

# Metodika provádění bilaterálních smluv o sociálním zabezpečení

(platná od 1. 11. 2018)

## Obsah

<b>Obecná pravidla .....</b>	<b>7</b>
1. Jediné pojištění pouze ve státě výkonu ekonomické aktivity .....	7
2. Dvojití pojištění v případě souběhu ekonomických aktivit .....	7
3. OSVČ a pojištění .....	7
4. Rodinní příslušníci .....	7
5. Vyslání .....	7
6. Přednost mezinárodních smluv před zákonem .....	8
7. Styčné místo .....	8
<b>Albánie .....</b>	<b>9</b>
1. Obecná pravidla .....	9
2. Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Albánii .....	9
2.1. Neodkladná péče (CZ/AL 111) .....	9
2.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/AL 112) .....	10
2.3. Hospitalizace (AL/CZ 113) .....	10
2.4. Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/AL 126) .....	10
3. Zdravotní péče poskytovaná albánskému pojištěnci v ČR .....	11
3.1. Neodkladná péče (AL/CZ 111) .....	11
3.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (AL/CZ 112) .....	12
3.3. Úhrada a revize .....	12
3.4. Hospitalizace (CZ/AL 113) .....	12
3.5. Nedodržení předpokládaného postupu (AL/CZ 126) .....	13
<b>Černá Hora .....</b>	<b>14</b>
1. Obecná pravidla .....	14
2. Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Černé Hoře .....	15
2.1. Čeští pojištěnci - přechodné pobyty .....	15
2.1.1. Neodkladná péče (CZ/YU 111) .....	15
2.1.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/YU 111) .....	15
2.1.3. Hospitalizace (YU/CZ 113) .....	16
2.1.4. Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (YU/CZ 114) .....	16
2.1.5. Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/YU 126) .....	16
2.2. Český důchodce bydlící v Černé Hoře .....	17
2.2.1. Registrace (CZ/YU 121) .....	17

2.2.2.	Zrušení registrace důchodce (CZ/YU 108) .....	17
2.2.3.	Přechodný pobyt důchodce v ČR.....	18
3.	Zdravotní péče poskytovaná černohorskému pojištěnci v ČR.....	18
3.1.	Černohorští pojištěnci – přechodné pobyty v ČR.....	18
3.1.1.	Neodkladná péče (YU/CZ 111).....	18
3.1.2.	Péče nad rozsah péče neodkladné (YU/CZ 112).....	19
3.1.3.	Úhrada a revize.....	19
3.1.4.	Hospitalizace (CZ/YU 113) .....	19
3.1.5.	Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (CZ/YU 114).....	20
3.1.6.	Nedodržení předpokládaného postupu (YU/CZ 126) .....	20
3.2.	Černohorští důchodci bydlící v ČR .....	20
3.2.1.	Registrace (YU/CZ 121).....	20
3.2.2.	Zrušení registrace důchodce (YU/CZ 108) .....	21
3.2.3.	Přechodný pobyt v Černé Hoře .....	21
<b>Makedonie.....</b>		<b>22</b>
1.	Obecná pravidla.....	22
2.	Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Makedonii.....	23
2.1.	Čeští pojištěnci - přechodné pobyty.....	23
2.1.1.	Neodkladná péče (EHIC, CZ/RM 111) .....	23
2.1.2.	Péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/RM112).....	23
2.1.3.	Hospitalizace (RM/CZ 113) .....	23
2.1.4.	Protetické pomůcky a jiné věcné dávky větší hodnoty (RM/CZ 114).....	24
2.1.5.	Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/RM 126).....	24
2.2.	Český důchodce bydlící v Makedonii.....	24
2.2.1.	Registrace (CZ/RM 121).....	24
2.2.2.	Zrušení registrace důchodce (CZ/RM 108) .....	25
2.2.3.	Přechodný pobyt důchodce v ČR.....	25
3.	Zdravotní péče poskytovaná makedonskému pojištěnci v ČR .....	25
3.1.	Makedonští pojištěnci - přechodné pobyty.....	25
3.1.1.	Neodkladná péče (RM/CZ 111) .....	25
3.1.2.	Péče nad rozsah péče neodkladné (RM/CZ 112).....	26
3.1.3.	Úhrada a revize.....	26
3.1.4.	Hospitalizace (CZ/RM 113) .....	27
3.1.5.	Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (CZ/RM 114) .....	27

3.1.6.	Nedodržení předpokládaného postupu (RM/CZ 126).....	27
3.2.	Makedonští důchodci bydlící v ČR.....	28
3.2.1.	Registrace (RM/CZ 121).....	28
3.2.2.	Zrušení registrace důchodce (RM/CZ 108).....	28
<b>Srbsko</b> .....		<b>29</b>
1.	Obecná pravidla.....	29
2.	Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Srbsku .....	30
2.1.	Čeští pojištěnci – přechodné pobyty .....	30
2.1.1.	Neodkladná péče (EHIC, CZ/SRB 111) .....	30
2.1.2.	Péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/SRB 112) .....	31
2.1.3.	Hospitalizace (SRB/CZ 113).....	31
2.1.4.	Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (SRB/CZ 114).....	31
2.1.5.	Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/SRB 126) .....	32
2.2.	Český důchodce bydlící v Srbsku .....	32
2.2.1.	Registrace (CZ/SRB 121) .....	32
2.2.2.	Zrušení registrace důchodce (CZ/SRB 108) .....	33
2.2.3.	Přechodný pobyt důchodce v ČR.....	33
3.	Zdravotní péče poskytovaná srbskému pojištěnci v ČR .....	33
3.1.	Srbští pojištěnci – přechodné pobyty v ČR.....	33
3.1.1.	Neodkladná péče (SRB/CZ 111).....	33
3.1.2.	Péče nad rozsah péče neodkladné (SRB/CZ 112) .....	34
3.1.3.	Úhrada a revize.....	34
3.1.4.	Hospitalizace (CZ/SRB 113).....	34
3.1.5.	Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (CZ/SRB 114).....	35
3.1.6.	Nedodržení předpokládaného postupu (SRB/CZ 126) .....	35
3.2.	Srbští důchodci bydlící v ČR.....	35
3.2.1.	Registrace (SRB/CZ 121) .....	35
3.2.2.	Zrušení registrace důchodce (SRB/CZ 108) .....	36
3.2.3.	Přechodný pobyt v Srbsku .....	36
<b>Tunisko</b> .....		<b>37</b>
1.	Obecná pravidla:.....	37
2.	Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Tunisku .....	38
2.1.	Čeští pojištěnci – přechodné pobyty .....	38
2.1.1.	Neodkladná péče (CZ/TN 111) .....	38

2.1.2.	Péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/TN 112).....	38
2.1.3.	Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (TN/CZ 114) .....	38
2.1.4.	Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/TN 126) .....	39
2.2.	Český důchodce bydlící v Tunisku.....	39
2.2.1.	Registrace (CZ/TN 121).....	39
2.2.2.	Zrušení registrace důchodce (CZ/TN 108) .....	40
2.2.3.	Přechodný pobyt důchodce v ČR.....	40
2.3.	Český pracovník vyslaný do Tuniska (CZ/TN 106).....	40
3.	Zdravotní péče poskytovaná tuniskému pojištěnci v ČR .....	41
3.1.	Tuniští pojištěnci – přechodné pobyty v ČR .....	41
3.1.1.	Neodkladná péče (TN/CZ 111) .....	41
3.1.2.	Péče nad rozsah péče neodkladné (TN/CZ 112).....	42
3.1.3.	Úhrada a revize.....	42
3.1.4.	Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (CZ/TN 114) .....	42
3.1.5.	Nedodržení předpokládaného postupu (TN/CZ 126) .....	42
3.2.	Tuniští důchodci bydlící v ČR .....	43
3.2.1.	Registrace (TN/CZ 121).....	43
3.2.2.	Zrušení registrace důchodce (TN/CZ 108) .....	43
3.3.	Tuniský pracovník vyslaný do ČR (TN/CZ 106).....	43
<b>Turecko.....</b>		<b>45</b>
1.	Obecná pravidla.....	45
2.	Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Turecku .....	46
2.1	Neodkladná péče (CZ/TR 111).....	46
2.2	Poskytování zdravotní péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/TR 112).....	46
2.3	Hospitalizace (TR/CZ 113).....	46
2.4	Protetické pomůcky a jiné věcné dávky větší hodnoty (TR/CZ 114) .....	47
2.5	Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/TR 126) .....	47
3.	Zdravotní péče poskytovaná tureckému pojištěnci v ČR .....	47
3.1.	Neodkladná péče (TR/CZ 111).....	47
3.2.	Péče nad rozsah péče neodkladné (TR/CZ 112) .....	48
3.3.	Hospitalizace (CZ/TR 113).....	48
3.4.	Úhrada a revize poskytnuté péče.....	49
3.5.	Protetické pomůcky a jiné věcné dávky větší hodnoty (CZ/TR 114) .....	49
3.6.	Nedodržení předpokládaného postupu (TR/CZ 126) .....	49

<b>IZRAEL.....</b>	<b>51</b>
1. Osobní rozsah .....	51
2. Základní pravidlo .....	51
3. Vyslaní zaměstnanci .....	51
4. Zvláštní skupiny .....	51
<b>JAPONSKO .....</b>	<b>52</b>
1. Osobní rozsah .....	52
2. Základní pravidlo .....	52
3. Vyslané osoby.....	52
4. Zvláštní skupiny .....	52
5. Doprovázející manžel a děti .....	52
<b>SPOJENÉ STÁTY AMERICKÉ .....</b>	<b>53</b>
1. Osobní rozsah .....	53
2. Základní pravidlo .....	53
3. Vyslané osoby.....	53
4. Zvláštní skupiny .....	53
<b>Zvláštní bilaterální smlouvy .....</b>	<b>54</b>
<b>CHILE .....</b>	<b>54</b>
<b>NĚMECKO .....</b>	<b>55</b>
<b>SLOVENSKO.....</b>	<b>56</b>

## Obecná pravidla

### 1. Jediné pojištění pouze ve státě výkonu ekonomické aktivity

Smlouvy o sociálním zabezpečení upravují příslušnost osob dle výkonu ekonomické aktivity. Toto určení je třeba chápat v tom smyslu, že taková osoba nemůže podléhat z titulu výkonu ekonomické aktivity předpisům jednoho státu a z titulu bydliště ve státě druhém předpisům tohoto druhého státu.

**PŘÍKLAD:** Osoba zaměstnaná v Srbsku podléhá pouze srbským předpisům. Nemůže být zároveň pojištěna v ČR na základě trvalého pobytu.

### 2. Dvojitý pojištění v případě souběhu ekonomických aktivit

Ekonomicky aktivní osoba má podléhat předpisům o sociálním zabezpečení toho státu, kde je ekonomická aktivita vykonávána. Smlouvy o sociálním zabezpečení na rozdíl od koordinačních nařízení neobsahují princip jediného pojištění. Osoba ekonomicky činná v ČR i smluvním státě bude podléhat předpisům obou států. Z činnosti vykonávané v ČR bude odváděno pojistné v ČR, z činnosti ve smluvním státě bude pojistné odváděno do smluvního státu. Není přitom podstatné, jestli se jedná o samostatnou výdělečnou činnost nebo zaměstnání.

### 3. OSVČ a pojištění

Osoby samostatně výdělečně činné pocházející ze smluvních států jsou v ČR zdravotně pojištěny. Smlouvy o sociálním zabezpečení obsahují pravidlo, že osoba samostatně výdělečně činná podléhá předpisům státu, kde je taková činnost vykonávána, což spolu s pravidlem rovného zacházení zajišťuje pro OSVČ účast v systému veřejného zdravotního pojištění. Všechny české OSVČ jsou pojištěné, takže i OSVČ ze smluvního státu musí být pojištěna.

### 4. Rodinní příslušníci

Rodinný příslušník osoby pocházející ze smluvního státu není v ČR zdravotně pojištěn (jen z titulu příbuzenství). Smlouvy o sociálním zabezpečení neobsahují pravidla pro příslušnost ekonomicky neaktivních osob. Na rozdíl od ekonomicky aktivních osob, pro které takové pravidlo existuje, jim tedy není zaručována rovnost zacházení.

Japonská smlouva v některých situacích pojištění rodinných příslušníků upravuje.

Rodinní příslušníci tuniských zaměstnanců (nikoliv OSVČ) budou v ČR pojištění díky tuniské asociační dohodě s EU.

### 5. Vyslání

Všechny uzavřené smlouvy o sociálním zabezpečení znají institut vyslané osoby. Vyslané osoby i nadále podléhají předpisům o sociálním zabezpečení vysílajícího smluvního státu. Z hlediska účasti vyslané osoby v systému veřejného zdravotního pojištění, je třeba smlouvy o sociálním zabezpečení rozdělit na dvě skupiny:

- a) Smlouvy zaručující nárok na věcné dávky ve státě vyslání

- Albánie, Černá Hora, Makedonie, Srbsko, Tunisko, Turecko
  - Osoba vyslaná do těchto států se nemůže odhlásit od pojištění z důvodu dlouhodobého pobytu v zahraničí.
- b) Smlouvy nezaručující nárok na věcné dávky ve státě vyslání
- Izrael, Japonsko, USA
  - Osoba vyslaná do těchto států se může odhlásit od pojištění z důvodu dlouhodobého pobytu v zahraničí, právě vzhledem k neexistenci nároku na dávky.

## **6. Přednost mezinárodních smluv před zákonem**

Dvojstranné smlouvy o sociálním zabezpečení mají aplikační přednost před českým zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Smlouva v daných situacích vylučuje aplikaci českých předpisů. Například tedy pokud byla osoba pojištěna ve smluvním státě po dobu kratší než 6 měsíců, nelze aplikovat národní pravidlo o dlouhodobém pobytu v zahraničí delším než 6 měsíců (§8 odst. 4).

## **7. Styčné místo**

Všechny bilaterální smlouvy o sociálním zabezpečení ustanovují styčná místa, jejichž hlavní úlohou je ulehčit styk mezi institucemi smluvních států. Kompetentní instituce samozřejmě mohou komunikovat přímo mezi sebou, úkolem styčného místa však je napomáhat této spolupráci, tam kde se zadrhne. Styčné místo napomáhá s ověřováním potřebných skutečností v konkrétních případech, ale řeší i obecné otázky.



## Albánie

### 1. Obecná pravidla

#### Osobní rozsah smlouvy







- Osoba, která podléhá nebo podléhala právním předpisům smluvního státu
- jiné osoby, které odvozují práva od takové osoby. V ČR se práva neodvozují.

#### Aplikovatelná legislativa

- Zaměstnaná osoba nebo OSVČ vykonávající činnost na území jednoho státu, podléhá předpisům **pouze** tohoto státu. Osoba zaměstnaná v Albánii s trvalým pobytem v ČR tedy nemůže být pojištěna z titulu TP i v ČR.
- Zvláštní skupiny osob – vyslaní pracovníci, zaměstnanci mezinárodní dopravy, členové posádky námořních lodí, státní úředníci, členové diplomatických misí a konzulárních úřadů, důchodci pobírající důchod z obou smluvních států – příslušnost třeba ověřit ve smlouvě.
- Smlouva neupravuje příslušnost neaktivních osob ani rodinných příslušníků.
- Smlouva dále neupravuje souběh činností – v této situaci je tedy možné dvojí pojištění.

#### Rozsahy poskytované péče

- Neodkladná péče – přechodné pobyty
- Nad rozsah neodkladné péče – plánovaná péče, větší rozsah péče

Používané formuláře (CZ/AL vydává česká ZP x AL/CZ - vydává albánská instituce)		
 czal107.pdf  F-PD005	 czal111.pdf  F-P005, F-N001, F-PD002-A	 czal112.pdf  F-PD002-B, F-N001
 czal113.pdf  F-PD005, F-PD001	 czal125.pdf  F-S019	 czal126.pdf  F-PD003

ZP vede evidenci vystavených a přijatých formulářů v AP CMU.

## 2. Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Albánii

### 2.1. Neodkladná péče (CZ/AL 111)

- Před cestou do Albánie si český pojištěnec u své pojišťovny vyzvedne formulář CZ/AL 111 potvrzující, že má v Albánii nárok na věcné dávky.

- V tomto formuláři zdravotní pojišťovna identifikuje svého pojištěnce, vyznačí dobu, po níž mu mohou být věcné dávky poskytovány a tyto údaje stvrdí razítkem a podpisem. Obecně platí, že pojišťovna na formuláři potvrdí takovou dobu, jakou pojištěnec uvede jako předpokládanou dobu svého pobytu (může jít například o vyslaného pracovníka, který bude v Albánii pobývat dlouhodobě, nebo o turistu, jehož předpokládaný pobyt lze počítat na dny). Maximální dobou, na niž je formulář vydáván, je však 12 měsíců. Osoby pobývající na území Albánie déle (např. diplomaté, vyslaní pracovníci) si mohou po uplynutí této lhůty požádat osobně, či korespondenčně o zaslání formuláře na další období. Pojišťovna jim vyhoví, pokud jsou nadále jejími pojištěnci.
- Pokud si pojištěnec formulář zapomene vyzvednout, ztratí ho, nebo ho nemůže z nějakého jiného důvodu albánské straně předložit, česká zdravotní pojišťovna ho na vyžádání albánské kompetentní instituce zašle či jinak předá (v případě hospitalizace je praxe taková, že o dodatečné vystavení formuláře žádá někdy přímo nemocnice, nebo rodinní příslušníci pacienta).

## 2.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/AL 112)

- Pokud český pojištěnec ví, že může během pobytu v Albánii potřebovat zdravotní péči, kterou lze považovat za předvídatelnou, např. dialýzu, může se obrátit na svou zdravotní pojišťovnu se žádostí o autorizaci takového čerpání, ta mu však nemusí tuto autorizaci udělit. Pokud mu nebude udělena před vycestováním do Albánie, bude zde po něm vyžadována platba v hotovosti.
- Pokud je českému pojištěnci již poskytována neodkladná zdravotní péče, může se albánská kompetentní instituce obrátit na příslušnou českou pojišťovnu se žádostí o autorizaci čerpání péče nad rozsah neodkladné.
- V obou případech je na uvážení české zdravotní pojišťovny, zda toto povolení vydá, či nikoliv. Povolení se vydává prostřednictvím formuláře CZ/AL 112.

## 2.3. Hospitalizace (AL/CZ 113)

- Český pojištěnec může být v Albánii v souvislosti s úrazem, či náhlým zhoršením zdravotního stavu hospitalizován. V takovém případě zašle albánská kompetentní instituce neodkladně příslušné české zdravotní pojišťovně oznámení s pravděpodobnou dobou pobytu v nemocnici a přesnou diagnózou pacienta, a to prostřednictvím formuláře AL/CZ 113.
- V případě, že český pojištěnec nemá u sebe potvrzení o nároku na věcné dávky (CZ/AL 111) může albánská kompetentní instituce požádat o jeho dodatečné zaslání (praxe je taková, že o dodatečné vystavení a zaslání formuláře někdy žádá i přímo nemocnice, nebo rodinný příslušník hospitalizovaného). Na základě tohoto oznámení může příslušná zdravotní pojišťovna včas kontaktovat zdravotnické zařízení, či albánskou kompetentní instituci a dohlédnout na co nejefektivnější využití svých prostředků, zejména s ohledem na dobu hospitalizace. Obecně platí, že rozsah neodkladné péče určuje ošetřující lékař.

## 2.4. Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/AL 126)

- V případě, kdy byla neodkladná zdravotní péče uhrazena v Albánii přímo českým pojištěncem, může se tento pojištěnec s příslušnými doklady o zaplacení obrátit na svou českou zdravotní pojišťovnu a požádat o náhradu nákladů.

- V tomto případě se pojišťovna prostřednictvím části A formuláře CZ/AL 126 ve dvou vyhotoveních obrátí na albánskou kompetentní instituci. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na danou péči podle albánských právních předpisů v sazbách platných pro albánské pojištěnce.
- Vyžádané údaje zašle albánský nositel zdravotního pojištění v části B výše uvedeného formuláře neprodleně zpět české zdravotní pojišťovně. Česká příslušná zdravotní pojišťovna poté refunduje svému pojištěnci jeho náklady do výše oznámené albánskou stranou.
- Pojištěnec též může požádat o náhradu nákladů dle českých tarifů.

### 3. Zdravotní péče poskytovaná albánskému pojištěnci v ČR

#### 3.1. Neodkladná péče (AL/CZ 111)

- Albánský pojištěnec pobývající v ČR v případě potřeby prokáže nárok na věcné dávky vyplývající ze Smlouvy předložením potvrzeného formuláře AL/CZ 111 na některé z poboček kterékoliv z českých zdravotních pojišťoven.
- Pojišťovna zkontroluje jeho úplnost a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na zdravotní péči v neodkladném rozsahu. S tímto potvrzením se pak albánský pojištěnec v případě nutnosti obrátí na smluvní zdravotnické zařízení se žádostí o poskytnutí dávky. Pojišťovna, na níž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje albánskému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce. Může se stát, že se albánský pojištěnec nezaregistruje a prokáže se předložením formuláře AL/CZ 111 až v případě nutnosti přímo ve zdravotnickém zařízení. Tento způsob přichází v úvahu zejména v případě krátkodobého pobytu, úrazu a hospitalizace v důsledku prudkého zhoršení zdravotního stavu. V tomto případě je třeba rozlišovat, zda jde o ošetření ambulantní, či zda jde o ústavní léčbu.
  - o V případě hospitalizace si albánský pojištěnec přímo ve zdravotnickém zařízení vybere jednu ze zdravotních pojišťoven, která pak bude jeho pojišťovnou v místě pobytu (výpomocná pojišťovna). Nemocnice této pojišťovně předá jeho formulář AL/CZ 111 a tato pojišťovna albánského pojištěnce dodatečně zaregistruje. Touto registrací na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče poskytnuté albánskému pojištěnci.
  - o V případě ambulantního ošetření po něm, nebude-li mít Potvrzení o registraci od české pojišťovny v místě pobytu, ale prokáže se formulářem AL/CZ 111, bude požadována úhrada v hotovosti. Takto uhrazenou péči mu potom refunduje albánský nositel zdravotního pojištění.
- Může se stát, že albánský pojištěnec po ambulantním ošetření není schopen zaplatit. V tom případě se může lékař obrátit na českou pojišťovnu s výše uvedeným formulářem AL/CZ 111, který převezme přímo od pacienta a požádat ji o dodatečnou registraci albánského pojištěnce. Smyslem dodatečné registrace je odvrácení stavu, kdy českým zdravotnickým zařízením zůstává nesplacená pohledávka za neodkladnou péči poskytnutou smluvnímu pojištěnci.
- Může se dále stát, že se albánský pojištěnec neprokáže při ambulantním ošetření ani výše uvedeným formulářem AL/CZ 111. V takovém případě po něm bude opět vyžadována hotovostní platba. Pokud pacient za péči nezplatí a lékaři, či zdravotnickému zařízení se podaří dodatečně získat z Albánie formulář AL/CZ 111, platí to, co bylo uvedeno v předchozím odstavci o dodatečné registraci.

- Dodatečné zajištění formuláře AL/CZ 111 může zprostředkovat KZP.

### 3.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (AL/CZ 112)

- Albánská kompetentní instituce může svému pojištěnci odsouhlasit i poskytování péče nad rozsah péče neodkladné – typicky péče plánovaná. V takovém případě mu vystaví formulář AL/CZ 112.
- S formulářem se musí pacient registrovat u české zdravotní pojišťovny dle svého výběru. Pojišťovna zkontroluje úplnost formuláře AL/CZ 112 a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na zdravotní péči v definovaném rozsahu dle souhlasu albánské kompetentní instituce. K formuláři připojí případné přílohy. S tímto potvrzením se pak albánský pojištěnec obrátí na smluvní zdravotnické zařízení se žádostí o poskytnutí specifikované dávky. Pojišťovna, na níž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje albánskému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce.

### 3.3. Úhrada a revize

- Česká pojišťovna hradí a reviduje péči poskytnutou registrovanému albánskému pojištěnci ve stejných termínech a za stejných podmínek jako za svého pojištěnce. Vykazuje se výkonovým způsobem podle vyhlášky č.134/1998 Sb. v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Hradí se na základě smlouvy s daným poskytovatelem zdravotních služeb, popřípadě na základě platné úhradové vyhlášky.

### 3.4. Hospitalizace (CZ/AL 113)

- Je-li albánský pojištěnec hospitalizován a má u sebe Potvrzení o registraci vydané českou pojišťovnou, oznámí jí zdravotnické zařízení neodkladně tuto hospitalizaci.
- Má-li u sebe pouze formulář AL/CZ 111, nechají ho v nemocnici vybrat jednu z českých zdravotních pojišťoven, s níž má nemocnice smlouvu. Této pojišťovně pak nemocnice formulář AL/CZ 111 předá a pojišťovna na jeho základě albánského pojištěnce dodatečně zaregistruje.
- I v tomto případě nemocnice pojišťovně hospitalizaci okamžitě oznámí, kde vyplní zejména diagnózu a předpokládanou dobu hospitalizace. Zvolená pojišťovna vyplní formulář CZ/AL113 na základě údajů poskytnutých nemocnicí, potvrdí a zašle jej albánské kompetentní instituci.
- Pokud u sebe pacient nemá ani formulář AL/CZ 111, vybere si jednu z českých zdravotních pojišťoven. Na tuto pojišťovnu se nemocnice obrátí a požádá ji, aby si prostřednictvím formuláře CZ/AL 113 od albánské kompetentní instituce vyžádala dodatečné vystavení AL/CZ 111. Po zaslání AL/CZ 111 zvolená zdravotní pojišťovna albánského pojištěnce dodatečně zaregistruje.
- V každém případě česká zdravotní pojišťovna může albánského pojištěnce zaregistrovat až po obdržení AL/CZ 111, potvrzujícího nárok na dávky. Do této doby není povinna péči revidovat, ani uhradit.

### 3.5. Nedodržení předpokládaného postupu (AL/CZ 126)

- V případě, kdy nemohl být dodržen předpokládaný postup a neodkladná zdravotní péče byla uhrazena v ČR přímo albánským pojištěncem, může se tento pojištěnec obrátit na albánskou kompetentní instituci se žádostí o náhradu těchto nákladů.
- V takovém případě zašle albánská kompetentní instituce KZP dvě vyhotovení části A formuláře AL/CZ 126. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na tuto péči podle českých právních předpisů v sazbách platných pro české pojištěnce.
- V části B výše uvedeného formuláře KZP uvede, kolik by za danou péči bylo uhrazeno zdravotnickému zařízení a zašle tento údaj stejným formulářem neprodleně zpět albánské kompetentní instituci. Ta pak do této výše refunduje svému pojištěnci jeho náklady.
-

## Černá Hora

### 1. Obecná pravidla

#### Osobní rozsah smlouvy









- Osoba, která podléhá nebo podléhala právním předpisům smluvního státu
- jiné osoby, které odvozují práva od takové osoby. V ČR se práva neodvozují.

#### Aplikovatelná legislativa:

- Zaměstnaná osoba nebo OSVČ vykonávající činnost na území jednoho státu, podléhá předpisům **pouze** tohoto státu. Osoba zaměstnaná v Černé Hoře s trvalým pobytem v ČR tedy **nemůže** být pojištěna z titulu TP i v ČR.
- Zvláštní skupiny osob - zaměstnanci ve státních a veřejných službách, úřední zástupci, vyslaní pracovníci, zaměstnanci podniku vzdušné a pozemní dopravy, posádky lodí, diplomaté a konzulární úředníci, důchodci – příslušnost třeba ověřit ve smlouvě.
- Smlouva neupravuje příslušnost neaktivních osob ani rodinných příslušníků.
- Smlouva dále neupravuje souběh činností – v této situaci je tedy možné dvojí pojištění.

#### Rozsahy poskytované péče

- Neodkladná péče – přechodné pobyty
- Nad rozsah neodkladné péče – plánovaná péče, větší rozsah péče
- Plná péče – důchodci

Používané formuláře (CZ/YU vydává česká ZP x YU/CZ - vydává černohorská instituce)		
 CZYU108.pdf  F-PD001	 CZYU111.pdf  F-P005, F-N001, F-PD002-A	 CZYU113.pdf  F-PD004, F-PD005, F-PD001
 CZYU114.pdf  F-PD001	 CZYU121.pdf  F-PD004, F-PD002-A	 CZYU123.pdf
 CZYU125.pdf  F-S019	 CZYU126.pdf  F-PD003	
* V AP CMU má Černá Hora zkratku ME		

ZP vede evidenci vystavených a přijatých formulářů v AP CMU.

Smlouva byla uzavřena s Jugoslávií, je aplikována Srbskem a Černou Horou, není aplikována Kosovem.

Oproti jiným smlouvám umožňuje smlouva s Jugoslávií českým zdravotním pojišťovnám provést převoz pacienta ve stabilizovaném stavu zpět do ČR. Předpokladem je, že to pro ně bude výhodnější, než nechat pacienta dál léčit v černohorské nemocnici. Je na zvážení pojišťovny, zda bude s převozem souhlasit.

Při komunikaci se černohorskou kompetentní institucí je vždy třeba volit její místně příslušnou pobočku. Seznam poboček je k dispozici zde: [www.fzocg.me](http://www.fzocg.me) („o nama“ – „organizacija“ – „područne jedinice“ [http://www.fzocg.me/#sadrzaj\(50\)](http://www.fzocg.me/#sadrzaj(50))). S identifikací příslušné pobočky pomáhá KZP.

## 2. Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Černé Hoře

### 2.1. Čeští pojištěnci - přechodné pobyty

#### 2.1.1. Neodkladná péče (CZ/YU 111)

- Před cestou do Černé Hory si český pojištěnec u své pojišťovny vyzvedne formulář CZ/YU 111 potvrzující, že má v Černé Hoře nárok na věcné dávky.
- V tomto formuláři zdravotní pojišťovna identifikuje svého pojištěnce, vyznačí dobu, po níž mu mohou být věcné dávky poskytovány a tyto údaje stvrdí razítkem a podpisem. Obecně platí, že pojišťovna na formuláři potvrdí takovou dobu, jakou pojištěnec uvede jako předpokládanou dobu svého pobytu (může jít například o vyslaného pracovníka, který bude v Černé Hoře pobývat dlouhodobě, nebo o turistu, jehož předpokládaný pobyt lze počítat na dny). Maximální dobou, na niž je formulář vydáván, je však 12 měsíců. Osoby pobývající v Černé Hoře déle (např. diplomaté, vyslaní pracovníci) si mohou po uplynutí této lhůty požádat osobně, či korespondenčně o zaslání formuláře na další období. Pojišťovna jim vyhoví, pokud jsou nadále jejími pojištěnci.
- Pokud si pojištěnec formulář zapomene vyzvednout, ztratí ho, nebo ho nemůže z nějakého jiného důvodu černohorské straně předložit, česká zdravotní pojišťovna ho na vyžádání černohorské kompetentní instituce zašle či jinak předá (v případě hospitalizace může o dodatečné vystavení formuláře žádat i přímo nemocnice, nebo rodinní příslušníci pacienta).

#### 2.1.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/YU 111)

- Pokud český pojištěnec ví, že může během pobytu v Černé Hoře potřebovat zdravotní péči, kterou lze považovat za předvídatelnou, např. dialýzu, může se obrátit na svou zdravotní pojišťovnu se žádostí o autorizaci takového čerpání, ta mu však nemusí tuto autorizaci udělit. Pokud mu nebude udělena před vycestováním do Černé Hory, bude zde po něm vyžadována platba v hotovosti.
- Pokud je českému pojištěnci již poskytována neodkladná zdravotní péče, může se černohorská kompetentní instituce obrátit na příslušnou českou pojišťovnu se žádostí o autorizaci čerpání další péče ve větším než nutném rozsahu.
- V obou případech je na uvážení české zdravotní pojišťovny, zda toto povolení vydá, či nikoliv. Povolení se vydává prostřednictvím formuláře CZ/YU 111, část 2.2.

### 2.1.3. Hospitalizace (YU/CZ 113)

- Český pojištěnec může být v Černé Hoře v souvislosti s úrazem, či náhlým zhoršením zdravotního stavu hospitalizován. V takovém případě zašle černohorská kompetentní instituce neodkladně příslušné české zdravotní pojišťovně oznámení s pravděpodobnou dobou pobytu v nemocnici a přesnou diagnózou pacienta, a to prostřednictvím formuláře YU/CZ 113, část 4.3.
- V případě, že český pojištěnec nemá u sebe potvrzení o nároku na věcné dávky (CZ/YU 111) může černohorská kompetentní instituce požádat o jeho neodkladné dodatečné zaslání (o dodatečné vystavení a zaslání formuláře někdy žádá i přímo nemocnice, nebo rodinný příslušník hospitalizovaného). Na základě tohoto oznámení může příslušná zdravotní pojišťovna včas kontaktovat zdravotnické zařízení, či černohorskou kompetentní instituci a dohlédnout na co nejefektivnější využití svých prostředků, zejména s ohledem na dobu hospitalizace. Obecně platí, že rozsah neodkladné péče určuje ošetřující lékař.

### 2.1.4. Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (YU/CZ 114)

- Pokud byly v rámci neodkladné péče poskytnuty výše uvedené zdravotnické prostředky tak, aby nebyl ohrožen život nebo zdraví českého pojištěnce, zašle černohorská kompetentní instituce oznámení o jejich poskytnutí spolu se zjištěnými náklady na takové dávky. Toto oznámení je součástí formuláře YU/CZ 114.
- Pokud českému pojištěnci nebyly tyto dávky zatím poskytnuty, musí černohorská kompetentní instituce požádat o autorizaci jejich poskytnutí. V takovém případě zašle příslušné české zdravotní pojišťovně dvě vyhotovení části A výše uvedeného formuláře YU/CZ 114. Příslušná pojišťovna vyplní část B formuláře (rozhodnutí) a zašle svůj souhlas či odmítnutí neprodleně černohorské kompetentní instituci. Vyslovením souhlasu se česká pojišťovna zavazuje k úhradě těchto dávek.
- Protetickými pomůckami a dalšími věcnými dávkami větší hodnoty se rozumí dávky vyjmenované v článku 9, odst. 7 Správního ujednání ke Smlouvě, pokud jejich hodnota přesahuje 450 EUR, vyjádřeno v národních měnách, nebo jiné dávky, pokud jejich hodnota přesahuje 250 EUR, vyjádřeno v národních měnách

### 2.1.5. Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/YU 126)

- V případě, kdy neodkladná zdravotní péče byla uhrazena v Černé Hoře přímo českým pojištěncem, může se tento pojištěnec s příslušnými doklady o zaplacení obrátit na svou českou zdravotní pojišťovnu a požádat o úhradu nákladů.
- V tomto případě se pojišťovna prostřednictvím části A formuláře CZ/YU 126 ve dvou vyhotoveních obrátí na černohorskou kompetentní instituci. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na danou péči podle černohorských právních předpisů v sazbách platných pro černohorské pojištěnce.
- Která z poboček černohorské kompetentní instituce je příslušná, se zjistí porovnáním místa čerpání péče (podle účtů) se seznamem poboček na www stránkách černohorské kompetentní instituce: [www.fzocg.me](http://www.fzocg.me) („o nama“ – „organizacija“ – „područne jedinice“ [http://www.fzocg.me/#sadrzaj\(50\)](http://www.fzocg.me/#sadrzaj(50))). Pokud ZP příslušnost sama nezjistí, obrátí se žádostí o určení příslušné pobočky na KZP.
- Vyžádané údaje zašle černohorská kompetentní instituce v části B výše uvedeného formuláře neprodleně zpět české zdravotní pojišťovně. Česká zdravotní pojišťovna



poté refunduje svému pojištěnci jeho náklady do výše oznámené černohorskou stranou.

## 2.2. Český důchodce bydlící v Černé Hoře

- Na základě Smlouvy jsou osoby pobírající důchod pouze z České republiky a bydlící v Černé Hoře českými pojištěnci a mají nárok na úhradu zdravotní péče v plném rozsahu podle černohorských předpisů ze strany svojí české zdravotní pojišťovny. V případě potřeby čerpání péče v České republice mají ze smlouvy nárok pouze na neodkladnou péči.
- Osoby, které pobírají důchody z obou smluvních států, jsou pojištěny výlučně ve státě bydliště.
- 

### 2.2.1. Registrace (CZ/YU 121)

#### a) Osoby, které již v Černé Hoře bydlí a pobírají pouze důchod z České republiky

- Jednotlivé výše uvedené osoby si nejdříve musí zvolit, u které z českých zdravotních pojišťoven chtějí být pojištěny. Zvolená pojišťovna ověří, zda osoba bydlí v Černé Hoře, že pobírá český důchod a že nepobírá zároveň i černohorský důchod. Poté vystaví a potvrdí formulář CZ/YU 121. Po obdržení oznámení černohorské strany, že byl důchodce v Černé Hoře zaregistrován (část B formuláře CZ/YU 121) tato pojišťovna poté vede důchodce jako českého pojištěnce. Ministerstvo financí za něj bude platit pojistné stejně jako za důchodce bydlící v ČR.

#### b) Osoby, které jsou českými pojištěnci a teprve se do Černé Hory přestěhují

- Tyto osoby se obrátí na svou zdravotní pojišťovnu se žádostí o vystavení formuláře CZ/YU 121 z důvodu přesunutí bydliště do Černé Hory. Zdravotní pojišťovna v případě nutnosti vhodným způsobem ověří bydliště v Černé Hoře, zkontroluje, zda je osobě vyplácen český důchod a že jí není vyplácen i černohorský důchod. Následně zmíněný formulář vystaví a potvrdí. Po obdržení oznámení z černohorské strany, že byl důchodce v Černé Hoře zaregistrován (na druhé části tiskopisu CZ/YU 121) zruší kapitační platby jeho lékaři. Dále pak vede důchodce jako českého pojištěnce. Ministerstvo financí za něj bude dále hradit pojistné stejně jako za důchodce bydlící v ČR.

### 2.2.2. Zrušení registrace důchodce (CZ/YU 108)

- V případě, že se česká zdravotní pojišťovna (zpravidla prostřednictvím KZP) dozví, že důchodce nadále na černohorském území nebydlí, že zemřel, nebo ztratil nárok na český důchod, oznámí černohorské kompetentní instituci ukončení nároku prostřednictvím formuláře CZ/YU 108. Černohorský nositel vyplní část B formuláře a zašle jej zpět české zdravotní pojišťovně. Zároveň mu ukončí registraci v Černé Hoře. Česká pojišťovna poté vyřadí důchodce z evidence pojištěnců. Další postup závisí na tom, z jakého důvodu zanikl důchodci nárok ze Smlouvy a zda se vrací na naše území. Nejčastější příčinou zániku nároku v praxi je úmrtí pojištěnce. Pokud by šlo o

důchodce s trvalým pobytem v ČR, který by se vracel na naše území, byl by po návratu opět považován za běžného českého důchodce se vším, co k tomu patří.

### 2.2.3. Přechodný pobyt důchodce v ČR

- Pokud přijede výše uvedený důchodce na návštěvu do ČR, bude se na něj nahlížet jako na černoorského pojištěnce, tzn., musí s sebou mít formulář YU/CZ 111.

## 3. Zdravotní péče poskytovaná černoorskému pojištěnci v ČR

### 3.1. Černoorskí pojištěnci – přechodné pobyty v ČR

#### 3.1.1. Neodkladná péče (YU/CZ 111)

- Černoorský pojištěnec pobývajíc v ČR v případě potřeby prokáže nárok na věcné dávky vyplývající ze Smlouvy předložením potvrzeného formuláře YU/CZ 111 na pobočce kterékoliv z českých zdravotních pojišťoven.
- Pojišťovna zkontroluje jeho úplnost a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na neodkladnou zdravotní péči. V případě potřeby zdravotní péče se černoorský pojištěnec obrátí s tímto potvrzením na smluvní zdravotnické zařízení. Pojišťovna, na níž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje černoorskému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce.
- Může se stát, že se černoorský pojištěnec nezaregistruje a prokáže se předložením formuláře YU/CZ 111 až v případě nutnosti přímo ve zdravotnickém zařízení. Tento způsob přichází v úvahu zejména v případě krátkodobého pobytu, úrazu a hospitalizace v důsledku prudkého zhoršení zdravotního stavu. V tomto případě je třeba rozlišovat, zda jde o ošetření ambulantní, či zda jde o ústavní léčbu.
  - o V případě **hospitalizace** si černoorský pojištěnec přímo ve zdravotnickém zařízení vybere jednu ze zdravotních pojišťoven, která pak bude jeho pojišťovnou v místě pobytu (výpomocná pojišťovna). Nemocnice této pojišťovně předá jeho formulář YU/CZ 111 a tato pojišťovna černoorského pojištěnce dodatečně zaregistruje. Touto registrací na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče poskytnuté černoorskému pojištěnci.
  - o V případě **ambulantního ošetření** po něm, nebude-li mít Potvrzení o registraci od české pojišťovny v místě pobytu, ale prokáže se formulářem YU/CZ 111, bude požadována úhrada v hotovosti. Takto uhrazenou péči mu potom refunduje kompetentní černoorská instituce.
- Může se stát, že černoorský pojištěnec po ambulantním ošetření není schopen zaplatit. V tom případě se může lékař obrátit na českou pojišťovnu s výše uvedeným formulářem YU/CZ 111, který převezme přímo od pacienta a požádat ji o dodatečnou registraci černoorského pojištěnce. Smyslem dodatečné registrace je odvrácení stavu, kdy českým zdravotnickým zařízením zůstává nesplacená pohledávka za akutní péči poskytnutou smluvnímu pojištěnci.
- Pokud se černoorský pojištěnec neprokáže při ambulantním ošetření ani výše uvedeným formulářem YU/CZ 111. V takovém případě po něm bude opět vyžadována hotovostní platba. Pokud pacient za péči nezaplatí a lékaři, či zdravotnickému zařízení

se podaří dodatečně získat z Černé Hory formulář YU/CZ 111, platí to, co bylo uvedeno v předchozím odstavci o dodatečné registraci.

- Dodatečné zajištění formuláře YU/CZ 111 může zprostředkovat KZP.

### **3.1.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (YU/CZ 112)**

- Černohorská kompetentní instituce může svému pojištěnci odsouhlasit i poskytování péče nad rozsah péče neodkladné – typicky péče plánovaná. V takovém případě mu vystaví formulář YU/CZ 111 vyplněný v části 2.2.
- S formulářem se musí pacient registrovat u české zdravotní pojišťovny dle svého výběru. Pojišťovna zkontroluje úplnost formuláře YU/CZ 111 a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na zdravotní péči v definovaném rozsahu dle souhlasu černohorské kompetentní instituce. K formuláři připojí případné přílohy. S tímto potvrzením se pak černohorský pojištěnec obrátí na smluvní zdravotnické zařízení se žádostí o poskytnutí specifikované dávky. Pojišťovna, na níž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje černohorskému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce.

### **3.1.3. Úhrada a revize**

- Česká pojišťovna hradí a reviduje péči poskytnutou registrovanému černohorskému pojištěnci ve stejných termínech a za stejných podmínek jako za svého pojištěnce. Vykazuje se výkonovým způsobem podle vyhlášky č.134/1998 Sb. v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Hradí se na základě smlouvy s daným poskytovatelem zdravotních služeb, popřípadě na základě platné úhradové vyhlášky.

### **3.1.4. Hospitalizace (CZ/YU 113)**

- Je-li černohorský pojištěnec hospitalizován a má u sebe Potvrzení o registraci vydané českou pojišťovnou, oznámí jí zdravotnické zařízení neodkladně tuto hospitalizaci.
- Má-li u sebe pouze formulář YU/CZ 111, nechají ho v nemocnici vybrat jednu z českých zdravotních pojišťoven, s níž má nemocnice smlouvu. Této pojišťovně pak nemocnice formulář YU/CZ 111 předá a pojišťovna na jeho základě černohorského pojištěnce dodatečně zaregistruje.
- I v tomto případě nemocnice pojišťovně hospitalizaci okamžitě oznámí, sdělí zejména diagnózu a předpokládanou dobu hospitalizace. Zvolená ZP vyplní formulář CZ/YU 113 na základě údajů poskytnutých nemocnicí, potvrdí a zašle jej kompetentní černohorské instituci.
- Pokud u sebe pacient nemá ani formulář YU/CZ 111, vybere si jednu z českých zdravotních pojišťoven. Na tuto pojišťovnu se nemocnice obrátí a požádá ji, aby si prostřednictvím formuláře CZ/YU 113 od černohorské kompetentní instituce vyžádala dodatečné vystavení YU/CZ 111. Po zaslání YU/CZ 111 zvolená zdravotní pojišťovna černohorského pojištěnce dodatečně zaregistruje.
- V každém případě může česká zdravotní pojišťovna černohorského pojištěnce zaregistrovat až po obdržení YU/CZ 111, potvrzujícího nárok na dávky. Do této doby není povinna péči revidovat, ani uhradit.

### 3.1.5. Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (CZ/YU 114)

- Pokud byly v rámci neodkladné péče poskytnuty výše uvedené zdravotnické prostředky tak, aby nebyl ohrožen život nebo zdraví černohorského pojištěnce, zašle česká pojišťovna v místě pobytu oznámení o jejich poskytnutí spolu se zjištěnými náklady na takové dávky. Toto oznámení je součástí formuláře CZ/YU 114.
- Pokud černohorskému pojištěnci nebyly tyto dávky zatím poskytnuty, musí zdravotnické zařízení zažádat prostřednictvím české zdravotní pojišťovny o autorizaci jejich poskytnutí. O autorizaci je třeba žádat v případě, že dávky přesáhnou hodnotu 450 EUR, vyjádřeno v národních měnách. V takovém případě zašle česká pojišťovna v místě pobytu dvě vyhotovení části A výše uvedeného formuláře CZ/YU 114 černohorské kompetentní instituci.
- Ta vyplní část B formuláře (rozhodnutí) a zašle svůj souhlas či odmítnutí neprodleně české zdravotní pojišťovně. Vyslovením souhlasu se černohorská kompetentní instituce zavazuje k úhradě těchto dávek.

### 3.1.6. Nedodržení předpokládaného postupu (YU/CZ 126)

- V případě, kdy nemohl být dodržen předpokládaný postup a neodkladná zdravotní péče byla uhrazena v ČR přímo černohorským pojištěncem, může se tento pojištěnec obrátit na černohorskou kompetentní instituci se žádostí o úhradu těchto nákladů.
- V takovém případě zašle černohorská kompetentní instituce Kanceláři zdravotního pojištění dvě vyhotovení části A formuláře YU/CZ 126. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na tuto péči podle českých právních předpisů v sazbách platných pro české pojištěnce.
- V části B výše uvedeného formuláře KZP uvede, kolik by za danou péči uhradila zdravotnickému zařízení česká ZP a zašle tento údaj stejným formulářem neprodleně zpět černohorské kompetentní instituci. Ta pak do této výše refunduje svému pojištěnci jeho náklady.

## 3.2. Černohorští důchodci bydlící v ČR

### 3.2.1. Registrace (YU/CZ 121)

- Osoby, které pobírají pouze černohorský důchod a bydlí v České republice (ať už mají trvalý pobyt nebo nikoliv), jsou dle smlouvy černohorskými pojištěnci. Předpokladem je, že jim černohorská strana vystaví formulář YU/CZ 121.
- Tento formulář donese důchodce sám, nebo ho černohorská kompetentní instituce pošle prostřednictvím KZP. S formulářem se důchodce obrátí na českou pojišťovnu, kterou si zvolí. Česká pojišťovna zkontroluje, zda je formulář řádně potvrzen. Poté ho vyzve k předložení dokladů o tom, že v ČR bydlí. Za základní doklad je považováno platné povolení k dlouhodobému pobytu. Jako podpůrné doklady mohou sloužit např. nájemní smlouva, doklad o tom, že je mu důchod vyplácen prostřednictvím české banky (pošty), či doklad o tom, že zde bydlí jeho rodinní příslušníci atd.
- Pokud je vše splněno, vydá mu česká zdravotní pojišťovna Potvrzení o registraci, kde bude uvedeno, že má nárok na plnou péči.
- Zdravotní pojišťovna osobu vyjme z evidence svých pojištěnců (pokud tak byla vedena) a pokud za něj platí pojistné stát, oznámí Ministerstvu financí, že tento důchodce přestal být českým zákonným pojištěncem a nemělo by za něj být u nás státem hrazeno pojistné.

### **3.2.2. Zrušení registrace důchodce (YU/CZ 108)**

- V případě, že byl nárok vyplývající ze smlouvy pozastaven, nebo zanikl, oznámí to černohorská kompetentní instituce české zdravotní pojišťovně prostřednictvím formuláře YU/CZ 108 (například, když se černohorská kompetentní instituce dozví, že důchodce na našem území nebydlí, že mu zanikl nárok na důchod v Černé Hoře, nebo že zemřel).
- Česká zdravotní pojišťovna vyplní část B formuláře a zašle jej zpět černohorské kompetentní instituci. Vyplní zde zejména, odkdy byl ukončen nárok na poskytování věcných dávek českou pojišťovnou. Tento údaj odpovídá údaji uvedenému v části 4.1. formuláře YU/CZ 108.
- Česká pojišťovna dále vyřadí důchodce ze své evidence, a pokud je to možné, vyzve jej k vrácení Potvrzení o registraci.
- V případě, že jde o důchodce s trvalým pobytem v ČR, stane se po ukončení nároku ze Smlouvy opět českým pojištěncem. Pokud byla důchodci poskytována péče v období od ukončení nároku do doručení oznámení na českou pojišťovnu, musí tuto péči zaplatit sám.
- Pokud česká pojišťovna zjistí, že zde důchodce pobývá pouze přechodně, nebo že zemřel, oznámí to černohorské kompetentní instituci.

### **3.2.3. Přechodný pobyt v Černé Hoře**

- Pokud pojedou výše uvedený důchodce na návštěvu do Černé Hory, bude se na něj nahlížet jako na českého pojištěnce, tzn., musí s sebou mít formulář CZ/YU 111

## Makedonie

### 1. Obecná pravidla

#### Osobní rozsah smlouvy










- Osoba, která podléhá nebo podléhala právním předpisům smluvního státu
- jiné osoby, které odvozují práva od takové osoby. V ČR se práva neodvozují.

#### Aplikovatelná legislativa:

- Zaměstnaná osoba nebo OSVČ vykonávající činnost na území jednoho státu, podléhá předpisům **pouze** tohoto státu. Osoba zaměstnaná v Makedonii s trvalým pobytem v ČR tedy nemůže být pojištěna z titulu TP i v ČR.
- Zvláštní skupiny osob – vyslaní zaměstnanci, zaměstnanci mezinárodní letecké, železniční, silniční, vodní dopravy, státní úředníci, posádka námořní lodi, diplomatický a konzulární personál, důchodci – příslušnost třeba ověřit ve smlouvě.
- Smlouva neupravuje příslušnost neaktivních osob ani rodinných příslušníků.
- Smlouva dále neupravuje souběh činností – v této situaci je tedy možné dvojí pojištění.

#### Rozsahy poskytované péče

- Neodkladná péče – přechodné pobyty
- Nad rozsah neodkladné péče – plánovaná péče, větší rozsah péče
- Plná péče – důchodci

Používané formuláře (CZ/RM vydává česká ZP x RM/CZ - vydává makedonská instituce)		
 czrm107.pdf  F-PD005, F-PD004	 czrm108.pdf  F-PD001	 czrm111.pdf  F-P005, F-N001, F-PD002-A
 czrm112.pdf  F-PD002-B, F-N001	 czrm113.pdf  F-PD001	 czrm114.pdf  F-PD001
 czrm121.pdf  F-PD004, F-PD002-A	 czrm125.pdf  F-S019	 czrm126.pdf  F-PD003

ZP vede evidenci vystavených a přijatých formulářů v AP CMU.

## 2. Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Makedonii

### 2.1. Čeští pojištěnci - přechodné pobyty

#### 2.1.1. Neodkladná péče (EHIC, CZ/RM 111)

- Neodkladná péče v Makedonii může být poskytována na základě buď Evropského průkazu zdravotního pojištění (díky dohodě styčných míst) nebo si před cestou do Makedonie může český pojištěnec u své pojišťovny vyzvednout formulář CZ/RM 111 potvrzující, že má v Makedonii nárok na věcné dávky.
- V tomto formuláři zdravotní pojišťovna identifikuje svého pojištěnce, vyznačí dobu, po níž mu mohou být věcné dávky poskytovány a tyto údaje stvrdí razítkem a podpisem. Obecně platí, že pojišťovna na formuláři potvrdí takovou dobu, jakou pojištěnec uvede jako předpokládanou dobu svého pobytu (může jít například o vyslaného pracovníka, který bude v Makedonii pobývat dlouhodobě, nebo o turistu, jehož předpokládaný pobyt lze počítat na dny). Maximální dobou, na niž je formulář vydáván, je však 12 měsíců. Osoby pobývající v Makedonii déle (např. diplomaté, vyslaní pracovníci) si mohou po uplynutí této lhůty požádat osobně, či korespondenčně o zaslání formuláře na další pololetí. Pojišťovna jim vyhoví, pokud jsou nadále jejími pojištěnci.
- Pokud si pojištěnec formulář zapomene vyzvednout, ztratí ho, nebo ho nemůže z nějakého jiného důvodu makedonské straně předložit, česká zdravotní pojišťovna ho na vyžádání makedonské kompetentní instituce (FZOM) zašle či jinak předá (v případě hospitalizace může o dodatečné vystavení formuláře žádat i přímo nemocnice, nebo rodinní příslušníci pacienta).

#### 2.1.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/RM112)

- Pokud český pojištěnec ví, že může během pobytu v Makedonii potřebovat zdravotní péči, kterou lze považovat za předvídatelnou, např. dialýzu, může se obrátit na svou zdravotní pojišťovnu se žádostí o autorizaci takového čerpání, ta mu však nemusí tuto autorizaci udělit. Pokud mu nebude udělena před vycestováním do Makedonie, bude zde po něm vyžadována platba v hotovosti.
- Pokud je českému pojištěnci již poskytována neodkladná zdravotní péče, může se makedonská kompetentní instituce obrátit na příslušnou českou pojišťovnu se žádostí o autorizaci čerpání další péče ve větším než nutném rozsahu.
- V obou případech je na uvážení české zdravotní pojišťovny, zda toto povolení vydá, či nikoliv. Povolení se vydává prostřednictvím formuláře CZ/RM 112.

#### 2.1.3. Hospitalizace (RM/CZ 113)

- Český pojištěnec může být v Makedonii v souvislosti s úrazem, či náhlým zhoršením zdravotního stavu hospitalizován. V takovém případě zašle makedonská kompetentní instituce neodkladně příslušné české zdravotní pojišťovně oznámení s pravděpodobnou dobou pobytu v nemocnici a přesnou diagnózou pacienta, a to prostřednictvím formuláře RM/CZ 113.
- V případě, že český pojištěnec nemá u sebe potvrzení o nároku na věcné dávky (CZ/RM 111) může makedonská kompetentní instituce požádat o jeho neodkladné dodatečné zaslání (žádat může přímo i nemocnice, nebo rodinný příslušník hospitalizovaného). Na základě tohoto oznámení může příslušná zdravotní pojišťovna

včas kontaktovat zdravotnické zařízení, či makedonskou kompetentní instituci a dohlédnout na co nejefektivnější využití svých prostředků, zejména s ohledem na dobu hospitalizace. Obecně platí, že rozsah neodkladné péče určuje ošetřující lékař.

#### **2.1.4. Protetické pomůcky a jiné věcné dávky větší hodnoty (RM/CZ 114)**

- Pokud byly v rámci neodkladné péče poskytnuty výše uvedené zdravotnické prostředky tak, aby nebyl ohrožen život nebo zdraví českého pojištěnce, zašle makedonská kompetentní instituce oznámení o jejich poskytnutí spolu se zjištěnými náklady na takové dávky. Toto oznámení je součástí formuláře RM/CZ 114.
- Pokud českému pojištěnci nebyly tyto dávky zatím poskytnuty, musí makedonská kompetentní instituce požádat o autorizaci jejich poskytnutí. V takovém případě zašle příslušné české zdravotní pojišťovně dvě vyhotovení části A výše uvedeného formuláře RM/CZ 114. Příslušná pojišťovna vyplní část B formuláře (odpověď) a zašle svůj souhlas či odmítnutí neprodleně makedonské kompetentní instituci. Vyslovením souhlasu se česká pojišťovna zavazuje k úhradě těchto dávek.
- Protetickými pomůckami a jinými věcnými dávkami větší hodnoty se rozumí dávky, jejichž hodnota přesahuje 150 EUR, vyjádřeno v národních měnách.

#### **2.1.5. Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/RM 126)**

- V případě, kdy byla neodkladná zdravotní péče uhrazena v Makedonii přímo českým pojištěncem, může se tento pojištěnec s příslušnými doklady o zaplacení obrátit na svou českou zdravotní pojišťovnu a požádat o úhradu nákladů.
- V tomto případě se pojišťovna prostřednictvím části A formuláře CZ/RM 126 ve dvou vyhotoveních obrátí na makedonskou kompetentní instituci. Pokud není známa konkrétní pobočka, lze formulář zaslat na makedonské styčné místo. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na danou péči podle makedonských právních předpisů v sazbách platných pro makedonského pojištěnce.
- Vyžádané údaje zašle makedonská kompetentní instituce v části B výše uvedeného formuláře neprodleně zpět české zdravotní pojišťovně. Ta poté refunduje svému pojištěnci jeho náklady do výše oznámené makedonskou stranou.

## **2.2. Český důchodce bydlící v Makedonii**

- Na základě Smlouvy jsou osoby pobírající důchod pouze z České republiky a bydlící v Makedonii českými pojištěnci a mají nárok na úhradu zdravotní péče v plném rozsahu podle makedonských předpisů ze strany svojí české zdravotní pojišťovny.
- Osoby, které pobírají důchody z obou smluvních států, jsou pojištěny výlučně ve státě bydliště.

### **2.2.1. Registrace (CZ/RM 121)**

#### *a) Osoby, které již v Makedonii bydlí a pobírají pouze důchod z České republiky*

- Výše uvedené osoby si nejdříve musí zvolit, u které z českých zdravotních pojišťoven chtějí být pojištěny. Zvolená pojišťovna ověří, zda osoba bydlí v Makedonii, že pobírá český důchod a že nepobírá zároveň i makedonský důchod. Poté vystaví a potvrdí formulář CZ/RM 121. Po obdržení oznámení makedonské strany, že byl důchodce v Makedonii zaregistrován (část B formuláře CZ/RM 121) tato pojišťovna poté vede



důchodce jako českého pojištěnce. Ministerstvo financí za něj bude platit pojistné stejně jako za důchodce bydlící v ČR.

*b) Osoby, které jsou českými pojištěnci a teprve se do Makedonie přestěhují*

- Tyto osoby se obrátí na svou zdravotní pojišťovnu se žádostí o vystavení formuláře CZ/RM 121 z důvodu přesunutí bydliště do Makedonie. Zdravotní pojišťovna v případě nutnosti vhodným způsobem ověří bydliště v Makedonii, zkontroluje, zda je osobě vyplácen český důchod a že jí není vyplácen i důchod makedonský. Následně zmíněný formulář vystaví a potvrdí. Po obdržení oznámení z makedonské strany, že byl důchodce zaregistrován (v části B formuláře CZ/RM 121) zruší kapitační platby jeho lékaři. Dále pak vede důchodce jako českého pojištěnce. Ministerstvo financí za něj bude dále hradit pojistné stejně jako za důchodce bydlící v ČR.

### **2.2.2. Zrušení registrace důchodce (CZ/RM 108)**

- V případě, že se česká zdravotní pojišťovna dozví, že důchodce nadále v Makedonii nebydlí, že zemřel, nebo ztratil nárok na český důchod, oznámí makedonské kompetentní instituci ukončení nároku prostřednictvím formuláře CZ/RM 108. Makedonská kompetentní instituce vyplní část B formuláře a zašle jej zpět české zdravotní pojišťovně. Zároveň mu ukončí registraci v Makedonii. Česká pojišťovna poté vyřadí důchodce z evidence pojištěnců. Další postup závisí na tom, z jakého důvodu zanikl důchodci nárok ze Smlouvy a zda se vrací na naše území. Nejčastější příčinou zániku nároku v praxi je úmrtí pojištěnce. Pokud by šlo o důchodce s trvalým pobytem v ČR, který by se vracel na naše území, byl by po návratu opět považován za běžného českého důchodce se vším, co k tomu patří.

### **2.2.3. Přechodný pobyt důchodce v ČR**

- Pokud přijede výše uvedený důchodce na návštěvu do ČR, bude se na něj nahlížet jako běžného českého pojištěnce se stejnými nároky (mj. má právo na vydání EHIC).

## **3. Zdravotní péče poskytovaná makedonskému pojištěnci v ČR**

### **3.1. Makedonští pojištěnci - přechodné pobyty**

#### **3.1.1. Neodkladná péče (RM/CZ 111)**

- Makedonský pojištěnec pobývajícím v ČR v případě potřeby prokáže nárok na věcné dávky vyplývající ze Smlouvy předložením potvrzeného formuláře RM/CZ 111 na pobočce kterékoliv z českých zdravotních pojišťoven.
- Pojišťovna zkontroluje jeho úplnost a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na neodkladnou zdravotní péči. V případě potřeby zdravotní péče se makedonský pojištěnec obrátí s tímto potvrzením na smluvní zdravotnické zařízení. Pojišťovna, na níž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje makedonskému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce.

- Může se stát, že se makedonský pojištěnec nezaregistruje a prokáže se předložením formuláře RM/CZ 111 až v případě nutnosti přímo v zdravotnickém zařízení. Tento způsob přichází v úvahu zejména v případě krátkodobého pobytu, úrazu a hospitalizace v důsledku prudkého zhoršení zdravotního stavu. V tomto případě je třeba rozlišovat, zda jde o ošetření ambulantní, či zda jde o ústavní léčbu.
  - o **V případě hospitalizace** si makedonský pojištěnec přímo ve zdravotnickém zařízení vybere jednu ze zdravotních pojišťoven, která pak bude jeho pojišťovnou v místě pobytu (výpomocná pojišťovna). Nemocnice této pojišťovně předá jeho formulář RM/CZ 111 a tato pojišťovna makedonského pojištěnce dodatečně zaregistruje. Touto registrací na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče poskytnuté makedonskému pojištěnci.
  - o **V případě ambulantního ošetření** po něm, nebude-li mít Potvrzení o registraci od české pojišťovny v místě pobytu, ale prokáže se formulářem RM/CZ 111, bude požadována úhrada v hotovosti. Takto uhrazenou péči mu potom refunduje příslušný makedonský fond zdravotního pojištění.
- Může se stát, že makedonský pojištěnec po ambulantním ošetření není schopen zaplatit. V tom případě se může lékař obrátit na českou pojišťovnu s výše uvedeným formulářem RM/CZ 111, který převezme přímo od pacienta a požádat ji o dodatečnou registraci makedonského pojištěnce. Smyslem dodatečné registrace je odvrácení stavu, kdy českým zdravotnickým zařízením zůstává nesplacená pohledávka za akutní péči poskytnutou smluvnímu pojištěnci.
- Může se dále stát, že se makedonský pojištěnec neprokáže při ambulantním ošetření ani výše uvedeným formulářem RM/CZ 111. V takovém případě po něm bude opět vyžadována hotovostní platba. Pokud pacient za péči nezaplatí a lékaři, či zdravotnickému zařízení se podaří dodatečně získat z Makedonie formulář RM/CZ 111, platí to, co bylo uvedeno v předchozím odstavci o dodatečné registraci.
- Dodatečné zajištění formuláře RM/CZ 111 může zprostředkovat KZP.

### **3.1.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (RM/CZ 112)**

- Makedonská kompetentní instituce může svému pojištěnci odsouhlasit i poskytování péče nad rozsah péče neodkladné – typicky péče plánovaná. V takovém případě mu vystaví formulář RM/CZ 112.
- S formulářem se musí pacient registrovat u české zdravotní pojišťovny dle svého výběru. Pojišťovna zkontroluje úplnost formuláře RM/CZ 112 a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na zdravotní péči v definovaném rozsahu dle souhlasu makedonské kompetentní instituce. K formuláři připojí případné přílohy. S tímto potvrzením se pak makedonský pojištěnec obrátí na smluvní zdravotnické zařízení se žádostí o poskytnutí specifikované dávky. Pojišťovna, na níž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje makedonskému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce.

### **3.1.3. Úhrada a revize**

- Česká pojišťovna hradí a reviduje péči poskytnutou registrovanému makedonskému pojištěnci ve stejných termínech a za stejných podmínek jako za svého pojištěnce. Vykazuje se výkonovým způsobem podle vyhlášky č.134/1998 Sb. v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Hradí se na

základě smlouvy s daným poskytovatelem zdravotních služeb, popřípadě na základě platné úhradové vyhlášky.

#### **3.1.4. Hospitalizace (CZ/RM 113)**

- Je-li makedonský pojištěnec hospitalizován a má u sebe Potvrzení o registraci vydané českou pojišťovnou v místě pobytu, oznámí jí zdravotnické zařízení neodkladně tuto hospitalizaci.
- Má-li u sebe pouze formulář RM/CZ 111, nechají ho v nemocnici vybrat jednu z českých zdravotních pojišťoven, s níž má nemocnice smlouvu. Této pojišťovně pak nemocnice RM/CZ 111 předá a pojišťovna na jeho základě makedonského pojištěnce dodatečně zaregistruje.
- I v tomto případě nemocnice pojišťovně hospitalizaci okamžitě oznámí a sdělí zejména diagnózu a předpokládanou dobu hospitalizace. Zvolená ZP vyplní formulář CZ/RM 113 na základě údajů poskytnutých nemocnicí, potvrdí ho a zašle jej kompetentní makedonské instituci.
- Pokud u sebe pacient nemá ani formulář RM/CZ 111, vybere si jednu z českých zdravotních pojišťoven. Na tuto pojišťovnu se nemocnice obrátí a požádá ji, aby si prostřednictvím formuláře CZ/RM 107 od makedonské kompetentní instituce vyžádala dodatečné vystavení RM/CZ 111. Po zaslání RM/CZ 111 zvolená zdravotní pojišťovna makedonského pojištěnce dodatečně zaregistruje.
- V každém případě česká zdravotní pojišťovna v místě pobytu může makedonského pojištěnce zaregistrovat až po obdržení RM/CZ 111, potvrzujícího nárok na dávky. Do této doby není povinna péči revidovat, ani uhradit.

#### **3.1.5. Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (CZ/RM 114)**

- Pokud byly v rámci neodkladné péče poskytnuty výše uvedené zdravotnické prostředky tak, aby nebyl ohrožen život nebo zdraví makedonského pojištěnce, zašle česká pojišťovna v místě pobytu oznámení o jejich poskytnutí spolu se zjištěnými náklady na takové dávky. Toto oznámení je součástí formuláře CZ/RM 114.
- Pokud makedonskému pojištěnci nebyly tyto dávky zatím poskytnuty, musí zdravotnické zařízení zažádat prostřednictvím české pojišťovny o autorizaci jejich poskytnutí. O autorizaci je třeba žádat v případě, že dávky přesáhnou hodnotu 150 EUR, vyjádřeno v národních měnách. V takovém případě zašle česká pojišťovna dvě vyhotovení části A výše uvedeného formuláře CZ/RM 114 makedonské kompetentní instituci.
- Ta vyplní část B formuláře (odpověď) a zašle svůj souhlas či odmítnutí neprodleně české pojišťovně. Vyslovením souhlasu se makedonská kompetentní instituce zavazuje k úhradě těchto dávek.

#### **3.1.6. Nedodržení předpokládaného postupu (RM/CZ 126)**

- V případě, kdy nemohl být dodržen předpokládaný postup a neodkladná zdravotní péče byla uhrazena v ČR přímo makedonským pojištěncem, může se tento pojištěnec obrátit na svou kompetentní instituci se žádostí o úhradu těchto nákladů.
- V takovém případě zašle makedonská kompetentní instituce KZP dvě vyhotovení formuláře RM/CZ 126. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na tuto péči podle českých právních předpisů v sazbách platných pro české pojištěnce.

- V části B výše uvedeného formuláře KZP uvede, kolik by za danou péči uhradila zdravotnickému zařízení česká ZP a zašle tento údaj stejným formulářem neprodleně zpět makedonské kompetentní instituci. Ta pak do této výše refunduje svému pojištěnci jeho náklady.

### 3.2. Makedonští důchodci bydlící v ČR

#### 3.2.1. Registrace (RM/CZ 121)

- Osoby, které pobírají pouze makedonský důchod a bydlí v České republice (ať už mají trvalý pobyt nebo ne), jsou dle smlouvy makedonskými pojištěnci. Předpokladem je, že jim makedonská strana vystaví formulář RM/CZ 121.
- Tento formulář donese důchodce sám, nebo ho makedonská kompetentní instituce pošle prostřednictvím KZP. S formulářem se důchodce obrátí na českou pojišťovnu, kterou si zvolí. Česká pojišťovna zkontroluje, zda je formulář řádně potvrzen. Poté ho vyzve k předložení dokladů o tom, že v ČR bydlí. Za základní doklad je považováno platné povolení k dlouhodobému pobytu. Jako podpůrné doklady mohou sloužit např. nájemní smlouva, doklad o tom, že je mu důchod vyplácen prostřednictvím české banky (pošty), či doklad o tom, že zde bydlí jeho rodinní příslušníci atd.
- Pokud je vše splněno, vydá mu česká zdravotní pojišťovna Potvrzení o registraci, kde bude uvedeno, že má nárok na plnou péči.
- Zdravotní pojišťovna osobu vyjme z evidence svých pojištěnců (pokud tak byla vedena) a pokud za něj platí pojistné stát, oznámí Ministerstvu financí, že tento důchodce přestal být českým zákonným pojištěncem a nemělo by za něj být u nás státem hrazeno pojistné.
- Vzhledem k tomu, že úhrada poskytnuté péče probíhá ve skutečných nákladech a ne prostřednictvím paušálů, není možné vystavit makedonskému důchodci český průkaz pojištěnce, ale pouze Potvrzení o registraci.

#### 3.2.2. Zrušení registrace důchodce (RM/CZ 108)

- V případě, že byl nárok vyplývající ze smlouvy pozastaven, nebo zanikl, oznámí to makedonská kompetentní instituce české pojišťovně prostřednictvím formuláře RM/CZ 108 (například, když se makedonská instituce dozví, že důchodce na našem území nebydlí, že mu zanikl nárok na důchod v Makedonii, nebo že zemřel).
- Česká pojišťovna vyplní část B formuláře a zašle jej zpět makedonské kompetentní instituci. Vyplní zde zejména, odkdy byl ukončen nárok na poskytování věcných dávek českou pojišťovnou. Tento údaj odpovídá údajům uvedenému v části 4.1. formuláře RM/CZ 108.
- Česká pojišťovna dále vyřadí důchodce ze své evidence, a pokud je to možné, vyzve jej k vrácení Potvrzení o registraci. V případě, že jde o důchodce s trvalým pobytem v ČR, stane se po ukončení nároku ze Smlouvy opět českým pojištěncem. Pokud byla důchodci poskytována péče v období od ukončení nároku do doručení oznámení na českou pojišťovnu, musí tuto péči zaplatit sám.
- Pokud česká pojišťovna zjistí, že zde důchodce pobývá pouze přechodně, nebo že zemřel, oznámí to makedonské kompetentní instituci formulářem CZ/RM 108.

## Srbsko

### 1. Obecná pravidla

#### Osobní rozsah smlouvy










- Osoba, která podléhá nebo podléhala právním předpisům smluvního státu
- jiné osoby, které odvozují práva od takové osoby. V ČR se práva neodvozují.

#### Aplikovatelná legislativa:

- Zaměstnaná osoba nebo OSVČ vykonávající činnost na území jednoho státu, podléhá předpisům **pouze** tohoto státu. Osoba zaměstnaná v Srbsku s trvalým pobytem v ČR tedy nemůže být pojištěna z titulu TP i v ČR.
- Zvláštní skupiny osob - zaměstnanci ve státních a veřejných službách, úřední zástupci, vyslaní pracovníci, zaměstnanci podniku vzdušné a pozemní dopravy, posádky lodí, diplomaté a konzulární úředníci, důchodci – příslušnost třeba ověřit ve smlouvě.
- Smlouva neupravuje příslušnost neaktivních osob ani rodinných příslušníků.
- Smlouva dále neupravuje souběh činností – v této situaci je tedy možné dvojí pojištění.

#### Rozsahy poskytované péče

- Neodkladná péče – přechodné pobyty
- Nad rozsah neodkladné péče – plánovaná péče, větší rozsah péče
- Plná péče – důchodci

Používané formuláře (CZ/SRB vydává česká ZP x SRB/CZ - vydává srbská instituce)		
 czsrb104.pdf	 czsrb107.pdf  F-PD005, F-PD004	 czsrb108.pdf  F-PD001
 czsrb111.pdf  F-P005, F-N001, F-PD002-A	 czsrb112.pdf  F-N001, F-PD002-B	 czsrb113.pdf  F-PD004, F-PD005
 czsrb114.pdf  F-PD001	 czsrb121.pdf  F-PD004, F-PD002-A	 czsrb123.pdf

 czsr125.pdf  F-S019	 czsr126.pdf  F-PD003	
--	---	--

ZP vede evidenci vystavených a přijatých formulářů v AP CMU.

Smlouva byla uzavřena s Jugoslávií, je aplikována Srbskem a Černou Horou, není aplikována Kosovem. Pro Srbsko platí jiné formuláře než pro Černou Horu.

Oproti jiným smlouvám umožňuje smlouva s Jugoslávií českým zdravotním pojišťovnám provést převoz pacienta ve stabilizovaném stavu zpět do ČR. Předpokladem je, že to pro ně bude výhodnější, než nechat pacienta dál léčit v srbské nemocnici. Je na zvážení pojišťovny, zda bude s převozem souhlasit.

Při komunikaci se srbskou kompetentní institucí je vždy třeba volit její místně příslušnou pobočku. Seznam poboček („Filijale“) je k dispozici zde: <https://www.rfzo.rs/index.php/kontakt-top-menu>. S identifikací příslušné pobočky napomáhá KZP.

## 2. Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Srbsku

### 2.1. Čeští pojištěnci – přechodné pobyty

#### 2.1.1. Neodkladná péče (EHIC, CZ/SRB 111)

- Neodkladná péče v Srbsku může být poskytována na základě buď Evropského průkazu zdravotního pojištění (díky dohodě styčných míst) nebo si před cestou do Srbska může český pojištěnec u své pojišťovny vyzvednout formulář CZ/SRB 111 potvrzující, že má v Srbsku nárok na věcné dávky.
- V tomto formuláři zdravotní pojišťovna identifikuje svého pojištěnce, vyznačí dobu, po níž mu mohou být věcné dávky poskytovány a tyto údaje stvrdí razítkem a podpisem. Obecně platí, že pojišťovna na formuláři potvrdí takovou dobu, jakou pojištěnec uvede jako předpokládanou dobu svého pobytu (může jít například o vyslaného pracovníka, který bude v Srbsku pobývat dlouhodobě, nebo o turistu, jehož předpokládaný pobyt lze počítat na dny). Maximální dobou, na niž je formulář vydáván, je však 12 měsíců. Osoby pobývající v Srbsku déle (např. diplomaté, vyslaní pracovníci) si mohou po uplynutí této lhůty požádat osobně, či korespondenčně o zaslání formuláře na další pololetí. Pojišťovna jim vyhoví, pokud jsou nadále jejími pojištěnci.
- Pokud si pojištěnec formulář zapomene vyzvednout, ztratí ho, nebo ho nemůže z nějakého jiného důvodu srbské straně předložit, česká zdravotní pojišťovna ho na vyžádání srbské kompetentní instituce zašle či jinak předá (o dodatečné vystavení formuláře žádá někdy přímo nemocnice, nebo rodinní příslušníci pacienta).

### **2.1.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/SRB 112)**

- Pokud český pojištěnec ví, že může během pobytu v Srbsku potřebovat zdravotní péči, kterou lze považovat za předvídatelnou, např. dialýzu, může se obrátit na svou zdravotní pojišťovnu se žádostí o autorizaci takového čerpání, ta mu však nemusí tuto autorizaci udělit. Pokud mu nebude udělena před vycestováním do Srbska, bude zde po něm vyžadována platba v hotovosti.
- Pokud je českému pojištěnci již poskytována neodkladná zdravotní péče, může se srbská kompetentní instituce obrátit na příslušnou českou pojišťovnu se žádostí o autorizaci čerpání další péče ve větším než nutném rozsahu.
- V obou případech je na uvážení české zdravotní pojišťovny, zda toto povolení vydá, či nikoliv. Povolení se vydává prostřednictvím formuláře CZ/SRB 112.

### **2.1.3. Hospitalizace (SRB/CZ 113)**

- Český pojištěnec může být v Srbsku v souvislosti s úrazem, či náhlým zhoršením zdravotního stavu hospitalizován. V takovém případě zašle srbská kompetentní instituce neodkladně příslušné české zdravotní pojišťovně oznámení s pravděpodobnou dobou pobytu v nemocnici a přesnou diagnózou pacienta, a to prostřednictvím formuláře SRB/CZ 113, část 4.3.
- V případě, že český pojištěnec nemá u sebe potvrzení o nároku na věcné dávky (CZ/SRB 111), nebo EHIC může srbská kompetentní instituce požádat o dodatečné zaslání formuláře CZ/SRB 111 (žádat může i přímo nemocnice, nebo rodinný příslušník hospitalizovaného). Na základě tohoto oznámení může příslušná zdravotní pojišťovna včas kontaktovat zdravotnické zařízení, či srbskou kompetentní instituci a dohlédnout na co nejefektivnější využití svých prostředků, zejména s ohledem na dobu hospitalizace. Obecně platí, že rozsah neodkladné péče určuje ošetřující lékař.

### **2.1.4. Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (SRB/CZ 114)**

- Pokud byly v rámci neodkladné péče poskytnuty výše uvedené zdravotnické prostředky tak, aby nebyl ohrožen život nebo zdraví českého pojištěnce, zašle srbská kompetentní instituce oznámení o jejich poskytnutí spolu se zjištěnými náklady na takové dávky. Toto oznámení je součástí formuláře SRB/CZ 114.
- Pokud českému pojištěnci nebyly tyto dávky zatím poskytnuty, musí srbská kompetentní instituce požádat o autorizaci jejich poskytnutí. V takovém případě zašle příslušné české zdravotní pojišťovně dvě vyhotovení části A výše uvedeného formuláře SRB/CZ 114. Příslušná pojišťovna vyplní část B formuláře (rozhodnutí) a zašle svůj souhlas či odmítnutí neprodleně srbské kompetentní instituci. Vyslovením souhlasu se česká pojišťovna zavazuje k úhradě těchto dávek.
- Protetickými pomůckami a dalšími věcnými dávkami větší hodnoty se rozumí dávky vyjmenované v článku 9, odst. 7 Správního ujednání ke Smlouvě, pokud jejich hodnota přesahuje 450 EUR, vyjádřeno v národních měnách, nebo jiné dávky, pokud jejich hodnota přesahuje 250 EUR, vyjádřeno v národních měnách

### 2.1.5. *Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/SRB 126)*

- V případě, kdy neodkladná zdravotní péče byla uhrazena v Srbsku přímo českým pojištěncem, může se tento pojištěnec s příslušnými doklady o zaplacení obrátit na svou českou zdravotní pojišťovnu a požádat o úhradu nákladů.
- V tomto případě se pojišťovna prostřednictvím části A formuláře CZ/SRB 126 ve dvou vyhotoveních obrátí na srbskou kompetentní instituci. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na danou péči podle srbských právních předpisů v sazbách platných pro srbské pojištěnce.
- Která z poboček srbské kompetentní instituce je příslušná, se zjistí porovnáním místa čerpání péče (podle účtů) se seznamem poboček („Filijale“) na www stránkách srbské kompetentní instituce: <https://www.rfzo.rs/index.php/kontakt-top-menu>. Pokud ZP příslušnost sama nezjistí, obrátí se se žádostí o určení příslušné pobočky na KZP.
- Vyžádané údaje zašle srbská kompetentní instituce v části B výše uvedeného formuláře neprodleně zpět české zdravotní pojišťovně. Česká příslušná zdravotní pojišťovna poté refunduje svému pojištěnci jeho náklady do výše oznámené srbskou stranou.

## 2.2. **Český důchodce bydlící v Srbsku**

- Na základě Smlouvy jsou osoby pobírající důchod pouze z České republiky a bydlící v Srbsku českými pojištěnci a mají nárok na úhradu zdravotní péče v plném rozsahu podle srbských předpisů ze strany svojí české zdravotní pojišťovny. V případě potřeby čerpání péče v České republice mají ze smlouvy nárok pouze na neodkladnou péči.
- Osoby, které pobírají důchody z obou smluvních států, jsou pojištěny výlučně ve státě bydliště.

### 2.2.1. *Registrace (CZ/SRB 121)*

#### *a) Osoby, které již v Srbsku bydlí a pobírají pouze důchod z České republiky*

- Jednotlivé výše uvedené osoby si nejdříve musí zvolit, u které z českých zdravotních pojišťoven chtějí být pojištěny. Zvolená pojišťovna ověří, zda osoba bydlí v Srbsku, že pobírá český důchod a že nepobírá zároveň i srbský důchod. Poté vystaví a potvrdí formulář CZ/SRB 121. Po obdržení oznámení srbské strany, že byl důchodce v Srbsku zaregistrován (část B formuláře CZ/SRB 121) tato pojišťovna poté vede důchodce jako českého pojištěnce. Ministerstvo financí za něj bude platit pojistné stejně jako za důchodce bydlící v ČR.
- S ověřením skutečností napomáhá KZP.

#### *b) Osoby, které jsou českými pojištěnci a teprve se do Srbska přestěhují*

- Tyto osoby se obrátí na svou zdravotní pojišťovnu se žádostí o vystavení formuláře CZ/SRB 121 z důvodu přesunutí bydliště do Srbska. Zdravotní pojišťovna v případě nutnosti vhodným způsobem ověří bydliště v Srbsku, zkontroluje, zda je osobě vyplácen český důchod a že jí není vyplácen i srbský důchod. Následně zmíněný formulář vystaví a potvrdí. Po obdržení oznámení od srbské strany, že byl důchodce v Srbsku zaregistrován (v části B tiskopisu CZ/SRB 121) zruší kapitační platby jeho lékaři. Dále pak vede důchodce jako českého pojištěnce. Ministerstvo financí za něj bude dále hradit pojistné stejně jako za důchodce bydlící v ČR.



### 2.2.2. Zrušení registrace důchodce (CZ/SRB 108)

- V případě, že se česká zdravotní pojišťovna (zpravidla prostřednictvím KZP) dozví, že důchodce v Srbsku nadále nebydlí, že zemřel, nebo ztratil nárok na český důchod, oznámí srbské kompetentní instituci ukončení nároku prostřednictvím formuláře CZ/SRB 108. Srbská instituce vyplní část B formuláře a zašle jej zpět české zdravotní pojišťovně. Zároveň mu ukončí registraci v Srbsku. Česká pojišťovna poté vyřadí důchodce z evidence pojištěnců. Další postup závisí na tom, z jakého důvodu zanikl důchodci nárok ze Smlouvy a zda se vrací na naše území. Nejčastější příčinou zániku nároku v praxi je úmrtí pojištěnce. Pokud by šlo o důchodce s trvalým pobytem v ČR, který by se vracel na naše území, byl by po návratu opět považován za běžného českého důchodce se vším, co k tomu patří.

### 2.2.3. Přechodný pobyt důchodce v ČR

- Pokud přijede výše uvedený důchodce na návštěvu do ČR, bude se na něj nahlížet jako na srbského pojištěnce, tzn., musí s sebou mít formulář SRB/CZ 111.

## 3. Zdravotní péče poskytovaná srbskému pojištěnci v ČR

### 3.1. Srbští pojištěnci – přechodné pobyty v ČR

#### 3.1.1. Neodkladná péče (SRB/CZ 111)

- Srbský pojištěnec pobývající v České republice v případě potřeby prokáže nárok na věcné dávky vyplývající ze Smlouvy předložením potvrzeného formuláře SRB/CZ 111 na pobočce kterékoliv z českých zdravotních pojišťoven.
- Pojišťovna zkontroluje jeho úplnost a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na neodkladnou zdravotní péči. V případě potřeby zdravotní péče se srbský pojištěnec obrátí s tímto potvrzením na smluvní zdravotnické zařízení. Pojišťovna, na níž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje srbskému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce.
- Může se stát, že se srbský pojištěnec nezaregistruje a prokáže se předložením formuláře SRB/CZ 111 až v případě nutnosti přímo v zdravotnickém zařízení. Tento způsob přichází v úvahu zejména v případě krátkodobého pobytu, úrazu a hospitalizace v důsledku prudkého zhoršení zdravotního stavu. V tomto případě je třeba rozlišovat, zda jde o ošetření ambulantní, či zda jde o ústavní léčbu.
  - o **V případě hospitalizace** si srbský pojištěnec přímo ve zdravotnickém zařízení vybere jednu ze zdravotních pojišťoven, která pak bude jeho pojišťovnou v místě pobytu (výpomocná pojišťovna). Nemocnice této pojišťovně předá jeho formulář SRB/CZ 111 a tato pojišťovna srbského pojištěnce dodatečně zaregistruje. Touto registrací na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče poskytnuté srbskému pojištěnci.

- **V případě ambulantního ošetření** po něm, nebude-li mít Potvrzení o registraci od české pojišťovny, ale prokáže se formulářem SRB/CZ 111, bude požadována úhrada v hotovosti. Takto uhrazenou péči mu potom refunduje kompetentní srbská instituce.
- Může se stát, že srbský pojištěnec po ambulantním ošetření není schopen zaplatit. V tom případě se může lékař obrátit na českou pojišťovnu s výše uvedeným formulářem SRB/CZ 111, který převezme přímo od pacienta a požádat ji o dodatečnou registraci srbského pojištěnce. Smyslem dodatečné registrace je odvrácení stavu, kdy českým zdravotnickým zařízením zůstává nesplacená pohledávka za akutní péči poskytnutou smluvnímu pojištěnci.
- Pokud se srbský pojištěnec neprokáže při ambulantním ošetření ani výše uvedeným formulářem SRB/CZ 111, bude po něm opět vyžadována hotovostní platba. Pokud pacient za péči nezaplatí a lékaři, či zdravotnickému zařízení se podaří dodatečně získat ze Srbska formulář SRB/CZ 111, platí to, co bylo uvedeno v předchozím odstavci o dodatečné registraci.

### **3.1.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (SRB/CZ 112)**

- Srbská kompetentní instituce může svému pojištěnci odsouhlasit i poskytování péče nad rozsah péče neodkladné – typicky péče plánovaná. V takovém případě mu vystaví formulář SRB/CZ 112.
- S formulářem se musí pacient registrovat u české zdravotní pojišťovny dle svého výběru. Pojišťovna zkontroluje úplnost formuláře SRB/CZ 112 a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na zdravotní péči v definovaném rozsahu dle souhlasu srbské kompetentní instituce. K formuláři připojí případné přílohy. S tímto potvrzením se pak srbský pojištěnec obrátí na smluvní zdravotnické zařízení se žádostí o poskytnutí specifikované dávky. Pojišťovna, na níž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje srbskému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce.

### **3.1.3. Úhrada a revize**

- Česká pojišťovna hradí a reviduje péči poskytnutou registrovanému srbskému pojištěnci ve stejných termínech a za stejných podmínek jako za svého pojištěnce. Vykazuje se výkonovým způsobem podle vyhlášky č.134/1998 Sb. v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Hradí se na základě smlouvy s daným poskytovatelem zdravotních služeb, popřípadě na základě platné úhradové vyhlášky.

### **3.1.4. Hospitalizace (CZ/SRB 113)**

- Je-li srbský pojištěnec hospitalizován a má u sebe Potvrzení o registraci vydané českou pojišťovnou, oznámí jí zdravotnické zařízení neodkladně tuto hospitalizaci.
- Má-li u sebe pouze formulář SRB/CZ 111, nechají ho v nemocnici vybrat jednu z českých zdravotních pojišťoven, s níž má nemocnice smlouvu. Této pojišťovně pak nemocnice SRB/CZ 111 předá a pojišťovna na jeho základě srbského pojištěnce dodatečně zaregistruje.
- I v tomto případě nemocnice pojišťovně hospitalizaci okamžitě oznámí, sdělí zejména diagnózu a předpokládanou dobu hospitalizace. Zvolená ZP vyplní formulář CZ/SRB

113 na základě údajů poskytnutých nemocnicí zvolená pojišťovna. Pojišťovna tento formulář potvrdí a zašle jej srbské kompetentní instituci.

- Pokud u sebe pacient nemá ani formulář SRB/CZ 111, vybere si jednu z českých zdravotních pojišťoven. Na tuto pojišťovnu se nemocnice obrátí a požádá ji, aby si prostřednictvím formuláře CZ/SRB 113 od srbské kompetentní instituce vyžádala dodatečné vystavení SRB/CZ 111. Po zaslání SRB/CZ 111 zvolená zdravotní pojišťovna srbského pojištěnce dodatečně zaregistruje.
- V každém případě česká zdravotní pojišťovna v místě pobytu může srbského pojištěnce zaregistrovat až po obdržení SRB/CZ 111, potvrzujícího nárok na dávky. Do této doby není povinna péči revidovat, ani uhradit.

### **3.1.5. Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (CZ/SRB 114)**

- Pokud byly v rámci neodkladné péče poskytnuty výše uvedené zdravotnické prostředky tak, aby nebyl ohrožen život nebo zdraví srbského pojištěnce, zašle česká pojišťovna oznámení o jejich poskytnutí spolu se zjištěnými náklady na takové dávky. Toto oznámení je součástí formuláře CZ/SRB 114.
- Pokud srbskému pojištěnci nebyly tyto dávky zatím poskytnuty, musí zdravotnické zařízení zažádat prostřednictvím české pojišťovny o autorizaci jejich poskytnutí. O autorizaci je třeba žádat v případě, že dávky přesáhnou hodnotu 450 EUR, vyjádřeno v národních měnách. V takovém případě zašle česká pojišťovna dvě vyhotovení části A výše uvedeného formuláře CZ/SRB 114 srbské kompetentní instituci.
- Ta vyplní část B formuláře (rozhodnutí) a zašle svůj souhlas či odmítnutí neprodleně české pojišťovně v místě pobytu. Vyslovením souhlasu se srbská kompetentní instituce zavazuje k úhradě těchto dávek.

### **3.1.6. Nedodržení předpokládaného postupu (SRB/CZ 126)**

- V případě, kdy nemohl být dodržen předpokládaný postup a neodkladná zdravotní péče byla uhrazena v ČR přímo srbským pojištěncem, může se tento pojištěnec obrátit na srbskou kompetentní instituci se žádostí o úhradu těchto nákladů.
- Ta zašle KZP dvě vyhotovení formuláře SRB/CZ 126. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na tuto péči podle českých právních předpisů v sazbách platných pro české pojištěnce.
- V části B formuláře KZP uvede, kolik by za danou péči uhradila zdravotnickému zařízení česká ZP a zašle tento údaj stejným formulářem neprodleně zpět srbské kompetentní instituci. Ta pak do této výše refunduje svému pojištěnci jeho náklady.

## **3.2. Srbští důchodci bydlící v ČR**

### **3.2.1. Registrace (SRB/CZ 121)**

- Osoby, které pobírají pouze srbský důchod a bydlí v České republice (ať už mají trvalý pobyt nebo ne), jsou dle smlouvy srbskými pojištěnci. Předpokladem je, že jim srbská strana vystaví formulář SRB/CZ 121.
- Tento formulář donese důchodce sám, nebo ho srbská kompetentní instituce pošle prostřednictvím KZP. S formulářem se důchodce obrátí na českou pojišťovnu, kterou si zvolí. Česká pojišťovna zkontroluje, zda je formulář řádně potvrzen. Poté ho vyzve

k předložení dokladů o tom, že v ČR bydlí. Za základní doklad je považováno platné povolení k dlouhodobému pobytu/trvalý pobyt. Jako podpůrné doklady mohou sloužit např. nájemní smlouva, doklad o tom, že je mu důchod vyplácen prostřednictvím české banky (pošty), či doklad o tom, že zde bydlí jeho rodinní příslušníci atd.

- Pokud je vše splněno, vydá mu česká zdravotní pojišťovna Potvrzení o registraci, kde bude uvedeno, že má nárok na plnou péči.
- Zdravotní pojišťovna osobu vyjme z evidence svých pojištěnců (pokud tak byla vedena) a pokud za něj platí pojistné stát, oznámí Ministerstvu financí, že tento důchodce přestal být českým zákonným pojištěncem a nemělo by za něj být u nás státem hrazeno pojistné.

### **3.2.2. Zrušení registrace důchodce (SRB/CZ 108)**

- V případě, že byl nárok vyplývající ze smlouvy pozastaven, nebo zanikl, oznámí to srbská kompetentní instituce české pojišťovně prostřednictvím formuláře SRB/CZ 108 (například, když se srbská instituce dozví, že důchodce na našem území nebydlí, že mu zanikl nárok na důchod v Srbsku, nebo že zemřel).
- Česká pojišťovna vyplní část B formuláře a zašle jej srbské kompetentní instituci. Vyplní zde zejména, odkdy byl ukončen nárok na poskytování věcných dávek českou pojišťovnou. Tento údaj odpovídá údaji uvedenému v části 4.1. formuláře SRB/CZ 108.
- Česká pojišťovna dále vyřadí důchodce ze své evidence, a pokud je to možné, vyzve jej k vrácení Potvrzení o registraci. V případě, že jde o důchodce s trvalým pobytem v ČR, stane se po ukončení nároku ze Smlouvy opět českým pojištěncem. Pokud byla důchodci poskytována péče v období od ukončení nároku do doručení oznámení na českou pojišťovnu, musí tuto péči zaplatit sám.
- Pokud česká pojišťovna zjistí, že zde důchodce pobývá pouze přechodně, nebo že zemřel, oznámí to dopisem nebo formulářem CZ/SRB 107 srbské kompetentní instituci.

### **3.2.3. Přechodný pobyt v Srbsku**

- Pokud pojede výše uvedený důchodce na návštěvu do Srbska, bude se na něj nahlížet jako na českého pojištěnce, tzn., musí s sebou mít formulář CZ/SRB 111

## Tunisko

### 1. Obecná pravidla:

#### Osobní rozsah







- osoby, které podléhají nebo podléhaly právním předpisům smluvního státu, které jsou občany smluvního státu, uprchlíci nebo osoby bez státní příslušnosti bydlící na území smluvního státu a na jejich rodinné příslušníky




#### Aplikovatelná legislativa:

- Zaměstnaná osoba nebo OSVČ vykonávající činnost na území jednoho státu, podléhá předpisům **pouze** tohoto státu. Osoba zaměstnaná v Tunisku s trvalým pobytem v ČR tedy nemůže být pojištěna z titulu TP i v ČR.
- Zvláštní skupiny osob – vyslaní pracovníci, mezinárodní přeprava, státní úředníci, posádka námořní lodi, personál diplomatických misí a konzulárních úřadů a služební personál, důchodci – příslušnost třeba ověřit ve smlouvě.
- Smlouva neupravuje příslušnost neaktivních osob ani rodinných příslušníků.
- Smlouva dále neupravuje souběh činností – v této situaci je tedy možné dvojí pojištění.
- Kromě Česko-tuniské smlouvy je třeba aplikovat i asociační dohodu s EU. Na jejím základě vzniká odvozený nárok na pojištění rodinných příslušníků zaměstnaných osob (nikoliv OSVČ).

#### Rozsahy poskytované péče

- Neodkladná péče – přechodné pobyty
- Nad rozsah neodkladné péče – plánovaná péče, větší rozsah péče
- Plná péče – důchodci, vyslaní pracovníci

Používané formuláře (CZ/TN vydává česká ZP x TN/CZ - vydává tuniská instituce)		
 cztn106.pdf  F-PD004, F-PD002-A	 cztn107.pdf  F-PD004	 cztn108.pdf  F-PD001
 cztn111.pdf  F-N001, F-PD002-A	 cztn112.pdf  F-PD002-B, F-N001	 cztn114.pdf  F-PD001

 cztn121.pdf  F-PD004, F-PD002-A	 cztn125.pdf  F-S019	 cztn126.pdf  F-PD003
--	--	---

## 2. Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Tunisku

### 2.1. Čeští pojištěnci - přechodné pobyty

#### 2.1.1. Neodkladná péče (CZ/TN 111)

- Před cestou do Tuniska si český pojištěnec u své pojišťovny vyzvedne formulář CZ/TN 111 potvrzující, že má v Tunisku nárok na věcné dávky.
- V tomto formuláři zdravotní pojišťovna identifikuje svého pojištěnce, vyznačí dobu, po níž mu mohou být věcné dávky poskytovány a tyto údaje stvrdí razítkem a podpisem. Obecně platí, že pojišťovna na formuláři potvrdí takovou dobu, jakou pojištěnec uvede jako předpokládanou dobu svého pobytu. Maximální dobou, na niž je formulář vydáván, je však 12 měsíců. Osoby pobývající v Tunisku déle (např. diplomaté) si mohou po uplynutí této lhůty požádat osobně, či korespondenčně o zaslání formuláře na další pololetí. Pojišťovna jim vyhoví, pokud jsou nadále jejími pojištěnci.
- Pokud si pojištěnec formulář zapomene vyzvednout, ztratí ho, nebo ho nemůže z nějakého jiného důvodu tuniské straně předložit, česká zdravotní pojišťovna ho na vyžádání tuniské kompetentní instituce zašle či jinak předá (v případě hospitalizace může o dodatečné vystavení formuláře žádat i přímo nemocnice, nebo rodinní příslušníci pacienta).

#### 2.1.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/TN 112)

- Pokud český pojištěnec cestuje do Tuniska plánovaně kvůli poskytnutí zdravotní péče, nebo ví, že může během pobytu v Tunisku potřebovat zdravotní péči, kterou lze považovat za předvídatelnou, např. dialýzu, může se obrátit na svou zdravotní pojišťovnu se žádostí o odsouhlasení takové péče. Udělení souhlasu je na zvážení ZP. Pokud nebude souhlas udělen, ponese náklady na péči pojištěnec.
- Pokud je českému pojištěnci již poskytována neodkladná zdravotní péče, může se tuniská kompetentní instituce obrátit na příslušnou českou pojišťovnu se žádostí o autorizaci čerpání další péče ve větším než nutném rozsahu.
- V obou případech je na uvážení české zdravotní pojišťovny, zda toto povolení vydá, či nikoliv. Povolení se vydává na formuláři CZ/TN 112.

#### 2.1.3. Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (TN/CZ 114)

- Pokud byly v rámci neodkladné péče poskytnuty výše uvedené zdravotnické prostředky tak, aby nebyl ohrožen život nebo zdraví českého pojištěnce, zašle tuniská kompetentní instituce oznámení o jejich poskytnutí spolu se zjištěnými náklady na takové dávky na formuláři TN/CZ 114.
- Pokud českému pojištěnci nebyly tyto dávky zatím poskytnuty, musí tuniská kompetentní instituce požádat o autorizaci jejich poskytnutí. V takovém případě zašle

příslušné české zdravotní pojišťovně dvě vyhotovení části A výše uvedeného formuláře TN/CZ 114. Příslušná pojišťovna vyplní část B formuláře (rozhodnutí) a zašle svůj souhlas či odmítnutí neprodleně tuniské kompetentní instituci. Vyslovením souhlasu se česká pojišťovna zavazuje k úhradě těchto dávek.

- Protetickými pomůckami a dalšími věcnými dávkami větší hodnoty se rozumí dávky uvedené v příloze Správního ujednání ke Smlouvě (Seznam nebyl odsouhlasen).

#### **2.1.4. Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/TN 126)**

- V případě, kdy neodkladná zdravotní péče byla v Tunisku uhrazena přímo českým pojištěncem, může se tento pojištěnec s příslušnými doklady o zaplacení obrátit na svou českou zdravotní pojišťovnu a požádat o úhradu nákladů.
- V tomto případě se pojišťovna prostřednictvím části A formuláře CZ/TN 126 ve dvou vyhotoveních obrátí na tuniskou kompetentní instituci. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na danou péči podle tuniských právních předpisů v sazbách platných pro tuniské pojištěnce.
- Vyžádané údaje zašle tuniská kompetentní instituce v části B výše uvedeného formuláře neprodleně zpět české zdravotní pojišťovně. Česká zdravotní pojišťovna poté refunduje svému pojištěnci jeho náklady do výše oznámené tuniskou stranou.

## **2.2. Český důchodce bydlící v Tunisku**

- Na základě Smlouvy jsou osoby pobírající důchod pouze z České republiky a bydlící v Tunisku českými pojištěnci a mají nárok na úhradu zdravotní péče v plném rozsahu podle tuniských předpisů ze strany svojí české zdravotní pojišťovny.
- Osoby, které pobírají důchody z obou smluvních států, jsou pojištěny výlučně ve státě bydliště.

### **2.2.1. Registrace (CZ/TN 121)**

#### *a) Osoby, které již v Tunisku bydlí a pobírají pouze důchod z České republiky*

- Výše uvedené osoby si nejdříve musí zvolit, u které z českých zdravotních pojišťoven chtějí být pojištěny. Zvolená pojišťovna ověří, zda osoba bydlí v Tunisku, že pobírá český důchod a že nepobírá zároveň i tuniský důchod. Poté vystaví a potvrdí formulář CZ/TN 121. Po obdržení oznámení tuniské strany, že byl důchodce v Tunisku zaregistrován (část B formuláře CZ/TN 121) tato pojišťovna poté vede důchodce jako českého pojištěnce. Ministerstvo financí za ně bude platit pojistné stejně jako za důchodce bydlící v ČR.
- S ověřením skutečností napomáhá KZP.

#### *b) Osoby, které jsou českými pojištěnci a teprve se do Tuniska přestěhují*

- Tyto osoby se obrátí na svou zdravotní pojišťovnu se žádostí o vystavení formuláře CZ/TN 121 z důvodu přesunutí bydliště do Tuniska. Zdravotní pojišťovna v případě nutnosti vhodným způsobem ověří bydliště v Tunisku, zkontroluje, zda je osobě vyplácen český důchod a že jí není vyplácen i tuniský důchod. Následně zmíněný formulář vystaví a potvrdí. Po obdržení oznámení z tuniské strany, že byl důchodce v Tunisku zaregistrován (na druhé části tiskopisu CZ/TN 121) zruší kapitační platby

jeho lékaři. Dále pak vede důchodce jako českého pojištěnce. Ministerstvo financí za něj bude dále hradit pojistné stejně jako za důchodce bydlící v ČR.

### 2.2.2. Zrušení registrace důchodce (CZ/TN 108)

- V případě, že se česká zdravotní pojišťovna dozví, že důchodce nadále v Tunisku nebydlí, že zemřel, nebo ztratil nárok na český důchod, oznámí tuniské kompetentní instituci ukončení nároku prostřednictvím formuláře CZ/TN 108. Tuniská kompetentní instituce vyplní část B formuláře a zašle jej zpět české zdravotní pojišťovně. Zároveň mu ukončí registraci v Tunisku. Česká pojišťovna poté vyřadí důchodce z evidence pojištěnců. Další postup závisí na tom, z jakého důvodu zanikl důchodci nárok ze Smlouvy a zda se vrací na naše území. Nejčastější příčinou zániku nároku v praxi je úmrtí pojištěnce. Pokud by šlo o důchodce s trvalým pobytem v ČR, který by se vracel na naše území, byl by po návratu opět považován za běžného českého důchodce se vším, co k tomu patří.

### 2.2.3. Přechodný pobyt důchodce v ČR

- Pokud přijede výše uvedený důchodce na návštěvu do ČR, bude se na něj nahlížet jako na běžného českého pojištěnce se stejnými nároky (mj. má právo na vydání EHIC).

## 2.3. Český pracovník vyslaný do Tuniska (CZ/TN 106)

- Česko – tuniská smlouva jako jediná upravuje nárok na plnou zdravotní péči i pro jinou skupinu osob, a to vyslané pracovníky (zaměstnance i osoby samostatně výdělečně činné).
- Pokud je český pracovník vyslán do Tuniska a ČSSZ mu vystavila patřičný formulář CZ/TN 1, který tuto skutečnost osvědčuje, má takový pojištěnec nárok na vystavení formuláře CZ/TN 106, na jehož základě bude mít v Tunisku nárok na plnou zdravotní péči.
- Situace je dále specifická v tom, že formulář bude za splnění výše uvedených podmínek vystaven vždy, aniž by musel pracovník přenést své bydliště do Tuniska, bez ohledu na délku vyslání.
- Česká zdravotní pojišťovna vystaví formulář na dobu, po kterou je pracovník do Tuniska vyslán. Vyplní část A formuláře, odešle jej tuniské kompetentní instituci, která potvrdí jeho registraci v části B.
- Pokud dojde ke změně okolností (dřívější ukončení vyslání atp.), oznámí jedna ze smluvních stran protistraně na formuláři CZ/TN 108 (resp. TN/CZ 108) zrušení registrace.



### 3. Zdravotní péče poskytovaná tuniskému pojištěnci v ČR

#### 3.1. Tuniští pojištěnci – přechodné pobyty v ČR

##### 3.1.1. Neodkladná péče (TN/CZ 111)

- Tuniský pojištěnec pobývajícím v ČR v případě potřeby prokáže nárok na věcné dávky vyplývající ze Smlouvy předložením potvrzeného formuláře TN/CZ 111 na pobočce kterékoliv z české zdravotní pojišťovny.
- Pojišťovna zkontroluje jeho úplnost a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na neodkladnou zdravotní péči. V případě potřeby zdravotní péče se tuniský pojištěnec obrátí s tímto potvrzením na smluvní zdravotnické zařízení. Pojišťovna, na níž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje tuniskému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce.
- Pokud se tuniský pojištěnec nezaregistruje a předložení formulář TN/CZ 111 až v případě nutnosti přímo ve zdravotnickém zařízení, je třeba rozlišovat, zda jde o ošetření ambulantní, či zda jde o hospitalizaci. Tento způsob přichází v úvahu zejména v případě krátkodobého pobytu, úrazu a hospitalizace v důsledku prudkého zhoršení zdravotního stavu.
  - o **V případě hospitalizace** si tuniský pojištěnec přímo ve zdravotnickém zařízení vybere jednu ze zdravotních pojišťoven, která pak bude jeho pojišťovnou v místě pobytu (výpomocná pojišťovna). Nemocnice této pojišťovně předá jeho formulář TN/CZ 111 a tato pojišťovna tuniského pojištěnce dodatečně zaregistruje. Touto registrací na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče poskytnuté tuniskému pojištěnci.
  - o **V případě ambulantního ošetření** po něm, bude požadována úhrada v hotovosti. Takto uhrazenou péči mu potom refunduje kompetentní tuniská instituce. I v tomto případě ale může lékař pacienta dodatečně registrovat a nevyžadovat platbu. (Smyslem dodatečné registrace je předejití neplaceným pohledávkám).
- Pokud se tuniský pojištěnec neprokáže ani potvrzením o registraci ani formulářem TN/CZ 111 je třeba postupovat takto:
  - o **V případě hospitalizace** si pacient zvolí jednu z českých zdravotních pojišťoven, která z Tuniska vyžádá formulářem CZ/TN 107 formulář TN/CZ 111. Po zaslání TN/CZ 111 zvolená zdravotní pojišťovna tuniského pojištěnce dodatečně zaregistruje. Česká ZP může pacienta zaregistrovat až po obdržení TN/CZ 111, potvrzujícího nárok na dávky.
  - o **V případě ambulantního ošetření** po něm, bude požadována úhrada v hotovosti. Takto uhrazenou péči mu potom refunduje kompetentní tuniská instituce. I v tomto případě ale může lékař požádat o dodatečné zaslání TN/CZ 111, pacienta dodatečně registrovat a nevyžadovat platbu. (Smyslem dodatečné registrace je předejití neplaceným pohledávkám).
- Dodatečné zajištění formuláře TN/CZ 111 může zprostředkovat KZP.

### 3.1.2. *Péče nad rozsah péče neodkladné (TN/CZ 112)*

- Tuniská kompetentní instituce může svému pojištěnci odsouhlasit i poskytování péče nad rozsah péče neodkladné – typicky péče plánovaná. V takovém případě mu vystaví formulář TN/CZ 112.
- S formulářem se musí pacient registrovat u české zdravotní pojišťovny dle svého výběru. Pojišťovna zkontroluje úplnost formuláře TN/CZ 112 a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na zdravotní péči v definovaném rozsahu dle souhlasu tuniské kompetentní instituce. K formuláři připojí případné přílohy. S tímto potvrzením se pak tuniský pojištěnec obrátí na smluvní zdravotnické zařízení se žádostí o poskytnutí specifikované dávky. Pojišťovna, na níž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje tuniskému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce

### 3.1.3. *Úhrada a revize*

- Česká pojišťovna hradí a reviduje péči poskytnutou registrovanému tuniskému pojištěnci ve stejných termínech a za stejných podmínek jako za svého pojištěnce. Vykazuje se výkonovým způsobem podle vyhlášky č.134/1998 Sb. v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Hradí se na základě smlouvy s daným poskytovatelem zdravotních služeb, popřípadě na základě platné úhradové vyhlášky.

### 3.1.4. *Protetické pomůcky a další věcné dávky větší hodnoty (CZ/TN 114)*

- Pokud byly v rámci neodkladné péče poskytnuty výše uvedené zdravotnické prostředky tak, aby nebyl ohrožen život nebo zdraví tuniského pojištěnce, zašle česká pojišťovna v místě pobytu oznámení o jejich poskytnutí spolu se zjištěnými náklady na takové dávky na formuláři CZ/TN 114.
- Pokud tuniskému pojištěnci nebyly tyto dávky zatím poskytnuty, musí zdravotnické zařízení zažádat prostřednictvím české zdravotní pojišťovny o autorizaci jejich poskytnutí. O autorizaci je třeba žádat v případě, že budou poskytnuty dávky uvedené v příloze Správního ujednání (Seznam nebyl zatím dohodnut). V takovém případě zašle česká pojišťovna v místě pobytu dvě vyhotovení části A výše uvedeného formuláře CZ/TN 114 tuniské kompetentní instituci.
- Ta vyplní část B formuláře (rozhodnutí) a zašle svůj souhlas či odmítnutí neprodleně české zdravotní pojišťovně. Vyslovením souhlasu se tuniská kompetentní instituce zavazuje k úhradě těchto dávek.

### 3.1.5. *Nedodržení předpokládaného postupu (TN/CZ 126)*

- V případě, kdy nemohl být dodržen předpokládaný postup a neodkladná zdravotní péče byla uhrazena v ČR přímo tuniským pojištěncem, může se tento pojištěnec obrátit na tuniskou kompetentní instituci se žádostí o úhradu těchto nákladů.
- V takovém případě zašle tuniská kompetentní instituce Kanceláři zdravotního pojištění dvě vyhotovení formuláře TN/CZ 126. Smyslem tohoto dotazníku je zjistit náklady na tuto péči podle českých právních předpisů v sazbách platných pro české pojištěnce.
- V části B výše uvedeného formuláře KZP uvede, kolik by za danou péči uhradila zdravotnickému zařízení česká ZP a zašle tento údaj stejným formulářem neprodleně

zpět tuniské kompetentní instituci. Ta pak do této výše refunduje svému pojištěnci jeho náklady.

### **3.2. Tunišští důchodci bydlící v ČR**

#### **3.2.1. Registrace (TN/CZ 121)**

- Osoby, které pobírají pouze tuniský důchod a bydlí v České republice (ať už mají trvalý pobyt nebo ne), jsou dle smlouvy tuniskými pojištěnci. Předpokladem je, že jim tuniská strana vystaví formulář TN/CZ 121.
- Tento formulář donese důchodce sám, nebo ho tuniská kompetentní instituce pošle prostřednictvím KZP. S formulářem se důchodce obrátí na českou pojišťovnu, kterou si zvolí. Česká pojišťovna zkontroluje, zda je formulář řádně potvrzen. Poté ho vyzve k předložení dokladů o tom, že v ČR bydlí. Za základní doklad je považováno platné povolení k dlouhodobému pobytu/trvalý pobyt. Jako podpůrné doklady mohou sloužit např. nájemní smlouva, doklad o tom, že je mu důchod vyplácen prostřednictvím české banky (pošty), či doklad o tom, že zde bydlí jeho rodinní příslušníci atd.
- Pokud je vše splněno, vydá mu česká zdravotní pojišťovna Potvrzení o registraci, kde bude uvedeno, že má nárok na plnou péči.
- Zdravotní pojišťovna osobu vyjme z evidence svých pojištěnců (pokud tak byla vedena) a pokud za něj platí pojistné stát, oznámí Ministerstvu financí, že tento důchodce přestal být českým zákonným pojištěncem a nemělo by za něj být u nás státem hrazeno pojistné.

#### **3.2.2. Zrušení registrace důchodce (TN/CZ 108)**

- V případě, že byl nárok vyplývající ze smlouvy pozastaven, nebo zanikl, oznámí to tuniský nositel zdravotního pojištění české zdravotní pojišťovně prostřednictvím formuláře TN/CZ 108 (například, když se tuniská kompetentní instituce dozví, že důchodce na našem území nebydlí, že mu zanikl nárok na důchod v Tunisku, nebo že zemřel).
- Česká zdravotní pojišťovna vyplní část B formuláře a zašle jej zpět tuniské kompetentní instituci. Vyplní zde zejména, odkdy byl ukončen nárok na poskytování věcných dávek českou pojišťovnou. Tento údaj odpovídá údajům uvedeným ve formuláři TN/CZ 108.
- Česká pojišťovna dále vyřadí důchodce ze své evidence, a pokud je to možné, vyzve jej k vrácení Potvrzení o registraci.
- V případě, že jde o důchodce s trvalým pobytem v ČR, stane se po ukončení nároku ze Smlouvy opět českým pojištěncem. Pokud byla důchodci poskytována péče v období od ukončení nároku do doručení oznámení na českou pojišťovnu, musí tuto péči zaplatit sám.
- Pokud česká pojišťovna zjistí, že zde důchodce pobývá pouze přechodně, nebo že zemřel, oznámí to KZP, které o tom vyrozumí tuniskou stranu.

### **3.3. Tuniský pracovník vyslaný do ČR (TN/CZ 106)**

- Česko – tuniská smlouva jako jediná upravuje nárok na plnou zdravotní péči i pro jinou skupinu osob než důchodce, a to vyslané pracovníky (zaměstnance i osoby samostatně výdělečně činné).

- Pokud je tuniský pracovník vyslán do ČR a tuniská kompetentní instituce mu vystavila patřičný formulář TN/CZ 1, který tuto skutečnost osvědčuje, může si takový pojištěnec od tuniské kompetentní instituce vyžádat formuláře TN/CZ 106, na jehož základě bude mít v ČR nárok na plnou zdravotní péči.
- Situace je dále specifická v tom, že formulář bude za splnění výše uvedených podmínek vystaven vždy, aniž by musel pracovník přenést své bydliště do ČR.
- Tuniská kompetentní instituce vyplní část A formuláře TN/CZ 106. Vyslaný pracovník se musí nejprve obrátit na některou z českých zdravotních pojišťoven, která ho s formulářem zaregistruje.
- Vyslanému pracovníkovi vystaví Potvrzení o registraci s uvedením nároku na plnou zdravotní péči. Tímto potvrzením se bude prokazovat v případě potřeby lékařského ošetření.
- Dále česká ZP vyplní část B formuláře a odešle jej zpět tuniské kompetentní instituci.
- Pokud dojde ke změně okolností (dřívější ukončení vyslání atp.), oznámí jedna ze smluvních stran protistraně na formuláři CZ/TN 108 (resp. TN/CZ 108) zrušení registrace.

## Turecko

### 1. Obecná pravidla

Osobní rozsah smlouvy:








- Osoba, která podléhá nebo podléhala právním předpisům smluvního státu
- Rodinní příslušníci a pozůstalí v rozsahu, ve kterém odvozují svá práva od těchto osob. V ČR se práva neodvozují.

Aplikovatelná legislativa:

- Zaměstnaná osoba nebo OSVČ vykonávající činnost na území jednoho státu, podléhá předpisům **pouze** tohoto státu. Osoba zaměstnaná v Turecku s trvalým pobytem v ČR tedy nemůže být pojištěna z titulu TP i v ČR.
- Zvláštní skupiny osob – vyslané osoby, personál podniků mezinárodní dopravy, posádky lodí, členové diplomatických misí a konzulárních úřadů, státní úředníci, důchodci – příslušnost třeba ověřit ve smlouvě.
- Zvláštní postup u důchodců - důchodce pobírající důchod pouze z jednoho státu, ale bydlící ve druhém státě, podléhá předpisům státu bydliště a cizí důchod je brán naroveň důchodu státu bydliště. Turecký důchodce s trvalým pobytem v ČR tu bude pojištěn ve státní kategorii.
- Smlouva neupravuje příslušnost neaktivních osob ani rodinných příslušníků.
- Smlouva dále neupravuje souběh činností – v této situaci je tedy možné dvojí pojištění.

Rozsahy poskytované péče

- Neodkladná péče – přechodné pobyty
- Nad rozsah neodkladné péče – plánovaná péče, větší rozsah péče

Používané formuláře (CZ/TR vydává česká ZP x TR/CZ - vydává turecká instituce)		
 cztr107.pdf  F-PD005	 cztr111.pdf  F-P005, F-N001, F-PD002-A	 cztr112.pdf  F-PD002-B, F-N001
 cztr113.pdf  F-PD001	 cztr114.pdf  F-PD001	 cztr125.pdf  F-S019
 cztr126.pdf  F-PD003		

ZP vede evidenci vystavených a přijatých formulářů v AP CMU.

## **2. Zdravotní péče poskytovaná českému pojištěnci v Turecku**

### **2.1 Neodkladná péče (CZ/TR 111)**

- Před cestou do Turecka si český pojištěnec na pobočce své zdravotní pojišťovny nechá vystavit formulář CZ/TR 111 potvrzující, že má v Turecku nárok na věcné dávky.
- V tomto formuláři zdravotní pojišťovna identifikuje svého pojištěnce, vyznačí dobu, po níž mu mohou být věcné dávky poskytovány a tyto údaje stvrdí razítkem a podpisem. Obecně platí, že pojišťovna na formuláři potvrdí takovou dobu, jakou pojištěnec uvede jako předpokládanou dobu svého přechodného pobytu (na jedné straně tak může jít například o vyslaného pracovníka, který bude v Turecku pobývat dlouhodobě, nebo naopak o turistu, jehož předpokládaný pobyt lze počítat řádově na dny). Maximální dobou, na niž je formulář CZ/TR 111 vydáván, je však 12 měsíců. Osobám pobývajícím v Turecku déle (např. diplomaté, vyslaní pracovníci) mohou být formuláře vystaveny na delší období.
- Pokud si pojištěnec formulář CZ/TR 111 před odjezdem zapomene vyzvednout, ztratí ho, nebo ho nemůže z nějakého jiného důvodu turecké straně předložit, česká zdravotní pojišťovna ho na jeho žádost či na vyžádání turecké kompetentní instituce zašle či jinak předá tomu, kdo o něj žádá. V případě hospitalizace o dodatečné vystavení formuláře žádá i přímo nemocnice, nebo rodinní příslušníci pacienta.

### **2.2 Poskytování zdravotní péče nad rozsah péče neodkladné (CZ/TR 112)**

- Pokud český pojištěnec ví, že může během pobytu v Turecku potřebovat zdravotní péči, kterou lze považovat za předvídatelnou, např. chronickou dialýzu, může se obrátit na svou zdravotní pojišťovnu se žádostí o předchozí autorizaci takového čerpání zdravotní péče, ta mu však nemusí tuto autorizaci udělit. Pokud mu zdravotní pojišťovna před vycestováním do Turecka autorizaci neudělí, bude zde za tuto plánovanou zdravotní péči muset zaplatit v hotovosti.
- Pokud je českému pojištěnci již poskytována neodkladná zdravotní péče, může se turecká kompetentní instituce obrátit na příslušnou českou zdravotní pojišťovnu se žádostí o autorizaci čerpání další péče ve větším rozsahu.
- V obou případech je na uvážení české zdravotní pojišťovny, zda toto povolení vydá, či nikoliv. Na jeho vydání není právní nárok. Povolení se vydává prostřednictvím formuláře CZ/TR 112.

### **2.3 Hospitalizace (TR/CZ 113)**

- Český pojištěnec může být v Turecku v souvislosti s úrazem, či náhlým zhoršením zdravotního stavu hospitalizován. V takovém případě zašle turecká kompetentní instituce neodkladně příslušné české zdravotní pojišťovně oznámení o hospitalizaci s pravděpodobnou dobou pobytu v nemocnici, a to prostřednictvím formuláře TR/CZ 113.
- Na základě tohoto oznámení může příslušná zdravotní pojišťovna včas kontaktovat zdravotnické zařízení, či tureckou kompetentní instituci a dohlédnout na co nejefektivnější využití svých prostředků, zejména s ohledem na dobu hospitalizace.
- Obecně platí, že rozsah neodkladné péče určuje ošetřující lékař.

- V případě, že český pojištěnec nemá u sebe potvrzení o nároku na věcné dávky (CZ/TR 111) může turecká kompetentní instituce požádat o jeho neodkladné dodatečné zaslání. O dodatečné vystavení a zaslání formuláře někdy žádá přímo nemocnice, nebo rodinný příslušník hospitalizovaného.
- 

## 2.4 Protetické pomůcky a jiné věcné dávky větší hodnoty (TR/CZ 114)

- Pokud byly v rámci neodkladné péče poskytnuty výše uvedené zdravotnické prostředky tak, aby se zabránilo ohrožení života nebo zdraví českého pojištěnce, zašle turecká kompetentní instituce oznámení o jejich poskytnutí spolu se zjištěnými náklady na takové dávky. Toto oznámení je součástí formuláře TR/CZ 114.
- Pokud českému pojištěnci nebyly tyto dávky zatím poskytnuty, musí turecká kompetentní instituce požádat českou zdravotní pojišťovnu o autorizaci jejich poskytnutí. V takovém případě zašle příslušné české zdravotní pojišťovně dvě vyhotovení části A výše uvedeného formuláře TR/CZ 114. Příslušná pojišťovna vyplní část B formuláře (rozhodnutí) a zašle svůj souhlas či odmítnutí turecké kompetentní instituci, a to nejpozději do 15 dnů ode dne doručení žádosti. Vyslovením souhlasu se česká pojišťovna zavazuje k úhradě těchto dávek.
- Protetickými pomůckami a jinými věcnými dávkami větší hodnoty se rozumí dávky, jejichž hodnota přesahuje 500 EUR, vyjádřeno v národních měnách. Jinak řečeno, pokud hodnota těchto dávek nepřesáhne 500 EUR, není pro jejich poskytnutí zapotřebí souhlasu české zdravotní pojišťovny.

## 2.5 Nedodržení předpokládaného postupu (CZ/TR 126)

- V případě, kdy byla neodkladná zdravotní péče uhrazena v Turecku přímo českým pojištěncem, může se tento pojištěnec s originálními doklady o zaplacení obrátit na svou českou zdravotní pojišťovnu a požádat o úhradu nákladů.
- V tomto případě se pojišťovna prostřednictvím části A formuláře CZ/TR 126 ve dvou vyhotoveních obrátí na tureckou kompetentní instituci. Smyslem tohoto postupu je zjistit náklady na danou péči podle tureckých právních předpisů v sazbách platných pro turecké pojištěnce. Jinými slovy jde o to zjistit, jakou částku by za danou péči výpomocně zaplatila turecká kompetentní instituce, pokud by byl dodržen stanovený administrativní postup.
- Vyžádané údaje zašle turecká kompetentní instituce v části B výše uvedeného formuláře neprodleně zpět české zdravotní pojišťovně. Česká zdravotní pojišťovna poté refunduje svému pojištěnci jím vynaložené náklady do výše oznámené a potvrzené tureckou stranou.

## 3. Zdravotní péče poskytovaná tureckému pojištěnci v ČR

### 3.1. Neodkladná péče (TR/CZ 111)

- Turecký pojištěnec pobývajícím přechodně v ČR prokáže v případě potřeby svůj nárok na věcné dávky vyplývající ze Smlouvy předložením potvrzeného formuláře TR/CZ 111 na pobočce kterékoliv české zdravotní pojišťovny.
- Pojišťovna zkontroluje jeho úplnost a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou ponese výpomocně náklady na neodkladnou zdravotní péči, kterou

bude turecký pojištěnec během svého pobytu v ČR potřebovat. Pojišťovna generuje tureckému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce.

- S tímto potvrzením se pak turecký pojištěnec v případě potřeby péče obrátí na smluvní zdravotnické zařízení. Pojišťovna, na niž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako u svých pojištěnců).
- Může se stát, že se turecký pojištěnec předem nezaregistruje u zdravotní pojišťovny v místě pobytu a prokáže se předložením formuláře TR/CZ 111 až v případě nutnosti přímo ve zdravotnickém zařízení. Tento způsob přichází v úvahu zejména v případě krátkodobého pobytu, úrazu, dopravní nehody či hospitalizace v důsledku prudkého zhoršení zdravotního stavu. V tomto případě je třeba rozlišovat, zda jde o ošetření ambulantní, či zda jde o hospitalizaci.
  - o **V případě hospitalizace** si turecký pojištěnec přímo ve zdravotnickém zařízení vybere jednu ze zdravotních pojišťoven, která pak bude jeho pojišťovnou v místě pobytu (výpomocná pojišťovna). Nemocnice této pojišťovně předá jeho formulář TR/CZ 111 a tato pojišťovna tureckého pojištěnce dodatečně zaregistruje. Touto registrací na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče poskytnuté tureckému pojištěnci.
  - o **V případě ambulantního ošetření** po něm, nebude-li mít Potvrzení o registraci od české pojišťovny v místě pobytu, ale prokáže se formulářem TR/CZ 111, bude požadována úhrada v hotovosti. Takto uhrazenou péči mu potom refunduje kompetentní turecká instituce. Lékař se ale může s formulářem také obrátit na českou pojišťovnu a dodatečně ho registrovat.
- Pokud se turecký pojištěnec neprokáže při ambulantním ošetření ani výše uvedeným formulářem TR/CZ 111, bude po něm vyžadována hotovostní platba. Pokud pacient za péči nezaplatí a lékaři, či zdravotnickému zařízení se podaří dodatečně získat z Turecka formulář TR/CZ 111 potvrzený tureckou kompetentní institucí, platí to, co bylo uvedeno v předchozím odstavci o dodatečné registraci.
- Dodatečné zajištění formuláře TR/CZ 111 může zprostředkovat KZP.

### 3.2. Péče nad rozsah péče neodkladné (TR/CZ 112)

- Turecká kompetentní instituce může svému pojištěnci odsouhlasit i poskytování péče nad rozsah péče neodkladné – typicky péče plánovaná. V takovém případě mu vystaví formulář TR/CZ 112.
- S formulářem se musí pacient registrovat u české zdravotní pojišťovny dle svého výběru. Pojišťovna zkontroluje úplnost formuláře TR/CZ 112 a vydá mu Potvrzení o registraci s uvedením doby, po kterou je považován za jejího pojištěnce s nárokem na zdravotní péči v definovaném rozsahu dle souhlasu turecké kompetentní instituce. K formuláři připojí případné přílohy. S tímto potvrzením se pak turecký pojištěnec obrátí na smluvní zdravotnické zařízení se žádostí o poskytnutí specifikované dávky. Pojišťovna, na niž se obrátil, na sebe bere povinnost revize a úhrady zdravotní péče (za stejných podmínek a ve stejných termínech jako svému pojištěnci). Pojišťovna generuje tureckému pojištěnci zvláštní číslo pojištěnce.

### 3.3. Hospitalizace (CZ/TR 113)

- Je-li turecký pojištěnec hospitalizován a má-li u sebe Potvrzení o registraci vydané českou zdravotní pojišťovnou v místě pobytu, oznámí jí zdravotnické zařízení neodkladně jeho hospitalizaci.



- Má-li u sebe turecký pojištěnec pouze formulář TR/CZ 111, nechají ho v nemocnici vybrat jednu z českých zdravotních pojišťoven, s níž má nemocnice smlouvu. Této pojišťovně pak nemocnice formulář TR/CZ 111 předá a pojišťovna na jeho základě tureckého pojištěnce dodatečně zaregistruje.
- Registrující pojišťovna zašle turecké kompetentní instituci uvedené na formuláři TR/CZ 111 oznámení o hospitalizaci prostřednictvím formuláře CZ/TR 113, který potvrdí a v němž vyplní zejména diagnózu a předpokládanou dobu hospitalizace.
- Pokud u sebe pacient nemá ani formulář TR/CZ 111, vybere si jednu z českých zdravotních pojišťoven. Na tuto pojišťovnu se nemocnice obrátí a požádá ji, aby si prostřednictvím formuláře CZ/TR 107 od příslušné turecké kompetentní instituce vyžádala dodatečné vystavení a zaslání formuláře TR/CZ 111. Po zaslání TR/CZ 111 zvolená zdravotní pojišťovna tureckého pojištěnce dodatečně zaregistruje.
- V každém případě česká zdravotní pojišťovna v místě pobytu může tureckého pojištěnce zaregistrovat až po obdržení formuláře TR/CZ 111, potvrzujícího nárok na dávky. Do této doby není povinna péči revidovat, ani uhradit.

### 3.4. Úhrada a revize poskytnuté péče

- Česká pojišťovna hradí a reviduje péči poskytnutou registrovanému tureckému pojištěnci ve stejných termínech a za stejných podmínek jako za svého pojištěnce. Vykazuje se výkonovým způsobem podle vyhlášky č.134/1998 Sb. v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Hradí se na základě smlouvy s daným poskytovatelem zdravotních služeb, popřípadě na základě platné úhradové vyhlášky.

### 3.5. Protetické pomůcky a jiné věcné dávky větší hodnoty (CZ/TR 114)

- Pokud byly v rámci neodkladné péče poskytnuty výše uvedené zdravotnické prostředky tak, aby se zabránilo ohrožení života nebo zdraví tureckého pojištěnce, zašle česká zdravotní pojišťovna oznámení o jejich poskytnutí spolu se zjištěnými náklady na takové dávky turecké kompetentní instituci na formuláři CZ/TR 114.
- Pokud tureckému pojištěnci nebyly tyto dávky zatím poskytnuty, musí zdravotnické zařízení zažádat prostřednictvím české zdravotní pojišťovny tureckou kompetentní instituci o autorizaci jejich poskytnutí. O autorizaci je třeba žádat v případě, že hodnota těchto dávek přesáhne 500 EUR, vyjádřeno v národních měnách. V takovém případě zašle česká pojišťovna v místě pobytu dvě vyhotovení části A výše uvedeného formuláře CZ/TR 114 příslušné turecké kompetentní instituci.
- Ta vyplní část B formuláře (rozhodnutí) a zašle svůj souhlas či odmítnutí české pojišťovně v místě pobytu, a to nejpozději do 15 dnů ode dne doručení žádosti. Vyslovením souhlasu se turecká kompetentní instituce zavazuje k úhradě těchto dávek.

### 3.6. Nedodržení předpokládaného postupu (TR/CZ 126)

- V případě, kdy nemohl být dodržen předpokládaný postup a neodkladná zdravotní péče byla uhrazena v ČR přímo tureckým pojištěncem, může se tento pojištěnec obrátit na tureckou kompetentní instituci se žádostí o úhradu těchto nákladů.
- V takovém případě zašle turecká kompetentní instituce Kanceláři zdravotního pojištění dvě vyhotovení části A formuláře TR/CZ 126. Smyslem tohoto dotazníku je

zjistit náklady na tuto péči podle českých právních předpisů v sazbách platných pro české pojištěnce.

- V části B výše uvedeného formuláře KZP uvede, kolik by za danou péči uhradila zdravotnickému zařízení česká ZP a zašle tento údaj stejným formulářem neprodleně zpět turecké kompetentní instituci. Ta pak do této výše refunduje svému pojištěnci jeho náklady

## **IZRAEL**

Smlouva neupravuje poskytování zdravotní péče a mezinárodní úhrady nákladů za ni. Jedinou výjimkou je bezplatné poskytnutí porodu, pokud nebyl porod samotným cílem vycestování. V ČR hradí náklady na takový porod Ministerstvo zdravotnictví ČR. Smlouva však upravuje příslušnost k předpisům o sociálním zabezpečení a tedy i o zdravotním pojištění.

### **1. Osobní rozsah**

- Občané smluvních stran
- Uprchlíci, osoby bez státní příslušnosti a jiné osoby, které odvozují svá práva od výše uvedených osob

### **2. Základní pravidlo**

- Zaměstnaná osoba nebo OSVČ vykonávající činnost na území jednoho státu, podléhá předpisům pouze tohoto státu. Osoba zaměstnaná/samostatně výdělečně činná v Izraeli s trvalým pobytem v ČR tedy nemůže být pojištěna z titulu TP i v ČR.
- OSVČ z Izraele vykonávající činnost v ČR bude pojištěna v systému veřejného zdravotního pojištění.

### **3. Vyslání zaměstnanci**

- Vyslání zaměstnanci nadále podléhají předpisům vysílajícího státu, ačkoliv je práce vykonávána v druhém smluvním státě. Vyslání je možné na max. 3 roky.
- Smlouva neupravuje vyslání OSVČ.
- Zaměstnanec vyslaný do Izraele se může odhlásit z pojištění v ČR z důvodu dlouhodobého pobytu v zahraničí.

### **4. Zvláštní skupiny**

- Cestující personál dopravních podniků nebo leteckých podniků, státní úředníci, posádka námořní lodi – příslušnost třeba ověřit ve smlouvě.

## JAPONSKO

Smlouva neupravuje poskytování zdravotní péče a mezinárodní úhrady nákladů za ni. Smlouva však upravuje příslušnost k předpisům o sociálním zabezpečení a tedy i o zdravotním pojištění. V širším rozsahu upravuje příslušnost k předpisům u rodinných příslušníků.

### 1. Osobní rozsah

- Osoba, která podléhá nebo podléhala právním předpisům smluvního státu
- jiné osoby, které odvozují práva od takové osoby.

### 2. Základní pravidlo

- Zaměstnaná osoba nebo OSVČ vykonávající činnost na území jednoho státu, podléhá předpisům pouze tohoto státu. Osoba zaměstnaná/samostatně výdělečně činná v Japonsku s trvalým pobytem v ČR tedy nemůže být pojištěna z titulu TP i v ČR.

### 3. Vyslané osoby

- Vyslané osoby nadále podléhají předpisům vysílajícího státu, ačkoliv je práce vykonávána v druhém smluvním státě. Vyslání je možné na max. 5 let (lze prodloužit).
- Osoba vyslaná do Japonska se může odhlásit z pojištění v ČR z důvodu dlouhodobého pobytu v zahraničí.

### 4. Zvláštní skupiny

- Osoby pracující na palubě námořní lodi, členové diplomatických misí, členové konzulárních úřadů a státní úředníci – příslušnost třeba ověřit ve smlouvě.

### 5. Doprovázející manžel a děti

- Doprovázející manžel(ka) a děti zaměstnané osoby nebo OSVČ, kteří bydlí na území ČR, jsou pojištěni v systému českého veřejného zdravotního pojištění.
-

## SPOJENÉ STÁTY AMERICKÉ

Smlouva neupravuje žádným způsobem poskytování zdravotní péče a mezinárodní úhrady nákladů za ni. Smlouva však upravuje příslušnost k předpisům o sociálním zabezpečení a díky doplňkové smlouvě i k předpisům o zdravotním pojištění.

### 1. Osobní rozsah

- Osoba, která podléhá nebo podléhala právním předpisům smluvního státu
- jiné osoby, které odvozují práva od takové osoby.

### 2. Základní pravidlo

- Zaměstnaná osoba nebo OSVČ vykonávající činnost na území jednoho státu, podléhá předpisům pouze tohoto státu. Osoba zaměstnaná/samostatně výdělečně činná v USA s trvalým pobytem v ČR tedy nemůže být pojištěna z titulu TP i v ČR.
- OSVČ z USA vykonávající činnost v ČR bude pojištěna v systému veřejného zdravotního pojištění.

### 3. Vyslané osoby

- Vyslané osoby nadále podléhají předpisům vysílajícího státu, ačkoliv je práce vykonávána v druhém smluvním státě. Vyslání je možné na max. 5 let. Zaměstnavatel, dceřiná společnost a pobočka jsou považovány za jednu společnost.
- Osoba vyslaná do USA se může odhlásit z pojištění v ČR z důvodu dlouhodobého pobytu v zahraničí.

### 4. Zvláštní skupiny

- zaměstnanci leteckých společností, zaměstnanci ve státních službách – příslušnost třeba ověřit ve smlouvě.

## Zvláštní bilaterální smlouvy

### CHILE

Smlouva neupravuje žádným způsobem poskytování zdravotní péče a mezinárodní úhrady nákladů za ni a jenom ve velmi omezené míře upravuje příslušnost k předpisům o zdravotním pojištění.

Konkrétně se jedná o důchodce bydlící na území jedné smluvní strany a pobírající důchod pouze podle právních předpisů druhé smluvní strany. Tyto osoby mají nárok na zdravotní péči podle předpisů smluvní strany, kde bydlí, za stejných podmínek jako místní.

V praxi tedy chilský důchodce s trvalým pobytem v ČR bude považován za státního pojištěnce s ohledem na důchod vyplácený z Chile.

## **NĚMECKO**

Původní bilaterální smlouva byla nahrazena vstupem do EU evropskými nařízeními o koordinaci systémů sociálního zabezpečení (dnes č. 883/2004 a 987/2009). Jediné ustanovené smlouvy, které se dodnes uplatňuje, je ustanovení o možnosti převozu českého pojištěnce do ČR v případě hospitalizace v Německu. Předpokladem pro možný převoz je potvrzení ošetřujícího lékaře, že zdravotní stav pacienta ho umožňuje.

Převahu organizuje a hradí česká zdravotní pojišťovna.

## **SLOVENSKO**

Původní bilaterální smlouva byla nahrazena vstupem do EU evropskými nařízeními o koordinaci systémů sociálního zabezpečení (dnes č. 883/2004 a 987/2009). Jediné ustanovené smlouvy, které se dodnes uplatňuje, je ustanovení o možnosti převozu českého pojištěnce do ČR a slovenského do SR. Předpokladem pro možný převoz je potvrzení ošetřujícího lékaře, že zdravotní stav pacienta ho umožňuje a souhlas příslušné zdravotní pojišťovny.

Převoz hradí příslušná zdravotní pojišťovna.