

Investice do prevence se vyplácí



Vojenská zdravotní pojišťovna ČR za celou dobu své existence vycházela a vychází z toho, že je třeba věnovat soustavnou pozornost preventivní péči o pojištěnce. Dlouholeté zkušenosti ukazují, že prevence je vždy lepší, než vážné onemocnění, které nejen zvyšuje výdajovou část zdravotního pojištění, ale má především celou řadu negativních dopadů na pojištěnce včetně těch sociálních. Proto kromě úhrady preventivních opatření hrazených z veřejného zdravotního pojištění poskytuje Vojenská zdravotní pojišťovna ČR svým pojištěncům řadu příspěvků a hradí celou řadu speciálně sestavených programů, a to v rámci tzv. „rozšířené zdravotní péče“. Tato péče je hrazena z fondu prevence.

Kromě preventivních programů a příspěvků, které znají pojištěnci Vojenské zdravotní pojišťovny ČR již z loňského roku a začátku roku letošního, schválila správní rada od 1. září 2010 dva nové programy, a to Program pro seniory a Program pro profesionální řidiče. U některých programů došlo také ke změně podmínek, zejména byla zrušena podmínka uplynutí stanovené doby pojištění pro možnost proplácení příspěvků. Programy rozšířené zdravotní péče se tak stávají přístupnější širokému okruhu pojištěnců. Vojenská zdravotní pojišťovna ČR umožňuje svým pojištěncům čerpat tyto preventivní programy:

DĚTSKÉ OZDRAVNÉ POBYTY V TUZEMSKU A V ZAHRANIČÍ

Pojišťovna připravuje i pro rok 2011 pro své dětské pojištěnce patnáctidenní ozdravné pobyty v zahraničí a v tuzemsku. Jejich cílem je zvýšit odolnost organismu a zlepšit zdravotní stav dětí především s alergickým onemocněním, různou formou ekzému, onemocněním horních a dolních cest dýchacích na podkladě snížené imunity, chronickým onemocněním pohybového aparátu a celkovou tělesnou slabostí. Na tyto ozdravné pobyty významně finančně přispěje.

PROGRAM ZDRAVÁ RODINA

Program je určen rodinám s dětmi ve věku od 2 do 18 let. Dětem se v rámci tohoto programu poskytuje příspěvek na ošetření chrupu fluorizací v hodnotě do 150 Kč ročně, příspěvek na prevenci úrazovosti při sportu, např. nákup cyklistické přilby, sportovních chráničů kolen a holení ve výši do 500 Kč 1x za 3 roky, příspěvek na očkování proti chřipce ve výši do 350 Kč ročně a příspěvek nejvýše 350 Kč ročně na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci. Rodičům dítěte se poskytuje příspěvek na očkování proti chřipce ve výši 350 Kč ročně a příspěvek na léčebný tělocvik a tělesnou rege-

raci na základě prokázaných nákladů, nejvýše však 350 Kč ročně.

PROGRAM STUDENT

Program je určen pojištěncům studujícím na střední škole, SOU, OU a VŠ. Studentovi se poskytuje příspěvek na očkování proti meningitidě do 1000 Kč ročně, dále příspěvek na očkování a přeočkování proti klíšťové encefalitidě. Příspěvek je poskytován v plné výši prokázaných nákladů na očkovací látku (1, 2 nebo 3 očkovací látky) do 700 Kč ročně. Očkování musí být realizováno do dosažení horní věkové hranice 26 let. Studentům, kteří cestují do zemí, kde je povinné či doporučeno očkování proti žlutence typu A a B, se poskytuje příspěvek do 1000 Kč ročně. Studentům se poskytuje i příspěvek na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci podle indikace lékaře na základě prokázaných nákladů, nejvýše však 350 Kč ročně.

PŘÍSPĚVEK NA OČKOVÁNÍ PROTI KLÍŠŤOVÉ ENCEFALITIDĚ

Příspěvek se poskytuje dětem ve věku od 2 do 18 let. Při základním očkování se proplácí 1/3 prokázaných nákladů za očkovací látku. Přeočkování se proplácí, pokud bude provedeno v období od 3 do 5 let od ukončení základního očkování.

PŘÍSPĚVEK NA OZDRAVNÉ POBYTY DĚTÍ A MLÁDEŽE ORGANIZOVANÉ ŠKOLAMI

Pojišťovna přispívá na ozdravné pobyty dětí a mládeže pořádané školami (lyžařský výcvik, škola v přírodě), případně jinými školskými zařízeními v trvání minimálně 5 dnů jednou ročně částkou 1000 Kč. Příspěvek je určen žákům a studentům jedenkrát na základní škole, jedenkrát na střední škole nebo na OU či SOU a jedenkrát na vysoké škole.

PŘÍSPĚVEK NA FIXNÍ (NESNÍMATELNÁ) ZUBNÍ ROVNÁTKA

Příspěvek mohou čerpat pojištěnci do 30 let věku. Příspěvek činí maximálně 1200 Kč na jednu celist, a to jedenkrát za celou dobu léčby. Příspěvek se poskytuje pouze na materiál u nově zhotoveného pevného (fixního) aparátu, jehož nasazení pacientovi lékař vykáže odpovídajícím kódem výkonu zdravotní pojišťovně.

PŘÍSPĚVEK NA OČKOVÁNÍ PROTI RAKOVINĚ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Pojišťovna poskytuje jednorázový příspěvek 2500 Kč ženám ve věku 13–19 let, které absolvovaly kompletní očkování proti rakovině děložního čípku, tj. tři očkování.

PŘÍSPĚVEK NA PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU DĚTÍ – SPORTOVČŮ REGISTROVANÝCH VE SPORTOVNÍCH KLUBECH

Pojišťovna přispívá jednou ročně na preventivní prohlídku sportujících dětí ve věku od 5 do 16 let do výše 200 Kč ročně.

PŘÍSPĚVEK NA OČKOVÁNÍ DĚTÍ PROTI HAEMOPHILLUS INFLUENZAE TYP B

Pojišťovna přispívá na očkování dětí do 18 let věku proti infekci způsobené Haemophilus influenzae jednorázovou částkou do výše 500 Kč na jednu dávku očkovací látky včetně její aplikace. Očkování zajišťuje ochranu dětské populace před často závažně probíhajícím onemocněním dýchacích cest či mozkomyslných blan. K očkování lze použít jak samostatnou vakcinu (ACTHIB), tak kombinovanou vakcinu (TETRAACTHIB – proti záškrtu, tetanu, černému kašli a Haemophilus influenzae typ B) podle indikace ošetřujícího lékaře.

PŘÍSPĚVKY PRO DÁRCE KRVE, KREVNÍ PLAZMY A KREVNÍCH DERIVÁTŮ

Bezpríspevkovým dárcům krve, krevní plazmy a krevních derivátů pojišťovna poskytuje za každý třetí odběr dárkovou poukázku v hodnotě 300 Kč. Dárcům, kteří získají stříbrnou Janského plaketu (20 odběrů), se poskytuje poukázka v hodnotě 500 Kč. Při získání zlaté Janského plakety (40 odběrů) činí hodnota poukázky 1000 Kč. Dárcům, kteří získají Zlatý kříž (3. tř. 80 odběrů, 2. tř. 120 odběrů, 1. tř. 160 odběrů), se poskytuje poukázka v hodnotě 2000 Kč. U dárců kostní dřevě se poskytuje poukázka v hodnotě 2000 Kč.

PŘÍSPĚVEK NA MAMOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ

Pojišťovna poskytuje příspěvek jednou za dva roky ženám ve věku od 40–45 let ve výši 300 Kč.

PŘÍSPĚVEK NA VYŠETŘENÍ OKULTNÍHO KRVÁCENÍ VE STOLICI

Pojišťovna poskytuje příspěvek až do výše 150 Kč na screeningové vyšetření k prevenci rakoviny tlustého střeva pomocí Haemocult testu, případně jiným standardizovaným testem, a to tehdy, pokud v tomto roce není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Příspěvek se poskytuje pojištěnci ve věku od 40 let do 50 let. Pak je již hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

PROGRAM PREVENTIVNÍ PÉČE O LETOVÝ PERSONÁL

Program zahrnuje úhrady pravidelných a stacionárních vyšetření profesionálních výkonových letců, palubních průvodčích a řídicích letového provozu. Pravidelná vyšetření se provádějí u všech skupin 1x ročně s výjimkou dopravních a obchodních pilotů starších 40 let, kteří jsou vyšetřováni 1x za 6 měsíců a s výjimkou palubních průvodčích, kteří

jsou vyšetřováni do 40 let věku 1x za 2 roky. Úhrada nákladů na vyšetření se poskytuje do výše prokázaných nákladů, nejvýše však do částky 1000 Kč za jednu prohlídku.

PŘÍSPĚVEK NA BRÝLOVÉ OBRUBY PRO DĚTI

Pojišťovna poskytuje příspěvek na brýlové obruby dětem do 15 let věku ve výši 200 Kč ročně.

PŘÍSPĚVEK NA PLAVÁNÍ

K podpoře prevence upevňování zdravotního stavu ohroženého konzervativním životním stylem a k posílení celkové obranyschopnosti organismu pojišťovna svým pojištěncům bez ohledu na věk poskytuje příspěvek 300 Kč na plavání kdekoliv v ČR.

PŘÍSPĚVEK NA VITAMÍNY PRO DĚTI

Dětem ve věku od 2 do 15 let poskytuje pojišťovna příspěvek ve výši 200 Kč za rok na multivitaminový či vitamínový přípravek zakoupený v lékárně. Vitamínový přípravek musí být vhodný pro dítě dané věkové kategorie a musí obsahovat především vitamín C a B.

PŘÍSPĚVEK NA ODVYKACÍ KÚRU PROTI KOUŘENÍ

Pojišťovna poskytuje jednorázový příspěvek, maximálně však do výše prokázaných nákladů na medikamentózní přípravky, které slouží k odvykání kouření. Předpokladem je, že přípravek byly indikovány lékařem v protikuřáckém centru.

PŘÍSPĚVEK NA CVIČENÍ S DĚTI DO 6 LET VĚKU

Pojišťovna poskytuje příspěvek 500 Kč na cvičení rodiče s malými dětmi v rámci odborně vedených kurzů pořádaných akreditovanými organizacemi.

PŘÍSPĚVEK NA PLAVÁNÍ PRO KOJENCE A BATOLATA DO 3 LET

Za účelem podpory zdravého vývoje kojenců a batolat poskytuje pojišťovna příspěvek na odborně vedené kurzy plavání do výše 1000 Kč na rok.

PŘÍSPĚVEK NA OČKOVÁNÍ PROTI ZÁVAŽNÝM INFEKČNÍM ONEMOCNĚNÍM NEHRAZENÝM Z VEŘEJNÉHO ZDRAVNÍHO POJIŠTĚNÍ

Pojišťovna poskytuje příspěvek na očkování, která nejsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění ani v rámci povinných očkování hrazených ze státního rozpočtu, a to ve výši do 500 Kč těm pojištěncům, kteří v průběhu roku nečerpalí příspěvek na

očkování z jiného programu rozšířené zdravotní péče.

PŘÍSPĚVEK NA KONDIČNÍ TĚLOCVIK NEBO JINÉ POHYBOVÉ AKTIVITY PRO TĚHOTNÉ ŽENY

Pojišťovna poskytuje příspěvek těhotným ženám na kondiční tělocvik nebo jiné pohybové aktivity pořádané v rámci odborně zaměřených kurzů ve výši do 1000 Kč.

PŘÍSPĚVEK NA OZDRAVNÉ A PREVENTIVNÍ POBYTY V PROSTORÁCH SE SOLNÝMI INHALÁTY

Pojišťovna poskytuje příspěvek pojištěncům na ozdravné a preventivní pobyty v prostorách se solnými inhaláty ve výši do 500 Kč.

PŘÍSPĚVEK NA LÉČEBNÝ TĚLOCVIK A TĚLESNOU REGENERACI (ZAHRAZENÉ PŘÍSPĚVEK NA SAUNU, POZHOVNU, MASÁŽE, AEROBIK A FITNESS)

Pojišťovna poskytuje příspěvek ve výši do 350 Kč na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci pojištěncům, kterým nenáleží takový příspěvek z jiného programu rozšířené zdravotní péče.

PROGRAM PÉČE O POJIŠTĚNÉ PRAČUJÍCÍ V RIZIKU A JINÉ SPECIFICKÉ SKUPINY POJIŠTĚNCŮ

Tento program je určen pro vojenská zařízení, zdravotnická zařízení, vývojová, výzkumná a další pracoviště, kterým hygienická služba přiznala kategorii rizikového pracoviště.

PROGRAM PRO SENIORY

Tento program je určen pojištěncům, kteří dosáhli věku 65 a více let. Součástí tohoto programu je, mimo jiné, příspěvek ve výši 500 Kč na mobilní zařízení nouzové signalizace. Tento příspěvek se poskytuje pojištěnci, který je u pojišťovny déle než 6 měsíců.

PROGRAM PRO PROFESIONÁLNÍ ŘIDIČE

Tento program je určen řidičům profesionálům, držitelům řidičského oprávnění skupiny C, C+E, C1+E, D, D1, D+E, D1+E. Součástí tohoto programu je, mimo jiné, příspěvek ve výši 1500 Kč na psychologické vyšetření.

Podrobnější podmínky pro poskytování uvedených programů a příspěvků jsou uvedeny na www.vozp.cz

Zdravotní péče o pojištěnce v EU

V posledních letech, kdy se Česká republika stala součástí Evropské unie, a také podpisem Schengenského smlouvy, se našim občanům výrazně zjednodušil pohyb mezi jednotlivými státy EU. Jednou z řad právních změn je i poskytování zdravotní péče na území všech členských států. Základní informace o nárocích českých občanů na území ostatních států EU se již dostaly do podvědomí našich pojištěnců. Přesto však v praxi dochází v řadě případů k nepochopení základních principů čerpání zdravotní péče na území těchto států.

Počet případů, kdy se český občan dožaduje čerpání péče v cizině na základě předložení jeho pasu, případně původního „papírového průkazu“, je v dnešní době již minimální. Informace, že v případě Evropského průkazu zdravotního pojištění (tzv. EHIC) se jedná o plastovou kartu s údaji o pojištěnci, je již většinou dobře známa. Ne každý však ví, že jedna strana karty vykazuje údaje konkrétní pojišťovny a její vzhled je plně v pravomoci této instituce. Naproti tomu rozsah údajů na druhé straně karty je v rámci celé EU přesně definován, a to včetně barevné úpravy (šedomodrá barva). Uvádějí se zde osobní údaje pojištěnce, jako je jeho jméno a datum narození, ale především jeho identifikační číslo po-

jištění. Přestože má každý stát EU právo vystavovat průkaz ve svém úředním jazyce, je posouzení, zda se cizí pojištěnec prokázal správným nárokovým dokladem, právě díky jednotné úpravě velmi snadné.

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR vystavuje svým pojištěncům na základě jejich žádosti EHIC na požádání, a to na všech svých pobočkách. V minulém roce, kdy skončila platnost EHIC u velké části pojištěnců, pak svým pojištěncům nové průkazy rozesílala automaticky, aniž by čekala na jejich žádost o zaslání. Také v případech, kdy pojištěnec nemá svůj český průkaz v cizině k dispozici (například mu byl odcizen) a požádá o pomoc, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR nahradí průkaz – „Potvrzení nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění“ – nejen vystaví, ale i zašle.

I v současné době však nadále dochází k situacím, kdy český pojištěnec v rámci států EU předloží požadovaný platný doklad, a přesto je v konečném důsledku donucen úhradou léčby zaplatit v hotovosti. Stejně jako pojištěnec, který z různých důvodů nemohl průkaz v cizině předložit, má po svém návratu právo požádat o refundaci uhrazených prostředků v cizině. Vždy je třeba se obracet na pobočku své zdravotní pojišťovny podle místa trvalého bydliště a zde předložit doklady, ze kterých bude patmo, kde v cizině léčba proběhla a z jakého důvodu. Nedílnou přílohou žádosti o refundaci jsou také doklady o skutečné úhradě nákladů.

Samotné proplácení je možné dvojnásobným způsobem. Jednak podle českých předpisů, kdy k refundaci dojde sice v poměrně krátké době, ale ve většině případů bude refundovaná částka v mnohem nižší výši, než ve které byla původně uhradena, nebo

podle předpisů státu ošetření, kdy je však nutné očekávat delší dobu vyřízení. Rozhodnutí, podle jakých předpisů bude pojišťovna postupovat, je vždy na samotném pojištěnci.

Pokud se pojištěnec rozhodne o postup podle předpisů státu, ve kterém byl ošetřen, obrátí se Vojenská zdravotní pojišťovna ČR určeným formulářem na některou ze zdravotních pojišťoven ve státě ošetření a požádá o zjištění nárokové částky. V praxi to znamená, že tato zahraniční instituce ověří, zda prováděný výkon je hrazen z jejich zákonného systému a zda a v jaké výši by jejich pojištěnec ve stejném zdravotnickém zařízení a při stejném lékařském zákroku získal nárok na úhradu. Evropské předpisy totiž přesně definují, že pojištěnec jednoho členského státu má nárok v ostatních státech EU na nezbytnou zdravotní péči za stejných podmínek jako místní pojištěnec. Českým pojištěncům tedy není možné uhradit žádné částky, které by hradil i místní pojištěnec (spoluúčast, poplatky apod.). Zjištění částku, na kterou je v dané situaci nárok ze zákonného systému při splnění všech podmínek, pak zahraniční instituce uvede do obdrženého formuláře a zašle zpět vystavující instituci. Uvedená výše refundace v tiskopise je pro kompetentní zdravotní pojišťovnu závazná. Pokud je tedy například pojištěnec Vojenské zdravotní pojišťovny ČR ošetřen v Bulharsku na jeho dovoleně místním hotelovým lékařem, který ve velké většině nemá uzavřenou smlouvu s žádnou bulharskou zdravotní pojišťovnou, vrátí bulharská pojišťovna Vojenské zdravotní pojišťovně ČR formulář s uvedením nulové náhrady za vynaložené prostředky v jejich státě.

Častým důvodem uvedení nulové náhrady ze strany jiného státu EU kromě ošetření privátním lékařem je také stomatologická léčba. Ve většině členských států nejsou základní výkony (např. ošetření zubního kazu výplní) vůbec z jejich zákonných systémů hrazeny. V případech zamítnutí refundace podle místních předpisů pak pojišťovna svým pojištěncům nabízí refundaci podle předpisů českých, aby se jim případné náklady alespoň snížily. V některých případech, především pokud se jedná o výrazný rozdíl mezi vydanými a obdrženými prostředky, dochází u pojištěnců ke zklamání a velké nespokojenosti. Podle platných právních předpisů však jiná možnost refundace neexistuje a odlišný postup ze strany zdravotní pojišťovny by byl protiprávní. Řešení se tak nachází ve sjednání komerčního připojištění na cesty do zahraničí, které pojištěncům pokryje náklady nejen na léčbu v cizině, ale vztahuje se i na případný převoz pacienta zpět do své vlasti. Právě tyto náklady na repatriaci, které v žádném případě nelze hradit nejen podle evropských, ale ani podle českých předpisů, patří v poslední době k těm nejčastějším a především k nejnákladnějším, se kterými se Vojenská zdravotní pojišťovna ČR v poslední době setkává. V nedávné době se v tisku několikrát objevila informace o možnosti léčby v ostatních státech EU pouze na základě rozhodnutí samotného občana. Jednalo se o informace nepřesné, případně velmi zkreslené. Zdravotní péče, za kterou pojištěnec úmyslně vycestuje do jiného státu léčení, podléhá přísným pravidlům a pacient si o ní nemůže rozhodnout sám. Právní nárok vzniká pouze tehdy, pokud mu potřebnou lékařskou péči nelze na území České republiky poskytnout bez zbytečného odkladu. Uvedené však

platí pouze za předpokladu, že léčba (zárok) je hrazena podle českého zákonného systému. O žádostech na uvedenou péči rozhoduje Komise pro schvalování vyžadované péče v cizině. V případě, že souhlas udělí, mají pojištěnci Vojenské zdravotní pojišťovny ČR ve státě ošetření nárok na stejnou péči za stejnou péči určitou částku spoluúčasti, vztahuje se tato povinnost i na českého pojištěnce. Jen v ojedinělých případech, kdy pojištěnec vycestuje do jiného členského státu EU za účelem čerpání zdravotní péče bez souhlasu své zdravotní pojišťovny, má nárok na určitou refundaci uhrazených prostředků. Musí se však jednat pouze o mimonemocniční péči hrazenou v souladu s českým zákonným systémem, u které dojde ke splnění všech podmínek daných českými právními předpisy pro převzetí nákladů zdravotní pojišťovnou. Za této situace si pacient bude péči hradit v hotovosti a následná refundace je možná pouze podle českých předpisů, tzn. do výše české ceny. Tato výše je ve srovnání s cenami ve většině států EU výrazně nižší. Pro vlastní refundaci je také nutné předložit doklad, ze kterého bude vyplývat, o jaké dávky šlo, stejně jako originální doklad o úhradě nákladů v cizině. Pokud by se jednalo o léčení

nemocniční, ke kterému Vojenská zdravotní pojišťovna ČR nedala souhlas, nemá pojištěnec právní nárok na refundace jakékoliv částky. Všechny žádosti pojištěnců Vojenské zdravotní pojišťovny ČR zmíněná komise vždy pečlivě projedná, případně i kontaktuje přední české specialisty, aby se ke konkrétnímu případu vyjádřili. Vojenská zdravotní pojišťovna ČR preferuje prevenci, protože zdravý pojištěnec jistě prožívá život mnohem hodnotněji, než nemocný, ale jako správný hospodář ví, že prevenci se může předejít raději než vážným onemocněním, jejichž léčba je později vysoce nákladná. Nařízení Rady EHS č. 883/2004 a č. 987/2009 upravují nejen rozsah péče v rámci země EU, způsob refundace, ale stanoví i podmínky a pravidla pro určování příslušnosti k pojištění konkrétního státu. Jednou ze zásad vyplývajících z těchto předpisů je, že osoba je pojištěna ve státě, na jehož území vykonává výdělečnou činnost. Stát, ve kterém má firma sídlo, nehraje až, na určité výjimky, žádnou roli. Další zásadou je princip jednoho pojištění. Znamená to, že pojištěnec nemůže být ve stejném období pojištěn ve dvou státech současně. Účast v zákoněm systému se zároveň vztahuje na celý systém sociálního pojištění. Není tedy možné být nemocensky či důchodově pojištěn v jednom státě a zdravotně ve státě jiném. V řadě zemí neexistuje povinnost být zdravotně pojištěn tak, jak je tomu v ČR. Záleží pouze na rozhodnutí každého jednotlivce, zda si bude hradit zákonné zdravotní pojištění či nikoliv. Odmítnutí jednice či zřeknutí se jeho účasti ve státě výkonu výdělečné činnosti nepřivádí být zdravotně pojištěn v jiném členském státě.