

O podrobné vysvětlení „svého účtu“ můžete požádat na přepážkovém pracovišti VZP, protože pojišťovna podle údajů ze zdravotnických zařízení eviduje u každého svého klienta jeho zaplacené poplatky a započitatelné doplátky za léky.

7. JAK PROBÍHÁ SCHVALOVÁNÍ LÁZEŇSKÉ PÉČE A KDO ROZHODUJE O TOM, ZDA MÁ PACIENT NA LÁZEŇSKOU PÉČI NÁROK?

Lázeňskou péči doporučuje pacientovi na základě zdravotního stavu jeho ošetřující lékař. V praxi to znamená, že lázeňskou péči zpravidla doporučuje odborník-speciálista pro jednotlivé druhy onemocnění tak, jak je uvedeno u jednotlivých indikací v indikačním seznamu. Na základě tohoto doporučení pak registrující praktický lékař (nebo ošetřující lékař při hospitalizaci) podává řádně vyplněný návrh na lázeňskou péči na smluvně a místně jemu příslušné regionální pracoviště VZP pro správu agendy léčebně rehabilitační péče. V předloženém návrhu revizní lékař posuzuje oprávněnost nároku na úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění podle podmínek tzv. indikačního seznamu a dalších legislativních norem.

V případě, že to zdravotní stav pacienta prokazatelně vyžaduje a jsou splněny všechny stanovené podmínky pro úhradu, je návrh na lázeňskou péči revizním lékařem potvrzen pro požadovaný nebo příslušný typ péče. Revizní lékař totiž může v odůvodněných případech místo navrhované komplexní lázeňské péče schválit úhradu příspěvkové formy lázeňské péče, u které je z veřejného zdravotního pojištění hrazena veškerá předmětná zdravotní péče (zdravotní služby) a pacient si hradí ubytování a stravování.

Pokud revizní lékař neschválí („nepotvrdí“) úhradu návrhu na lázeňskou péči, vydá „vyjádření“, tj. na návrhu vystavujícímu lékaři nebo v průvodním dopise klientovi uvede věcné zdůvodnění zamítnutí návrhu a připojí stručné poučení o možnosti podání odvolání do 15 dnů od vrácení návrhu. Odvolání podává řediteli Odboru zdravotní péče regionální pobočky VZP zpravidla ošetřující, resp. lékař, který lázeňský návrh vystavil. Podat písemnou žádost o přehodnocení rozhodnutí revizního lékaře samozřejmě může podat také pacient nebo jeho rodina.

8. JESTLIŽE SE PŘÍSPĚVKOVÉ LÁZNĚ MOHOU OPAKOVAT JEDNOU ZA DVA ROKY, ZAJÍMALO BY MĚ, ZDA JE MOŽNO DOSTAT PŘÍSPĚVKOVOU LÁZEŇSKOU PÉČI JEDEN ROK NA DIAGNÓZU NEMOC SRDCE, DRUHÝ ROK NA POHYBOVÉ ÚSTROJÍ, PAK V ROCE NÁSLEDUJÍCÍM ZASE NA NEMOC SRDCE ATD.

Lázeňská léčebně rehabilitační péče (ať komplexní, nebo příspěvková) je podle zákona o veřejném zdravotním pojištění

hrazenou službou, pouze je-li poskytována jako nezbytná součást léčebného procesu, kdy její poskytnutí doporučil ošetřující lékař a potvrdil revizní lékař. Návrh podává registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

Příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče může být podle zákona za splnění stanovených podmínek poskytnuta jednou za dva roky, nerozhodne-li revizní lékař jinak. To tedy znamená, že obecně je příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče poskytována v intervalu daném zákonem (jednou za dva roky), ale ve výjimečných případech, kdy se kombinuje více onemocnění a zdravotní stav lázeňské léčení vyžaduje, může revizní lékař rozhodnout o jiné délce intervalu pro poskytnutí příspěvkové lázeňské péče.

Poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče ale musí primárně vždy doporučit ošetřující lékař podle zdravotního stavu pacienta a její indikace musí odpovídat Indikačnímu seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost.

9. OD JARA DO PODZIMU TEĎ BYDLÍME S MANŽELKOU NA CHATĚ. V OBCI JE PRAKTIČKÝ LÉKAŘ, ALE BEZ REGISTRACE U NĚJ BY NÁS PRŮ OŠETŘIL JEN V PŘÍPADĚ, KDY BY ŠLO O OHROŽENÍ ŽIVOTA. JENŽE MY JSME REGISTROVÁNI V PRAZE, KDE BUDEME ZBÝVAJÍCÍ ČÁST ROKU. JAK MÁME TUTO SITUACI ŘEŠIT?

Při déletrvajícím pobytu mimo trvalé bydliště se v případě potřeby poskytnutí zdravotních služeb praktickým lékařem nabízejí dvě možnosti. První z nich je, že vás lékař, u něhož nejste registrováni, ošetří v rámci tzv. nepravidelné péče. Tu vykáže k úhradě pojišťovně na zvláštním dokladu (05). Je to postup, který praktičtí lékaři nepochybně znají a běžně jím péči poskytnutou neregistrovaným pojištěncům vykazují. Rozhodně není pravdou, že by se o klienta mohl a měl praktický lékař, u něhož není registrován, postarat jen v případě, kdy jde o život ohrožující stav.

Druhou možností je přeregistrace k novému lékaři na potřebnou dobu, alespoň ale na čtvrt roku. Pojištěnec má podle zákona o veřejném zdravotním pojištění právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb, který je ve smluvním vztahu k jeho zdravotní pojišťovně. V případě registrujícího lékaře (to je vedle praktického lékaře i gynekolog a zubní lékař) může toto právo uplatnit jednou za 3 měsíce. Třemi měsíci se přitom nemíní kalendářní čtvrtletí. U nově zvoleného lékaře musíte být alespoň tři měsíce registrováni, po návratu do místa trvalého pobytu byste se pak přeregistrovali zpět. V případě, že se zaregistrujete např. od 10. 7., můžete se tedy ke svému původnímu praktickému lékaři vrátit nejdříve od 10. 10.

10. MÁM NÁROK NA PROPLACENÍ DOPRAVY K LÉKAŘI?

O zdravotním transportu může rozhodnout pouze váš lékař, a to na základě vašeho aktuálního zdravotního stavu. Musí k ní být prokazatelně zdravotní důvody, nikoli důvody sociální (jako je např. špatné dopravní spojení apod.). Lékař musí vyplnit Příkaz ke zdravotnímu transportu. Pokud se jedná o přepravu ke specialistovi, příkaz na cestu tam vyplňuje „odesílající“ lékař, na cestu zpět pak specialista, který zdravotní péči poskytl.

Jestliže se rozhodnete se místo přepravy sanitkou pro dopravu soukromým vozidlem (a ošetřující lékař takovou dopravu předem schválí), máte nárok na náhradu cestovních nákladů. Podmínkou ale je, že vozidlo musí řídit někdo jiný.

Na základě rozhodnutí lékaře může být hrazena i doprava doprovodu pacienta. Musí se však jednat o osobu, jejíž přítomnost je s ohledem na zdravotní stav pacienta nutná pro následné ošetření a vyšetření.

11. JAK ČASTO MÁM NÁROK NA BRÝLE?

Dospělým pacientům pojišťovna hradí max. 1x za tři roky brýlové čočky v základním provedení a 150 Kč na brýlovou obrubu. Při změně počtu dioptrií jsou čočky hrazeny bez ohledu na tento limit. Za dražší obrubu a lepší čočky (tvrzené, plastové aj.) si musíte připlatit. Oční optik je ale povinen mít vždy v nabídce základní sortiment brýlových čoček a obrub zcela bez doplátku.

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

NOK-SENIOR-L/6/2016

NA CO SE NÁS NEJČASTĚJI PTÁTE

SENIORŮ



NA CO SE NÁS NEJČASTĚJI PTÁTE – SENIOŘI

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. ODCHÁZÍM DO DŮCHODU – JSOU S TÍM VŮČI POJIŠŤOVNĚ SPOJENY NĚJAKÉ POVINNOSTI?

Odchodem do důchodu se dostanete do kategorie tzv. státních pojištěnců, což znamená, že za vás bude platit pojistné na zdravotní pojištění stát. Zdravotní pojišťovně je však třeba oznámit, že máte nárok na zařazení do kategorie státních pojištěnců. Oznámení je za svého zaměstnance povinen provést zaměstnavatel (pokud je mu tato skutečnost známa). Oznamovací povinnost však máte i vy, pokud jste zjistil, že zaměstnavatel svoji povinnost nesplnil. Dotázat se můžete buď přímo zaměstnavatele, nebo na své zdravotní pojišťovně. Tato povinnost musí být splněna vždy do osmi dnů od vzniku oznamované skutečnosti.

V případě, že pojištěnec nebyl zaměstnán, má povinnost nahlásit zdravotní pojišťovně přiznání důchodu sám.

2. NEDÁVNO JSEM ODEŠEL DO DŮCHODU, ALE JIŽ NĚKOLIK LET SI PŘIVYDĚLÁVÁM NA ŽIVNOSTENSKÝ LIST. DOKUD JSEM BYL ZAMĚŠTNANÝ, PLATIL JSEM POJISTNÉ VŽDY JEN PO PODÁNÍ PŘEHLEDU. JE PRAVDA, ŽE PO UKONČENÍ ZAMĚŠTNÁNÍ MUSÍM JAKO OSVČ ZAČÍT PLATIT I MĚSÍČNÍ ZÁLOHY? VŽDYŤ PRŮBĚŽNĚ ZA MĚ PLATÍ POJISTNÉ STÁT, STEJNĚ JAKO PŘEDTÍM ZAMĚŠTNAVATEL.

Ano, je to pravda. Zálohy jako OSVČ není povinen platit ten, kdo je zároveň zaměstnancem a své zdravotní pojišťovně sdělí, že samostatná výdělečná činnost není hlavním zdrojem jeho příjmů. V přehledu si v bodě 2 (Prohlášení pojištěnce) můžete všimnout, že u otázky „v jakých měsících pro vás neplatila povinnost platit zálohy“ můžete vyplnit jako důvod jen variantu „zaměstnání“, nebo „nemoc OSVČ“. Nikoli, že za vás zároveň hradí zdravotní pojištění stát.

Podnikající osoby, za které je zároveň po celý měsíc plátcem pojistného stát, zálohy platit musí; mají jen tu výhodu, že se na ně nevztahuje minimální vyměřovací základ. Do přehledu takový podnikatel vyznačí, v jakých měsících mu nebyl stanoven minimální vyměřovací základ a z jakého důvodu – v daném případě varianta a) „plátcem pojistného byl i stát“. Zálohy platí ve výši vypočtené na základě svých skutečných příjmů, třeba i jen pár korun. Jen ten, kdo patří mezi „státní pojištěnce“ a samostatnou výdělečnou činnost zahajuje, není povinen v prvním kalendářním roce své činnosti platit zálohy na pojistné. Pojistné zaplatí formou doplatku po podání přehledu a v něm si zároveň vypočte výši záloh pro příští období.

Bylo tedy zcela v pořádku, že jste v rámci souběhu „zaměstnanec a OSVČ“ v uplynulých letech zálohy neplatil. Od doby, kdy jste odešel do důchodu, jste ale opravdu povinen zálohy platit, a to ve výši vypočtené v přehledu za předchozí rok.

3. JESTLIŽE JSEM V DŮCHODU A ZÁROVEŇ JSEM ZAMĚŠTNÁN NA ZÁKLADĚ PRACOVNÍ SMLOUVY, TAK ZA MĚ MUSÍ ZAMĚŠTNAVATEL ODVÁDĚT POJISTNÉ NA ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ?

Ano, opravdu je tomu tak. Jelikož jste poživitelem důchodu, tak za vás hradí zdravotní pojištění stát. To však nic nemění na povinnosti zaměstnavatele za vás provádět odvody na zdravotní pojištění. Při souběhu kategorií „zaměstnanec a státní pojištěnec“ však není třeba dodržet minimální vyměřovací základ a zaměstnavatel tak provádí odvody na zdravotní pojištění dle vašich skutečných příjmů.

4. 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.

5. MOHU VYUŽÍVAT BEZPLATNÝCH PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK U ZUBAŘE, I KDYŽ UŽ MÁM JEN ZUBY UMĚLÉ? NEBO SE JAKO PREVENCE NEDÁ BRÁT PRŮBĚŽNÁ KONTROLA TOHO, JAK NÁHRADA SEDÍ, A JEJÍ PŘÍPADNÁ ÚPRAVA?

Na zubní preventivní prohlídky pojištěnec neztrácí nárok ani v případě, že má místo „svých zubů“ celkové snímací náhrady. Obsahem preventivní prohlídky u zubního lékaře totiž podle příslušné vyhlášky ministerstva zdravotnictví není jen vyšetření chrupu. Lékař u dospělých provádí i vyšetření parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní. Součástí preventivní prohlídky je také onkologická prevence zaměřená na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, což nabývá právě u pacientů vyššího věku na důležitosti. Lékař má pacienta také poučit o správné hygieně dutiny ústní. Z tohoto popisu jasně plyne, že i pacient, který už vlastní chrup nemá, má nadále nárok na preventivní prohlídky u zubního lékaře.

V případě pacienta s celkovými snímacími náhradami bude jistě součástí preventivní prohlídky i kontrola toho, jak protéza

sedí, spolu s vyšetřením stavu měkkých tkání a čelistí. Případné úpravy zubní protézy však už součástí preventivní prohlídky nejsou. Opravu nebo úpravu snímatelné náhrady v ordinaci (bez návaznosti na další laboratorní zpracování) vykonává lékař samostatným výkonem, který je také hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Novou snímatelnou celkovou náhradu VZP pacientovi hradí jednou za tři roky (pokud revizní lékař nerozhodne jinak). Nehradí se ale ztracené nebo nedbalým zacházením zničené stomatologicko-protetické náhrady.

6. OD LOŇSKÉHO ROKU BERU LÉKY, NA KTERÉ V LÉKÁRNĚ HODNĚ DOPLÁCÍM, A DOMNÍVÁM SE, ŽE ROČNÍ LIMIT JSEM URČITĚ PŘEKROČIL. KDY DOSTANU PENÍZE ZPĚT?

Pokud celková částka uhrazená pojištěncem za doplatky za předepsané léčivé přípravky částečně hrazené ze zdravotního pojištění překročí v kalendářním roce zákonem stanovený limit, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci částku, o kterou je tento limit překročen. Tuto částku uhradí do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. V dalších kalendářních čtvrtletích mu pak vždy do 60 dnů uhradí částku ve výši součtu doplatků započítatelných do limitu za příslušné čtvrtletí. Případný přeplatek byste tedy dostal nejdříve do 60 dnů po konci roku, pokud byste limit překročil až ve čtvrtém čtvrtletí. Přeplatek je vždy převáděn na účet nebo hrazen složenkou.

Do limitu se ale nezapočítává vše, co pacient v lékárně doplatil. Doplatky na léčivé přípravky se započítávají pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání (tzn. ústy, injekčně apod.), u něhož je doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky nejvyšší. Pacient se může svého lékaře ptát, zda neexistuje levnější varianta předepsovaného léku, případně mu mohou předepsaný lék zaměnit za jiný s menším doplatkem i v lékárně, ale jen s jeho souhlasem a pokud lékař nevyznačil zákaz záměny. V medicínsky odůvodněných případech může lékař na receptu vyznačit, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit jiným; pak se do limitu započítává doplatek v plné výši. Seznam léčivých přípravků včetně výše doplatku započítatelného do limitu zveřejňuje na svých webových stránkách MZ (www.mzcr.cz) a Státní ústav pro kontrolu léčiv (www.sukl.cz).

U lidí do 65 let se do limitu nezapočítávají doplatky na předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě. Seznam těchto léčivých látek stanoví MZ vyhláškou.