělo by být pojistné odvedeno spolu s běžným příjmem do aktuálně příslušného státu.

Poznámka: *Na tomto výkladu se shodli zástupci příslušných úřadů a dotčených institucí českého zdravotního a sociálního zabezpečení.*

11.22. Rodinní příslušníci, občané třetích států bez trvalého pobytu - nárok na účast v českém zdravotním pojištění?

Nařízení u rodinných příslušníků osob, krytých nařízením, nevyžaduje podmínku státní příslušnosti k některé z členských zemí. Pro odpověď je proto důležité nejdříve zjistit, zda lze na českého pojištěnce, od kterého by potenciálně mohli odvíjet svůj nárok, uplatnit evropská koordinační nařízení.

Tímto způsobem dospějeme k závěru, že například nezaopatřená ukrajinská manželka českého pojištěnce, který se nikdy pracovně nepohyboval mezi státy EU (a tedy se na něj nevztahují koordinační nařízení), nemá na základě nařízení automaticky nárok na účast v českém zákonném systému veřejného zdravotního pojištění. Musela by splňovat české zákonné podmínky, tedy trvalý pobyt nebo zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem v ČR.

Na druhou stranu nezaopatřená ukrajinská manželka se svým německým manželem pojištěným v ČR z titulu zaměstnání (bez ohledu na to, jestli se vzali už v DE nebo až v ČR), má nepochybně nárok na účast v českém systému veřejného zdravotního pojištění, neboť koordinační nařízení se vztahují na státní příslušníky (manžel) a jejich rodinné příslušníky, pokud migrují v rámci EU. Stejně tak by měla nároky z nařízení (krytí zdravotní péče ze strany české ZP), pokud by ona sama zůstala bydlet v Německu a do ČR by za prací migroval pouze manžel.

Pokud je tedy živitel osobou, krytou nařízením, v jehož případě dochází, nebo v minulosti došlo k migraci mezi státy EU, má jeho nezaopatřený rodinný příslušník, který je občanem třetího státu, nárok na účast v českém systému veřejného zdravotního pojištění stejně, jako je tomu v případě rodinného příslušníka z jiného státu EU.

Samozřejmě mají tito rodinní příslušníci ze třetích států také nárok na automatické vydání průkazu EHIC jako kterýkoliv jiný český pojištěnec.

Poznámka: *Jako rodinní příslušníci migrující osoby kryté základním nařízením jsou totiž pojištěni přímo na základě nařízení 883/2004, které nevyžaduje splnění žádných dalších podmínek (na rozdíl od nařízení 1231/2010, kterým se rozšířil osobní rozsah nařízení na pracovníky ze třetích států a které vyžaduje podmínku bydliště a existence přeshraničního prvku).*

11.23. Jaký je postup elektronizace evropské agendy?

Dne 30.6.2019 skončilo přechodné období. Oproti původním plánům je i po tomto datu možná „papírová“ výměna za použití předchozích verzí dokumentů s těmi státy, které nejsou k aktuálnímu datu elektronické výměny schopné. Jakmile bude elektronické výměny schopno pro daný BUC více než 80% členských států, má se papírová výměna v rámci tohoto BUCu do 6 měsíců ukončit a veškeré další případy se již musí řešit elektronicky. Platí ale, že případ se má ukončit takovou formou, jakou byl započat, pokud se státy nedohodnou jinak.

Před odesláním SEDu je tedy třeba zkontrolovat, jestli je daný stát pro daný BUC

schopný elektronické výměny. Pokud ne, je třeba SED vytisknout a odeslat ho v papírové podobě.

11.24. Má pojištěnec nárok na poskytnutí podstatných věcných dávek odsouhlasených ještě českou ZP, poté co změní aplikovatelnou legislativu do jiného státu? Na čí účet?

Pokud byla českou zdravotní pojišťovnou pojištěnci přiznána tzv. podstatná věcná dávka (uvedena na seznamu vydaném Správní komisí – např. invalidní vozík, protéza, nebo lázně) a následně pojištěnec změnil příslušnost do jiného státu EU, má přesto nárok, aby tuto schválenou dávku obdržel na účet české ZP.

11.25. Jaké je řešení příslušnosti k českému zdravotnímu pojištění osoby kryté nařízením, vykonávající činnost pro zaměstnavatele bez sídla na území ČR (nebo EU)?

ZAMĚSTNAVATEL SE SÍDLEM V EU

V případě, že osoba krytá nařízením (typicky migrující pracovník z jiného státu EU) vykonává v ČR zaměstnání pro zaměstnavatele se sídlem v EU, bude v ČR z tohoto titulu zdravotně pojištěn. Zaměstnavatel bude na základě asimilace skutečností považován za českého zaměstnavatele a vůči ZP bude plnit povinnosti zaměstnavatele.

ZAMĚSTNAVATEL SE SÍDLEM V BILATERÁLNÍM STÁTĚ

V případě, že osoba krytá nařízením (typicky migrující pracovník z jiného státu EU) vykonává v ČR zaměstnání pro zaměstnavatele se sídlem ve státě, se kterým Česká republika uzavřela bilaterální smlouvu o sociálním zabezpečení, bude pracovník pojištěn v rámci českého veřejného zdravotního pojištění. V případě, že jde o mezinárodní smlouvu, obsahující ve věcném rozsahu i zdravotní pojištění, bude odvádět pojistné z příjmu jako zaměstnanec. V případě, že jde o mezinárodní smlouvu, která ve věcném rozsahu zahrnuje pouze oblast nemocenského a důchodového pojištění, bude v rámci zdravotního pojištění odvádět pojistné jako OBZP (tedy tak, jako by tomu bylo v případě českého občana v obdobné situaci).

ZAMĚSTNAVATEL SE SÍDLEM VE TŘETÍM STÁTĚ

V případě, že osoba krytá nařízením (typicky migrující pracovník z jiného státu EU) vykonává v ČR zaměstnání pro zaměstnavatele se sídlem ve třetím státě, nebude v ČR z tohoto titulu zdravotně pojištěn, neboť jde o činnost, která není dle českých právních předpisů považována za zaměstnání. Pojištěn bude, pokud tu bude mít skutečné bydliště.

11.26. Za jakých podmínek a v jaké výši náleží pojištěnci náhrada nákladů vynaložených na léky v jiném státě EU?

V případě neautorizované plánované péče je předpokladem náhrady nákladů na lék, vydávaný na předpis, předložení receptu, případně lékařské zprávy s poznámkou o předepsání daného léku.

- Pokud bylo v zahraničí zaplaceno balení jiného objemu, než je balení stejného léku hrazené v ČR, je třeba vypočítat a nahradit poměrnou částku českého tarifu.
- Nahradit dle českých tarifů je možné i náklady, které pojištěnec v zahraničí vynaložil na lék, ačkoliv v ČR je hrazen pouze lék se stejnou účinnou látkou.
- Náhrada dle českých tarifů by však neměla byt přiznána, pokud je v ČR k dispozici

pouze lék s obdobnou účinnou látkou.

- Pokud není v ČR stanovena úhrada pro stejný lék, nebo pro lék se stejnou účinnou látkou, nelze poskytnout žádnou náhradu dle českých tarifů. V těchto případech je jedinou možností náhrada dle zahraničních tarifů.
- V případě, že jde o lék hrazeny v ČR, který ale není na území ČR dostupný a jeho poskytnutí je nezbytné, bude vždy jeho nákup v jiném členském státě považován za odsouhlasenou plánovanou péči.
- Pokud může v ČR daný lék předepsat pouze lékař dané odbornosti, nebude pro refundaci do výše českého tarifu vyžadováno splnění dané odbornosti u péče nezbytné, nebo plánované peče, schválené zdravotní pojišťovnou.
- Odpovídající odbornost bude striktně vyžadovaná pouze u dodatečné refundace neautorizované plánované péče. V těchto případech bude pro tento účel vždy vyžadován doklad, ze kterého vyplývá, kdo lék předepsal.

11.27. Má pojištěnec nárok na náhradu nákladů, které vynaložil v zahraničí na letecký transport?

Žádosti o refundace nákladů za letecký transport by měly být odmítány, resp. by mělo být řízení zastavováno pro nepříslušnost s případným doporučením pojištěnci, že se má obrátit na Ministerstvo zdravotnictví, které tyto náklady hradí, pokud jsou přeúčtovány standardní cestou přes EHIC pojištěnce.

11.28. Jaká jsou specifika při vyřizování žádosti o refundaci lázeňské péče, kterou pojištěnec přímo zaplatil v zahraničí?

Zdravotní pojišťovna musí posoudit shodu zahraničního léčivého přírodního zdroje se zdrojem ve schválených českých lázních a dále musí ověřit, zda se skutečně jedná o lázeňské zařízení, nebo se jednalo pouze o ambulantní léčbu.

Jde-li o stejný přírodní zdroj a poskytovatel měl statut lázní, refunduje ZP českou cenu zahraniční lázeňské péče. Ta se vypočítá na základě úhradové vyhlášky, kde je stanovena cena za jeden den lázeňské péče (tzn. bez ohledu na tarify ubytování, stravování apod.).

Pro přiznání náhrady nákladů je rozhodující splnění podmínek dle českých předpisů – tj. předchozí schválení revizním lékařem.

11.29. Jak stanovit náhradu, pokud je předloženo více dokladů o zaplacení

Doklady i jednotlivé položky je nutné posuzovat jednotlivě nikoli souhrnně. Důvodem pro tento postup je zabránění náhrady nákladů i na služby, které nejsou hrazeny dle českých předpisů.

11.30. Za jakých podmínek hradí ZP náklady na odběr, uchování a převoz orgánu, pokud k nim dochází v jiném státě?

Zdravotní služby, provedené v zahraničí, které souvisejí se zajištěním orgánu pro transplantaci konkrétnímu českému pojištěnci (vyšetření dárce, odběr orgánu, činnost týmu, konzervace, uložení, roztoky, kontejner, přeprava kontejneru) jsou vždy považovány za služby, jejichž poskytnutí je jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, u kterých hrozí nebezpečí z prodlení. Náklady na tyto služby jsou vždy přímo uhrazeny jejich poskytovateli na základě §16 zákona č. 48/1997 Sb.

11.31. Přístup k regulačním poplatkům a související otázky

PRÁVA A POVINNOSTI POJIŠTĚNCŮ

Povinnost hradit poplatky a doplatky na území ČR se vztahuje na osoby pojištěné v jiném státě EU, EHP, ve Spojeném království, Švýcarsku nebo smluvním státě stejně jako na osoby pojištěné v ČR. V případě překročení limitu má pojištěnec jiného státu, kterému je v ČR výpomocně poskytována zdravotní péče, nárok na vrácení přeplatku za stejných podmínek jako český pojištěnec. Výše limitů – viz. aktuální znění zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Na případy, kdy je českým pojištěncům poskytnuta zdravotní péče na území jiného státu EU, EHP, Spojeného království, Švýcarska nebo smluvního státu, nemá zavedení poplatků a limitu poplatků a doplatků v ČR žádný vliv.

PRAKTICKÉ PROVÁDĚNÍ PŘEPLATKU

Vracení přeplatků v případě pojištěnců států EU, EHP, Spojeného království, Švýcarska a smluvních států, za něž byla výpomocně hrazena zdravotní péče českou zdravotní pojišťovnou, bude probíhat stejným způsobem jako u pojištěnců této pojišťovny.

Ve sporných případech (např. tam, kde automatické vrácení přeplatku nebude z objektivních důvodů možné), bude postupováno na základě návrhu pojištěnce jiného státu ve správním řízení dle § 53 odst. 1. zákona č. 48/1997 Sb.

PŘEÚČTOVÁNÍ NÁKLADŮ DO ZAHRANIČÍ

Přeplatky provedené ve vztahu k pojištěnci státu EU, EHP, Spojeného království, Švýcarska nebo smluvního státu, čerpajícímu péči v rámci koordinačních nařízení nebo mezinárodní smlouvy, budou přeúčtovány jeho příslušné zahraniční pojišťovně. Po vrácení přeplatku osobě pojištěné v jiném státě bude tento náklad zahrnut do nejbližší sady pravidelných vypořádání nákladů za péči poskytnutou v ČR, předávaných Kanceláři ZP

Výdaje budou ve výkazu N080A rozepsány podle dávky, které se týkaly. Doplatky v kolonce „léky“ a poplatky uhrazené zdravotnickému zařízení v kolonce „lékařská péče“. V obou kolonkách bude uvedena celková částka přeplatku. V kolonce „věcné dávky od..do..“ bude uvedeno datum prvního a posledního ošetření, kterého se přeplatek v daném období týká.

11.32. Jaká pravidla se aplikují ve vztahu ke Spojenému království?

Spojené království vystoupilo z Evropské unie k 31.1.2020. Od následujícího dne je účinná tzv. Výstupová dohoda (Withdrawal Agreement - WA), která zavedla přechodné období do konce roku 2020, během něhož se v oblasti zdravotního pojištění na UK hledělo, jakoby stále bylo členem EU a koordinační nařízení se aplikovala zcela. Kromě toho dohoda definovanému okruhu osob garantuje zachování práv, která tyto osoby získaly do konce roku 2020 (čl. 30 WA) a dále definuje situace, kdy se koordinační nařízení také použijí (čl. 32 WA). Dále ale byla mezi Evropskou unií uzavřena Dohoda o obchodu a spolupráci, která se aplikuje od 1.1.2021 a tato dohoda v oblasti zdravotního pojištění a věcných dávek téměř zcela opisuje evropská koordinační pravidla.

Dohoda o obchodu a spolupráci se od koordinačních nařízení mírně liší v teritoriálním rozsahu (nevztahuje se na Gibraltar), ve věcném rozsahu (nevztahuje se na umělé oplodnění) a zavádí možnost požadovat zdravotní poplatek (health fee) a způsoby

jeho náhrady u určitých kategorií osob.

Dohoda o obchodu a spolupráci nenahrazuje výstupovou dohodu. Výstupovou dohodu lze nadále používat na jí definovaný okruh osob. Zjednodušeně se jedná o osoby, jejichž přeshraniční situace trvala již před koncem roku 2020. Tyto osoby mohou čerpat i dávky související s umělým oplodněním a mohou být z Gibraltaru. Naprostou většinu případů je tedy nutno řešit dosud obvyklým způsobem, byť na jiném právním základě.

PRAKTICKÉ DOPADY

A) Nezbytná péče

Dohoda o obchodu a spolupráci umožnila Spojenému království vydávat nárokové doklady pro čerpání nezbytné péče v nové podobě a zároveň zachovává platnost všech dříve vydaných dokladů ve všech dříve používaných podobách.

Britští pojištěnci se mohou v ČR (a jinde v EU) prokazovat těmito doklady:

B) Plánovaná péče

Zatímco možnost plánované péče se souhlasem kompetentní instituce ve vztahu ke Spojenému království zůstává, přestává platit možnost vycestovat za péčí bez souhlasu zdravotní pojišťovny a následně žádat o proplacení nákladů do výše českých cen.

C) Health fee

UK zavedlo zdravotní poplatek (health fee). Tento poplatek musí uhradit každá osoba, která žádá o vízum nebo o povolení k přistěhovalectví na dobu delší než 6 měsíců. Poplatek se hradí při podání žádosti. Poplatek nemusí hradit turisté (vízum pro návštěvníky), kteří žádají o povolení na dobu kratší než 6 měsíců.

Plnou refundaci poplatku může obdržet osoba, pokud zruší svou žádost nebo pokud bude žádost zamítnuta. Částečnou refundaci obdrží osoba, pokud bylo uděleno povolení na dobu kratší než požadovanou. V těchto případech není třeba činit žádné kroky, peníze budou automaticky vráceny na účet, ze kterého byla provedena platba.

O plnou nebo částečnou refundaci poplatku mohou žádat osoby s formulářem S1, který byl zaregistrován u NHS. Dále pak osoby, které pracují ve zdravotnictví nebo pečovatelství a studenti prezenčního studia britských vysokých škol, kteří nejsou zaměstnaní,

disponují Evropským průkazem zdravotního pojištění (EHIC) a jejichž vízum začalo platit 1. 1. 2021 nebo později. Částka, která bude vrácena, bude záviset na datu vypršení platnosti formuláře S1 nebo EHIC.

Refundace provádí a žádosti se podávají zde:

Overseas Healthcare Services
NHS Business Services Authority
Bridge House
152 Pilgrim Street
Newcastle upon Tyne
NE1 6SN
Email: nhsbsa.faregistrationohs@nhs.net
Phone: 0191 218 1999 (+44 191 218 1999 při hovoru mimo UK)

12. PŘÍLOHY

12.1. Vzor žlutého Průkazu pojištěnce EU, pobývajícího v ČR

12.2. Vzor žlutého Průkazu pojištěnce EU, bydlícího v ČR

12.3. Vzor Potvrzení o registraci

12.4. Vzor Potvrzení o nároku

12.5. Vzor dopisu – odmítnutí vystavení náhradního dokladu

12.6. Vzor dopisu - odmítnutí nároku komerční pojišťovny

12.7. Vzory SEDů, přenositelných dokumentů a vyplněných E-dokumentů

12.8. Vzor Dotazníku pro určení státu bydliště pro účely aplikace koordinačních nařízení EU

12.9. Příloha III. nařízení 883/2004 – omezení nároků na věcné dávky pro rodinné příslušníky příhraničních pracovníků

12.10. Příloha IV. nařízení 883/2004 – plný rozsah nároků pro důchodce ve státě pojištění

12.11. Příloha III. nařízení 987/09 – seznam států, které nadále účtují v paušálních nákladech

12.12. Vzory dokumentů pro vedení správního řízení o udělení souhlasu s úhradou nákladů péče při vycestování za zdravotní péčí do zahraničí

12.12.1. Žádost pojištěnce o udělení souhlasu s úhradou nákladů na vyžádané zdravotní služby v zahraničí

12.12.2. Oznámení o zahájení řízení

12.12.3. Výzva k doplnění žádosti

12.12.4. Usnesení o přerušení kvůli vadám žádosti

12.12.5. Usnesení o přerušení kvůli předběžné otázce do zahraničí

12.12.6. Usnesení o zastavení kvůli nepřípustnosti

12.12.7. Oznámení o pokračování v řízení po doplnění žádosti

12.12.8. Oznámení o pokračování v řízení po předběžné otázce

12.12.9. Rozhodnutí pozitivní dle nařízení

12.12.10. Rozhodnutí pozitivní dle §16

12.12.11. Rozhodnutí negativní dle nařízení i §16

12.12.12. Usnesení o zastavení řízení pro nezhojení vad žádosti

12.12.13. Usnesení o zastavení po zpětvzetí žádosti

12.12.14. Univerzální rozhodnutí o odvolání

12.13. Vzory dokumentů pro vedení správného řízení o náhradě nákladů vynaložených pojištěncem v zahraničí

12.13.1. Žádost pojištěnce o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí

12.13.2. Oznámení o zahájení řízení

12.13.3. Výzva k doplnění žádosti

12.13.4. Usnesení o přerušení kvůli předběžné otázce do zahraničí

12.13.5. Usnesení o přerušení kvůli vadám žádosti

12.13.6. Usnesení o zastavení kvůli nepřípustnosti

12.13.7. Oznámení o pokračování v řízení po doplnění žádosti

12.13.8. Oznámení o pokračování v řízení po předběžné otázce

12.13.9. Usnesení o zastavení řízení pro nezhojení vad žádosti

12.13.10. Usnesení o zastavení po zpětvzetí žádosti

12.13.11. Rozhodnutí o refundaci negativní 2v1

12.13.12. Rozhodnutí o refundaci negativní dle §14

12.13.13. Rozhodnutí o refundaci pozitivní dle §14 (nemožnost nařízení)

12.13.14. Rozhodnutí o refundaci pozitivní §14

12.13.15. Rozhodnutí o refundaci pozitivní Nařízení

12.13.16. Univerzální rozhodnutí o odvolání

12.14. Uživatelská příručka – praktické postupy zpracování jednotlivých situací