

## POUČENÍ K ŽÁDOSTI O NÁHRADU NÁKLADŮ VYNALOŽENÝCH NA ZDRAVOTNÍ SLUŽBY V ZAHRANIČÍ

- (1) Dnem doručení žádosti ZP MV ČR je zahájeno správní řízení, které se řídí zákonem č. 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění (dále jen „řízení“). ZP MV ČR o žádosti rozhoduje bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě 30 dnů od doručení žádosti, ve zvlášť složitých případech do 60 dnů.

Pojištěnec má jako účastník řízení právo činit během řízení podání a navrhopat důkazy, vyjadřovat se během řízení k postupu ZP MV ČR jako správního orgánu, žádat informace o průběhu řízení, jakož i právo nahlížet do spisu.

- (2) Pokud byly pojištěnci v důsledku onemocnění nebo úrazu během jeho pobytu na území členských států EU, ESVO<sup>1</sup> (Norsko, Lichtenštejnsko, Island) nebo ve Švýcarsku poskytnuty zdravotní služby, za které musel zaplatit sám, náhrada nákladů může být provedena dle tarifů:
- státu ošetření/léčení,
  - státu pojištění (Česká republika),
- přičemž pojištěnec si může vybrat, kterou možnost zvolí.

Pokud byly zdravotní služby poskytnuty ve státech, se kterými má ČR uzavřenou smlouvu o sociálním zabezpečení, která se vztahuje na oblast zdravotního pojištění, tj. Makedonii, Turecku, Srbsku a Černé Hoře<sup>2</sup> (dále jen „smluvní státy“), bude žádost o náhradu nákladů vynaložených pojištěncem vždy posouzena nejprve podle tarifů platných ve státě ošetření.

Pouze v případě, že tarify státu ošetření žádnou náhradu nákladů nepřiznávají, bude žádost o náhradu posouzena do výše české úhrady poskytnutých zdravotních služeb. V tomto případě pojištěnec nemá možnost výběru tarifů pro účely náhrady.

Pokud byly zdravotní služby poskytnuty v zemích mimo členské státy EU, ESVO či smluvní státy, pojištěnec má nárok na refundaci nákladů vynaložených na poskytnutí nedokladných zdravotních služeb<sup>3</sup>. Žádost o náhradu nákladů bude v takových případech posouzena do výše české úhrady stanovené pro tyto zdravotní služby.

Je-li náhrada přiznána, je ze strany ZP MV ČR provedena vždy v české měně.

- (3) Posouzení a určení tarifů státu ošetření/léčení může trvat delší dobu, někdy i několik měsíců. ZP MV ČR se v této souvislosti dotazuje pověřené zahraniční instituce ve státě léčení, která ZP MV ČR sděluje částku, jež odpovídá úhradě za konkrétní poskytnuté zdravotní služby dle tarifů platných ve státě ošetření.
- (4) Výše náhrady dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění může být výrazně nižší než částka nákladů skutečně vynaložených pojištěncem v zahraničí.
- (5) V případě cíleného vycestování za účelem plánovaného léčení v zahraničí je možné přiznat náhradu nákladů vynaložených pojištěncem s odkazem na skutečnost, že:
- pojištěnec vycestoval za plánovaným léčením do jiného členského státu EU, ESVO nebo Švýcarska s předchozím souhlasem ZP MV ČR, přesto musel náklady na poskytnuté zdravotní služby zcela nebo zčásti uhradit ze svých prostředků; v takovém případě se porovnává výše úhrady dle tarifů státu ošetření a státu pojištění (Česká republika), přičemž pojištěnci je vyplacena částka pro něj výhodnější, vždy však jen do výše částky pojištěncem skutečně vynaložené.

<sup>1</sup> Evropské sdružení volného obchodu

<sup>2</sup> aktuální stav k červenci 2015

<sup>3</sup> viz ustanovení § 5 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

- b. pojištěnec vycestoval za plánovaným léčením do jiného členského státu EU bez předchozího souhlasu ZP MV ČR a veškeré náklady související s poskytnutím zdravotních služeb uhradil ze svých prostředků; v takovém případě je možné pojištěnci přiznat náhradu nákladů do výše české úhrady za zdravotní služby odpovídající těm, které byly poskytnuty v zahraničí. Náhradu nelze provést, jestliže se jedná o zdravotní služby nehrzené ze systému veřejného zdravotního pojištění České republiky. Pro účely náhrady je nutné splnit vnitrostátní podmínky stanovené českými právními předpisy pro poskytování jednotlivých zdravotních služeb na území České republiky.
- (6) Ověřeným bankovním spojením se rozumí číslo bankovního účtu pojištěnce, nahlášené ZP MV ČR předepsaným způsobem a zaevidované v jejím informačním systému (dále jen „IS“), na které bude provedena náhrada. Takto evidované číslo ověřeného bankovního spojení může být nadále využíváno pro veškeré bezhotovostní výplaty pojištěnci včetně výplat nadlimitních částek za poplatky a doplátky dle ustanovení § 16a a 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, výplat v rámci čerpání fondu prevence apod.
- V případě, že pojištěnec žádá o založení nebo změnu ověřeného bankovního spojení, je potřeba požádat na samostatném tiskopisu „Žádost o vypořádání“.

## **PŘÍLOHY K ŽÁDOSTI**

- Originál účetního/jiného dokladu, ze kterého vyplývá provedení platby poskytovateli zdravotních služeb.
- Lékařská zpráva/jiný doklad vystavený poskytovatelem zdravotní služby, ze které/-ho je patrné, jaké zdravotní služby byly poskytnuty.
- Plná moc v případě zastupování pojištěnce třetí osobou.
- Žádost o vypořádání v případě založení nebo změny ověřeného bankovního spojení.