

kdy poskytnutí zdravotních služeb on sám indikoval, tedy odeslal pacienta na dané vyšetření nebo ošetření.

Jestliže lékař opravdu nesplní povinnost sepsání lékařské zprávy, bez ohledu na to, zda si ji pacient vyžádal či nikoliv, nebo zprávu nepředá praktickému lékaři, je možné podat písemnou stížnost, s odkazem na § 93 zákona o zdravotních službách. Stížnost se podává lékaři, proti kterému směřuje, a ten je povinen ji do 30 dnů vyřídit. Pokud není stěžovatel s vyřízením spokojen, může se obrátit na příslušný krajský úřad, který vydal lékařův oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

## 9. JAK SE PROVÁDÍ VYŠETŘENÍ DIGITÁLNÍM DERMATOSKOPEM A KDE BYCH HO MOHL ABSOLVOVAT?

Pigmentová znaménka a další útvary na kůži vám vyšetří na každém kožním oddělení. Vyšetření digitálním dermatoskopem musí indikovat ošetřující lékař podle zjištěného nálezu. Rozhodně neplatí, že se tak musí vyšetřit každé podezřelé znaménko, běžně se používají optické dermatoskopy. Pokud chce pojištěnec absolvovat vyšetření digitálním dermatoskopem jen preventivně, na vlastní žádost, musí si ho uhradit, stejně jako pokud by chtěl vyšetřit častěji než 1x za 3 měsíce, což je limit pro úhradu výkonu z veřejného zdravotního pojištění.

Pojišťovnou hrazené vyšetření pigmentových projevů a nádorů digitálním dermatoskopem se provádí na specializovaných pracovištích, většinou při kožních klinikách. Dělá se videomikroskopem s počítačovou analýzou obrazu. Velikou pomocí je možnost obrazové dokumentace a sledování velkého množství projevů. Text i obraz jsou zaznamenány v digitální podobě, což je mnohem ekonomičtější než klasická fotografie. Zvětšení je až 50násobné, obraz i zápis se sledují na monitoru. To má velký význam hlavně při sledování pigmentových névů a maligního melanomu, ale i dalších tumorů.

## 10. MŮJ ZUBAŘ MI DOSUD ZUBNÍ KÁMEN ODSTRAŇOVAL SÁM PŘI PREVENTIVNÍ PROHLÍDCE, ALE NYNÍ ZAČAL VYŽADOVAT, ABYCH PŘED PROHLÍDKOU U NĚJ ABSOLVOVAL OŠETŘENÍ U DENTÁLNÍ HYGIENISTKY. MUSÍM NA TO PŘISTOUPIT?

Požadavek na dokonalou hygienu je ze strany zubního lékaře oprávněný a těžko se dá zpochybnit. V „čistých ústech“ se vyšetření provádí lépe. Lékař ale nemůže podmiňovat registraci, preventivní prohlídku či ošetření pacienta předchozí návštěvou u dentální hygienistky. Lékař je povinen poskytnout mu péči, která je obsažena ve výkonech hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Odstanění zubního kamene zubním lékařem je v rámci běžné preventivní prohlídky hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění jedenkrát ročně. Mimo prevenci pak jako

součást výkonu, který je vykazován v případě diagnostikovaného onemocnění parodontu.

Odstanění zubního kamene dentální hygienistkou není ze zdravotního pojištění hrazené a v plné výši si ho platí pacient.

## 11. KDY MÁM NÁROK NA LÁZEŇSKOU PÉČI?

Poskytnutí lázeňské péče vám musí doporučit ošetřující lékař na základě vašeho aktuálního zdravotního stavu a návrh musí být schválen revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Oba se přitom musí řídit příslušnými legislativními normami: Indikačním seznamem pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči (příloha zákona o veřejném zdravotním pojištění) a vyhláškou MZ, která stanoví odborná kritéria pro poskytování lázeňské péče.

Lázeňská léčebně rehabilitační péče je z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazenou službou, pokud je poskytována jako nezbytná součást léčebného procesu. Komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče navazuje na lůžkovou péči nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči a je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti nebo na minimalizaci rozsahu invalidity.

## 12. JE MOŽNO LÉČIT OBEZITU V LÁZNÍCH?

Obezitu dospělých nikoli, obezitu dětí ano. Indikační seznam umožňuje lázeňskou léčbu obezity pouze u dětí. Příslušná indikační skupina má název „Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí a obezita“; v ní pak je indikace – Obezita spojená s dalšími rizikovými faktory. Adekvátní indikační skupina u dospělých se nazývá jen „Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí“ a indikaci „obezita“ vůbec neuvádí. To znamená, že lázeňské léčení obezity u dospělých nemůže být hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pobyty cílené na redukci nadváhy ale řada lázeňských zařízení nabízí jako samoplátecké.

Lázeňskou léčbu pro danou indikaci může dítěti doporučit lékař odbornosti dětská endokrinologie a diabetologie, dětské lékařství, endokrinologie a diabetologie, praktické lékařství pro děti a dorost nebo rehabilitační a fyzikální medicína. Návrh vždy podává zdravotní pojišťovně registrující praktický lékař dítěte (nebo ošetřující lékař při hospitalizaci).

## 13. JE HRAZEN DOPROVOD RODIČE PŘI HOSPITALIZACI DÍTĚTE?

Pobyt průvodce pojištěnce (nejen dítěte) v lůžkové péči je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, je-li při hospitalizaci nutná celodenní přítomnost průvodce vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce, nebo vzhledem k nutnosti zaškolení tohoto průvodce v ošetřování a léčebně rehabilitační doprovázeného pojištěnce. O nutnosti doprovodu při hospitalizaci vždy rozhoduje ošetřující lékař hospitalizovaného

pacienta. Pobyt průvodce pojištěnce staršího 6 let je hrazenou službou jen se souhlasem revizního lékaře.

## 14. JAKÁ JE DOBA PLATNOSTI LÉKAŘSKÝCH PŘEDPISŮ?

Recept vystavený lékařskou službou první pomoci, včetně stomatologické pohotovosti, je platný pouze 1 kalendářní den, následující po dni jeho vystavení.

Recept na antibiotika a antimikrobiální chemoterapeutika platí 5 kalendářních dnů, počínaje dnem vystavení (nejde-li o přípravky pro místní použití).

Recept na ostatní léčivé přípravky platí 14 kalendářních dnů, počínaje dnem vystavení (neurčí-li předepisující lékař jinak).

Recept na opakovaný výdej má platnost 6 měsíců, počínaje dnem vystavení. Lékař může jeho platnost prodloužit až na 1 rok ode dne vystavení.

## 15. PROČ SE NEUSTÁLE ZVYŠUJÍ CENY LÉKŮ? KDO TO URČUJE?

Proces stanovování úhrad spadá do kompetence Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Ten ve správním řízení stanovuje výši úhrady pojišťovnou (to, co pojišťovna platí) a podmínky úhrady. VZP je, stejně jako každá další zdravotní pojišťovna, povinna v souladu s tímto rozhodnutím léčivých přípravků hradit.

Doplatek pacienta (rozdíl mezi cenou léčivého přípravku a úhradou pojišťovny) nemůže pojišťovna jakkoli ovlivnit. Jeho výše se může v jednotlivých lékárnách lišit, protože se zde promítá cenová politika všech účastníků distribučního řetězce – jak výrobce, tak distributora a konkrétní lékárny.

### VÍCE INFORMACÍ:

Informační centrum VZP ČR | Orlická 4/2020,  
130 00 Praha 3 | Infolinka: 952 222 222 | e-mail: info@vzp.cz  
[www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)

NOK-POJ-L/6/2016

# NA CO SE NÁS NEJČASTĚJI PTÁTE

POJIŠTĚNCI



## NA CO SE NÁS NEJČASTĚJI PTÁTE

Všeobecná zdravotní pojišťovna s bezmála 6 miliony pojištěnců je suverénně největší pojišťovnou v Česku a to s sebou nese obrovské množství dotazů, které na ni směřují. Jen na speciální lince 952 222 222 vyřídí operátoři denně tisíce hovorů a další stovky dotazů zodpoví e-mailem.

A co teprve kolik lidí se chodí ptát přímo k přepážkám – tady jich za celý rok napočítáme miliony.

Mnoho dotazů se přitom víceméně opakuje – podnikatelé a živnostníci se ptají třeba na věci spojené s podáním přehledu o příjmech a výdajích a placením pojistného, nastávající maminky zjišťují, jak je to s přihlášením miminka ke zdravotní pojišťovně, jiné věci zajímají seniory, jiné dárce krve...

Přepážkoví pracovníci a telefonní operátoři jsou vám připraveni vyjít vstříc. Možná by vám ale ušetřilo drahocenný čas, kdybyste znali odpovědi na dotazy, které už položili lidé před vámi.

A právě v tom vám chceme pomoci. Připravili jsme přehled nejčastějších dotazů, s nimiž se na VZP klienti obracejí. Pokud se z odpovědí na ně dozvíte alespoň něco, co pro vás bude užitečné, budeme rádi.

Vaše VZP

### 1. JAK SE MOHU STÁT POJIŠTĚNCEM VZP?

V ČR existuje v současné době 7 zdravotních pojišťoven. Účastníky veřejného zdravotního pojištění jsou (a pojištěnci VZP se mohou stát) osoby, které mají na území ČR trvalý pobyt, případně osoby, které nemají na území ČR trvalý pobyt, avšak jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Nařizení EU nebo bilaterální smlouvy ČR pak stanovují další případy (např. výdělečně činné osoby ze zemí EU).

Přeregistraci mezi zdravotními pojišťovnami je možné dle zákona o veřejném zdravotním pojištění učinit 1x ročně, a to jen k 1. dni kalendářního pololetí. Žádost je nutné podat nejpozději 3 měsíce před požadovaným dnem změny, zároveň ale v průběhu pololetí bezprostředně předcházejícího tomu, ve kterém má ke změně pojišťovny dojít. U žádosti podané od 1. 1. do 31. 3. ke změně pojišťovny dochází k 1. 7. daného roku; u žádosti podané od 1. 7. do 30. 9. ke změně pojišťovny dochází k 1. 1. roku následujícího. Žádosti o přeregistraci jsou přijímány na jakékoli pobočce VZP, nebo je možné zaslání poštou.

Automaticky se pojištěnci VZP stávají děti narozené maminkám, které jsou samy v den porodu pojištěné u VZP. Je ale třeba dítě u pojišťovny registrovat, a to do 8 dnů po narození.

### 2. CO VŠECHNO MI VZP HRADÍ?

Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny služby, které mají vést ke zlepšení či zachování zdravotního stavu pojištěnce, případně ke zmírnění jeho utrpení. Pojištění pokrývá ambulantní i ústavní léčebnou péči, preventivní péči, poskytování léčivých přípravků či zdravotnických prostředků, lůžkovou péči a další. Co je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, stanovuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR.

Zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění je vám jako pojištěnci VZP bezplatně poskytnuta ve zdravotnickém zařízení, jež má smlouvu s VZP. Avšak v případě akutní potřeby lékařského ošetření vás nesmí odmítnout ani zařízení, které smlouvu nemá.

### 3. CO A V JAKÝCH TERMÍNECH MUSÍM POJIŠTOVNĚ HLÁSIT?

Změnu jména, příjmení, trvalého bydliště nebo rodného čísla má pojištěnec povinnost oznámit zdravotní pojišťovně do 30 dnů.

Do 8 dnů je nutné oznámit:

- zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti
- skutečnosti, díky kterým by za vás měl začít (nebo naopak přestat) platit pojistné stát
- přechod do kategorie osob bez zdanitelných příjmů.

Pro nahlášení těchto změn můžete využít formulář Přihláška a evidenční list pojištěnce.

Do 8 dnů se také musí pojišťovně hlásit nástup do zaměstnání nebo jeho ukončení, ale tuto povinnost plní zaměstnavatel.

Osmidenní limit platí i pro oznámení narození dítěte a jeho registraci nebo pro nahlášení ztráty nebo poškození průkazu pojištěnce.

### 4. VYPRŠÍ MI PLATNOST PRŮKAZU VZP. DOSTANU NOVÝ AUTOMATICKY, NEBO O NĚJ MUSÍM NĚKDE ŽÁDAT?

Nový průkaz pojištěnce VZP je zaslán automaticky poštou na adresu trvalého bydliště, případně na jinou zaevidovanou doručovací adresu. Pokud byste ho nedostali ještě před vypršením platnosti starého, kontaktujte některou z poboček VZP nebo volejte 952 222 222 – je možné, že u vás nemáme správné kontaktní údaje např. po změně bydliště nebo jména.

### 5. JAK ČASTO MOHU MĚNIT REGISTRUJÍCÍHO LÉKAŘE?

Registrujícího praktického lékaře můžete změnit po třech měsících od předchozí registrace. Pojištěnec má obecně (bez časové limitace) právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky, který je ve smluvním vztahu k jeho zdravotní pojišťovně, a na výběr zdravotnického zařízení. Omezení, že toto právo může uplatnit jednou za 3 měsíce, se týká jen registrujícího poskytovatele zdravotních služeb, tedy praktického lékaře, gynekologa a stomatologa.

### 6. NECHAL JSEM SE OŠETŘIT U LÉKAŘE, KTERÝ NEMÁ SMLOUVU S VZP. PROPLATÍ MI VZP ÚČTY ZA TUTO PÉČI, KTEROU JSEM SÁM ZAPLATIL?

Bohužel nikoli. Žádná zdravotní pojišťovna neproplácí zdravotní péči u nesmluvního lékaře, kterou si klient uhradil. Hradit poskytnutou zdravotní péči formou „pokladenského systému“ není možné, protože tuto formu zákon o veřejném zdravotním pojištění nepřipouští. Pokud si pro své ošetření či vyšetření vyberete nesmluvní zdravotnické zařízení, vzdáváte se práva na úhradu péče z veřejného zdravotního pojištění, a veškerou zdravotní péči tam poskytnutou, včetně léků a doprovodných vyšetření, si hradíte ze svých prostředků. Klient má totiž sice právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb, ale ten musí být ve smluvním vztahu k jeho zdravotní pojišťovně. Výjimkou je nutná a neodkladná péče; tu pojišťovna uhradí i nesmluvnímu poskytovateli zdravotních služeb (takže pacient sám ji neplatí).

### 7. MEZI PREVENTIVNÍMI PROHLÍDKAMI NENÍ UVEDENA PROHLÍDKA U OČNÍHO LÉKAŘE. ZNAMENÁ TO, ŽE K OČNÍMU LÉKAŘI JÍT JEN TAK Z PREVENTIVNÍCH DŮVODŮ NEMOŽE? NEBO JE TŘEBA MÍT DOPORUČENÍ OD PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?

K očnímu lékaři se můžete objednat bez doporučení od praktického lékaře, a to i když žádnou zrakovou vadu nebo potíže související

s očima nemáte a chcete jen vyšetřit preventivně. Praktický lékař má ale každému pacientovi v rámci preventivní prohlídky, na kterou se má chodit co dva roky, provést i orientační vyšetření zraku. Výstupem preventivní prohlídky u praktického lékaře tedy může být jeho doporučení, abyste očního lékaře navštívil. Zejména v případě, že máte nemoci, které mohou zrak ovlivnit, byste měl chodit k očnímu lékaři pravidelně. To se týká např. diabetu či vysokého krevního tlaku. Důvodem k preventivní návštěvě oftalmologa by měl být také výskyt očních vad v rodině, zejména zeleného či šedého zákalu.

Jak často a v jakém věku by měl člověk docházet na preventivní vyšetření k očnímu lékaři, není nikde (v zákoně, vyhlášce apod.) stanoveno. Na rozdíl od preventivních prohlídek u praktického lékaře, resp. praktického lékaře pro děti a dorost, gynekologa a zubního lékaře, kde frekvenci i obsah prohlídek určuje samostatná vyhláška ministerstva zdravotnictví. Sami oftalmologové zmiňují jako vyhovující dvou- nebo tříletý interval preventivní prohlídky u mladých osob, od 40 let pak je vhodné nechat si oči zkontrolovat častěji. Kdo nosí brýle či kontaktní čočky, chodívá na prohlídku většinou podle potřeby. Pojištěnec má nárok na předpis a úhradu brýlových čoček v základním provedení vždy při změně korekce (počtu dioptrií), jinak pojišťovna hradí pojištěncům nad 15 let jednou za tři roky brýlové čočky v základním provedení a přispívá částkou 150 Kč na brýlovou obrubu.

Při první prohlídce se lékař dotáže na vaši anamnézu, včetně chorob a aktuálně užívaných léků. Součástí vyšetření bude nejen vyšetření zrakové ostrosti, ale i vyšetření oka a očního pozadí a kontrola nitroočního tlaku, což je důležité zejména u pacientů se zmíněnými chorobami a obecně u starších pacientů.

### 8. OD SVÉHO UROLOGA NEDOSTÁVÁM PÍSEMNÉ ZPRÁVY PRO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE. JINÍ LÉKAŘI MI JE VYDÁVAJÍ AUTOMATICKY, A TAK BYCH RÁDA VĚDĚLA, JESTLI NENÍ STANOVENA PRO VŠECHNY LÉKAŘE POVINNOST VYDÁVAT LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY VŽDY PO VYŠETŘENÍ.

Každý lékař má povinnost sepsat lékařskou zprávu a předat ji registrujícímu praktickému lékaři, popř. dalšímu lékaři dle potřeby. Pokud o to pacient požádá, má lékař povinnost tuto lékařskou zprávu poskytnout také jemu. Běžné je, že lékař předává zprávu praktickému lékaři prostřednictvím pacienta, tedy po vyšetření dá písemnou zprávu pacientovi, kterého poučí, že ji má odevzdat svému praktickému lékaři. Pacient by měl zprávu předat praktickému lékaři bezodkladně a může ji poskytnout i dalším svým lékařům podle svého uvážení či jejich požadavků. Lékařská zpráva na vyžádání pacienta by měla být vypracována lékařem bezplatně.

Trochu jinak je to u registrujícího zubního lékaře a gynekologa – ti mají povinnost předat zprávu praktickému lékaři jen v případě,