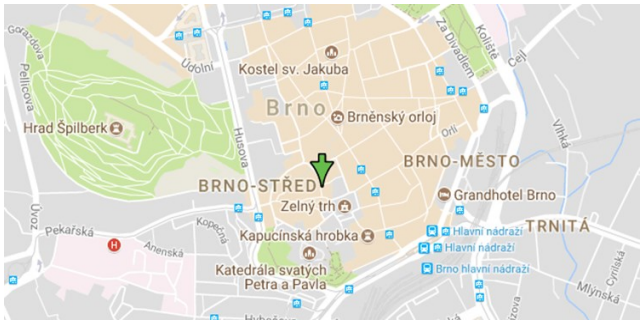
PAPRSEK

LISTOPAD 2019
Číslo 59

Svaz tělesně postižených
v České republice z. s.
krajská organizace
Jihomoravského kraje
Mečová 5, 602 00 Brno



Z obsahu:

- *Otázka týdne*
- *Některé věci smrtí nekončí. Co vše je potřeba zařídit, když vám zemře blízký?*
- *Změny 2020: O kolik peněz více dostanete v době nemoci, těhotenství, mateřství, ošetřování člena rodiny?*
- *Nároky pacienta na přepravu vozidlem dopravní zdravotní služby*
- *Senioři seniorům v roce 2019*
- *ROSKA Brno–město*
- *Spolková činnost*
- *Listopadovým objektivem Ing. Evy Sedláčkové*
- *O nás*

Otázky týdne.

Může lékař požadovat po pacientovi platbu za vystavení písemné zprávy, že ho odmítnul přijmout do péče?

Odpověď.

Lékař není oprávněn požadovat poplatek za vydání písemné zprávy o odmítnutí přijetí pacienta do péče. Povinnost lékaře jakožto poskytovatele zdravotních služeb vydat v případě odmítnutí pacienta písemnou zprávu, ve které **bude uveden důvod odmítnutí**, vyplývá přímo ze zákona o zdravotních službách.

Ustanovení § 48 zákona o zdravotních službách vychází z principů svobodné volby poskytovatele pacientem na jedné straně a povinnosti poskytovatele přijmout pacienta do péče na straně druhé, přičemž **poskytovatel má možnost pacienta odmítnout jen z důvodů, které jsou v zákoně jmenovitě uvedeny**.

Poskytovatel, který má smlouvu s pacientovou zdravotní pojišťovnou a kterého si pacient zvolil, ho může odmítnout přijmout do péče, pokud by tím bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo pokud jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení.

Překročením únosného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým. Dalším důvodem může být – ale jen u praktických lékařů – že by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala výkon návštěvní služby.

Důvody odmítnutí přijetí pacienta do péče sice posuzuje poskytovatel, ale právě **povinnost vydání písemné zprávy spolu s uvedením důvodu odmítnutí má mj. zajistit, že poskytovatelé budou odmítat pacienty pouze ze zákonných důvodů, jejichž existenci by měli být schopni prokázat**.

Poskytovatel je povinen vydat písemnou zprávu při odmítnutí přijetí pacienta do péče automaticky už jen na základě té skutečnosti, že dochází k odmítnutí. Zpoplatnění zprávy proto nemá žádnou oporu v zákoně a stanovení poplatku nebo jiných podmínek, kterými by došlo k podmínění vydání zprávy poskytovatelem, by mohlo být vyhodnoceno jako přestupek.

Jelikož je požadavek na úhradu poplatku za vydání zprávy neoprávněný, může pacient případně požadovat po poskytovateli jeho vrácení. Nejenom za tímto účelem doporučujeme při veškerých hotovostních platbách **požádat poskytovatele o vystavení dokladu o poskytnutí služby, který musí obsahovat datum poskytnutí služby, označení služby, cenu a údaje o poskytovateli**. Bez takového dokladu je totiž později téměř nemožné prokázat realizaci platby a její účel.

Vlastimil Sršeň, tiskový mluvčí VZP

Tisková informace VZP ČR.

Nechávám si trvalé bydliště v Praze, i když jsem se přestěhoval. Chtěl bych totiž, aby mě v případě nutnosti záchranka neodvezla do zdejší okresní nemocnice, ale do Prahy. Můj kardiolog ale tvrdí, že v tom, kam záchranka pacienta odveze, nehraje trvalé bydliště žádnou roli. Je to pravda?

Ano, u přepravy pacienta vozidlem zdravotnické záchranné služby to je pravda. Čas hraje u záchranky zásadní roli a je nutné **dovézt pacienta do nejbližšího zdravotnického zařízení, které je schopno poskytnout mu ty zdravotní služby, které potřebuje**. Pokud potřebné služby může poskytnout blízká okresní nemocnice, bude pacient převezen tam.

Právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb a konkrétního zdravotnického zařízení dává pojištěncům zákon o veřejném zdravotním pojištění, samozřejmě s tím, že tento poskytovatel musí být ve smluvním vztahu k pacientově zdravotní pojišťovně. Stejně tak zákon o zdravotních službách mezi právy a povinnostmi pacienta (v § 28) uvádí, že pacient má při poskytování zdravotních služeb právo „zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud tento zákon nebo jiné právní předpisy nestanoví jinak“. A právě u zdravotnické záchranné služby tomu tak je: podle § 29 se **možnost volby poskytovatele a zdravotnického zařízení nevztahuje** (mj.) **na zdravotnickou záchrannou službu a poskytovatele zdravotních služeb, ke kterému poskytovatel zdravotnické záchranné služby pacienta převáží.** O tom, do které nemocnice by záchranná služba pacienta odvezla, tedy rozhoduje podle jeho zdravotního stavu lékař záchranky

Můžeme upřesnit, že podle zákona o zdravotních službách se rozlišuje zdravotnická **záchranná** služba a zdravotnická **dopravní** služba, což je transport pacientů mezi poskytovateli zdravotních služeb nebo k poskytovateli a zpět, jeli to nezbytné k zajištění poskytnutí zdravotních služeb. Jen u zdravotnické dopravní služby může pacient upřednostnit přepravu ke konkrétnímu poskytovateli zdravotních služeb, ovšem s tím, že rozdíl v ceně zaplatí. Úhrada z veřejného zdravotního pojištění je vždy jen ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního poskytovatele, který je schopen požadované zdravotní služby poskytnout.

Vlastimil Sršeň, tiskový mluvčí

Některé věci smrtí nekončí. Co vše je potřeba zařídit, když vám zemře blízký?

04.11.2019 | Redakce, Finance.cz
Spotřebitel

Ztráta rodinného příslušníka či jiné blízké osoby je zřejmě tím nejtěžším, s čím se může člověk během svého života setkat. Bohužel, i v této psychicky velice složité a emotivní situaci je potřeba po zemřelém zařídit celou řadu věcí. Vedle samotného pohřbu je nutné vyřídit například záležitosti spojené s bankovním účtem zesnulého, dodávkou energií či jeho mobilním tarifem.

Jakmile lékař konstatuje smrt dotyčné osoby, informuje o této skutečnosti **matriční úřad**, a to takový, v jehož působnosti měl zemřelý své poslední trvalé bydliště. Matrika následně tuto skutečnost předá příslušnému soudu, jehož úkolem je určit **notáře**, který zkontaktuje pozůstalé (nejčastěji prostřednictvím toho, kdo vypravil pohřeb) a posléze zahájí **dědické řízení. To se musí uskutečnit v každém případě, tedy i v okamžiku, kdy zemřelý žádným majetkem vlastně vůbec nedisponoval**.

Kromě soudu předá matriční úřad zprávu o úmrtí rovněž dotčené **zdravotní pojišťovně a České správě sociálního zabezpečení** (ČSSZ). Jestliže zemřelý během svého života pobíral důchod – ať už starobní či jakýkoliv jiný, ČSSZ na základě této nové informace ukončí jeho vyplácení. Bohužel, ani tak to ještě není zcela vše. Zbytek záležitostí už navíc budete muset coby pozůstalý zařídit a oběhat sám.

Zdroj: Shutterstock

V bance můžete narazit na potíže

Co se týče **bankovního účtu**, zde se ani po úmrtí jeho majitele v podstatě nic nemění. Účet **funguje dál a stejně tak z něj i dál odcházejí peníze**. Tedy alespoň v rámci takových trvalých příkazů, u nichž původní majitel neurčil, že po jeho skonu v jejich odesílání již banka pokračovat nemá. Doložit dotčené bankovní instituci tuto skutečnost můžete buď vy sami prostřednictvím úmrtního listu, nebo tak učiní přidělený notář. Ten ji musí kvůli dědickému řízení zkontaktovat v každém případě.

Abyste mohli s kontem pozůstalého jakkoliv zacházet, je potřeba k němu mít takzvané **disponentské právo**. Pakliže vám jej během svého života neudělil sám zemřelý, musíte počkat, až to udělá notář. Jaké pravomoci budete z titulu správce pozůstalosti mít, záleží opět zcela na něm. Můžete dostat všechna možná disponentská práva stejně jako pouze svolení ke zrušení zmíněných trvalých příkazů. První varianta nicméně bývá zpravidla tou nejčastější.

Problematika disponentského práva je nicméně o něco komplikovanější, než jak by se mohlo na první pohled zdát. Vše záleží na tom, jak ho zemřelý původně nastavil - ať už co se týče rozsahu, tak doby, po kterou má platit. V jistých případech jej totiž lze nastavit i tak, že smrtí majitele účtu dojde k jeho automatickému zániku. V takové situaci pak vám coby pozůstalému opět nezbyde nic jiného než se obrátit na notáře.

Energie a mobilní tarif lze řešit okamžitě

O poznání menší starosti budete nejspíš mít s vyřízením dodávek energií. Zákon totiž uvádí, že **úmrtím odběratele smlouva s dodavatelem automaticky končí**, přičemž vy v takovém případě máte v zásadě dvě možnosti – buď ji necháte skutečně zaniknout, nebo ji přepíšete na sebe a energii budete odebírat nadále.

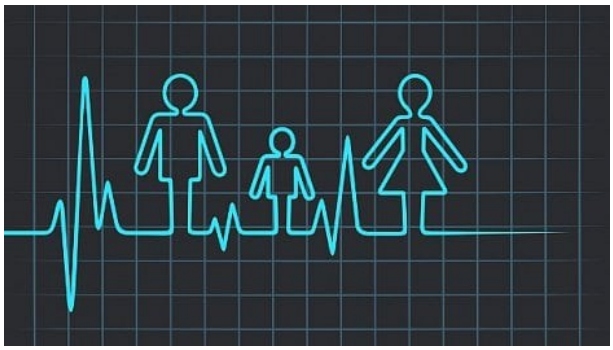
Ať už se však rozhodnete jakkoliv, jednu věc je dobré mít na paměti. **Problematiku dodávky energie či plynu můžete řešit v podstatě ihned poté, co budete mít k dispozici úmrtní list zesnulého, případně lékařskou zprávu o úmrtí**. Řada lidí si myslí, že je potřeba počkat až na konec **dědického řízení**. Taková domněnka je každopádně mylná.

Úplně stejně lze přitom postupovat i v případě **smlouvy s mobilním operátorem zemřelého**. Také tehdy stačí doručit jeden ze dvou výše zmíněných dokumentů, přičemž operátor je následně **povinen zákazníkovu smlou-**

vu ukončit, a to zcela zdarma a bez jakýchkoliv poplatků.

Kam odevzdat osobní doklady?
Po úmrtí blízkého je rovněž potřeba odevzdat na patřičných úřadech a institucích jeho osobní doklady. Učinit tak hromadně na jednom konkrétním místě bohužel nelze. A tak zatímco s občankou, rodným, případně i oddacím listem musíte zamířit na matriku, řidičák si od vás převezmou na dopravním inspektorátu, pas na obecním úřadu, kdežto kartičku pojištěnce na příslušné pobočce zdravotní pojišťovny.
Zdroj: https://www.finance.cz/528993-zruseni-uctu-tarifu-dodavky-energii-po-smrti-blizkeho/

Změny 2020: O kolik peněz více dostanete v době nemoci, těhotenství, mateřství, ošetřování člena rodiny?



Autor: Depositphotos
4.11.2019

Od ledna 2020 se opět zvýší některé státní sociální dávky. Dochází totiž k pravidelné valorizaci redukčních hranic vyměřovacího základu, z něhož se nemocenské dávky stanovují.

Nemocenské dávky se počítají z tzv. denního vyměřovacího základu. Ten se zjistí tak, že váš započitatelný příjem zúčtovaný v rozhodném období (zpravidla období 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém vznikla sociální událost) se dělí počtem „započitatelných" kalendářních dnů připadajících na toto rozhodné období.

Aby nedocházelo ke snižování denního vyměřovacího základu, a tedy nemocenských dávek, jsou některé dny pro započet do rozhodného období vyloučeny – nepočítají se např. dny čerpání neplaceného volna, právě doba čerpání nemocenských dávek aj.

Nemocenské
Pro účely výpočtu výše nemocenských dávek se vám nepočítá celý výdělek, ale jenom jeho určitá část – zmenšuje se prostřednictvím tzv. redukčních hranic.:

- 1. redukční hranice v r. 2019 je 1090 Kč, v r. 2020 to bude 1162 Kč,
- 2. redukční hranice v r. 2019 činí 1635 Kč, v r. 2020 to bude 1742 Kč,
- 3. redukční hranice v r. 2019 představuje 3270 Kč a v r. 2020 bude činit 3484 Kč.

Redukce denního vyměřovacího základu se provede tak, že se započte:

- do 1. redukční hranice 90 % denního vyměřovacího základu,
- z části denního vyměřovacího základu mezi 1. a 2. redukční hranicí se započte 60 %,
- z části mezi 2. a 3. redukční hranicí se započte 30 %,
- k části nad 3. redukční hranici se nepřihlédne.

Výše nemocenského činí 60 % denního vyměřovacího základu od 15. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, od 31. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény do 60. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény 66 % denního vyměřovacího základu a 72 % denního vyměřovacího základu od 61. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény.

Vyšší nemocenské pro ty, kdo zachraňují životy a majetek
Výše nemocenského za kalendářní den (tedy od 15. dne pracovní neschopnosti nebo karantény až do jejího ukončení) však činí celých 100 % denního vyměřovacího základu v případech, kdy jste byli uznáni dočasně práce neschopnými nebo vám byla nařízena karanténa v důsledku toho, že jste se prokazatelně podíleli v obecném zájmu na hašení požáru, na provádění záchranných nebo likvidačních prací anebo na plnění úkolů ochrany obyvatelstva jako členové jednotky sboru dobrovolných hasičů obce povolané operačním a informačním střediskem integrovaného záchranného systému.

To platí obdobně i pro člena ostatní složky integrovaného záchranného systému, který k této složce není v pracovněprávním vztahu nebo ve služebním poměru. Musíte ale příslušné okresní (v Praze Pražské, v Brně Městské) správě sociálního pojištění doložit příslušné potvrzení. A to potvrzení operačního a informačního střediska integrovaného záchranného systému o tom, že jste členem jednotky sboru dobrovolných hasičů obce nebo členem ostatní složky integrovaného záchranného systému a že k dočasné pracovní neschopnosti nebo k nařízení karantény došlo v souvislosti se shora uvedenými skutečnostmi.

Výše dávky za kalendářní den se zaokrouhluje na celé koruny nahoru.

Náhrada mzdy
Jenže v prvních 14 dnech pracovní neschopnosti nedostáváte nemocenské od státu, ale náhradu mzdy od zaměstnavatele.

Náhrada mzdy náleží za pracovní dny a zjednodušeně řečeno se počítá z průměrného hodinového výdělku za kalendářní čtvrtletí předcházející čtvrtletí, ve kterém jste byli uznáni dočasně práce neschopnými nebo vám byla nařízena karanténa.

I tento průměrný hodinový výdělek za kalendářní čtvrtletí předcházející kalendářnímu čtvrtletí, ve kterém jste byli uznáni dočasně práce neschopnými nebo vám byla nařízena karanténa, se pro účely stanovení výše náhrady mzdy nebo platu či odměny nezapočítává celý, nýbrž se upravuje podle příslušných hodinových redukčních hranic. Ty se získají tak, že se redukční hranice (denního vyměřovacího základu) pro výpočet nemocenského násobí koeficientem 0,175 a poté se zaokrouhlí na haléře směrem nahoru.

Koeficient 0,175 vyjadřuje poměr kalendářních dnů a obvyklých pracovních dnů v týdnu, tedy 7 : 5 dále dělený standardním počtem pracovních hodin ve směně, tedy osmi (tj. 7 : 5 : 8).

Další nemocenské dávky
Dalšími dávkami nemocenského pojištění – jež se poskytují rovněž za kalendářní dny a stanoví se rovněž z denního vyměřovacího základu jako nemocenské (avšak s tím, že

vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství se z denního vyměřovacího základu do 1. redukční hranice počítá celých 100 % denního vyměřovacího základu), a proto i u nich dochází příslušným způsobem k valorizaci – jsou:

- peněžitá pomoc v mateřství (lidově zvaná mateřská), její výše činí 70 % denního vyměřovacího základu,
- ošetřovné, jeho výše činí 60 % denního vyměřovacího základu,
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství, jehož výše je dána rozdílem mezi denním vyměřovacím základem zjištěným ke dni vašeho převedení na jinou práci a průměrem vašich započitatelných příjmů připadajícím na jeden kalendářní den v jednotlivých kalendářních měsících po tomto převedení,
- dávka otcovské poporodní péče (otcovská), vyplácená ve výši 70 % denního vyměřovacího základu,
- dlouhodobé ošetřovné, vyplácené ve výši 60 % denního vyměřovacího základu.

Kalkulačku pro výpočet nemocenských dávek v r. 2020 zveřejnilo MPSV na svém webu.
Zdroj: https://www.mesec.cz/clanky/zmeny-2020-o-kolik-penez-vice-dostane-v-dobe-nemoci-tehotenstvi-materstvi-osetrovani-clena-rodiny/

Změny v nemocenském pojištění od 1. 1. 2020 – eNeschopenka

Autor Karolína Menclová

PUBLIKOVÁNO 3.9.2019

Od 1. 1. 2020 nás čekají změny v nemocenském pojištění, které přináší povinná elektronizace hlášení o dočasných pracovních neschopnostech (tzv. eNeschopenka).

Cílem těchto změn má být zjednodušení a tím zrychlení a zpřehlednění všech procesů souvisejících s administrací dočasných pracovních neschopností (dále jen „DPN“) pro poskytovatele zdravotních služeb (lékaře), zaměstnavatele, pojištěnce i orgány nemocenského pojištění.

- **Žádné papírové doklady pro zaměstnavatele**

Zaměstnavatel již nebude přijímat od zaměstnance a dále předávat okresní správě sociálního zabezpečení doklady potřebné k výplatě nemocenského. U ostatních dávek nemocenského pojištění se stávající postupy nemění.

- Podkladem pro omluvení nepřítomnosti v práci a výplatu náhrady mzdy v době prvních 14 dnů DPN jsou informace od ČSSZ v elektronické podobě. Více k tomuto tématu níže v kapitole „Možnosti zaměstnavatele pro zjištění dočasné pracovní neschopnosti svého zaměstnance“.
- **Povinnost zaměstnance neprodleně informovat zaměstnavatele o DPN.**

Forma informování není stanovena

- Lékař zasílá hlášení o vzniku, trvání, ukončení DPN povinně elektronicky ČSSZ, pojištěnci předává v papírové podobě pouze průkaz

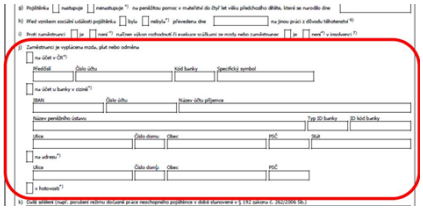
- Po 14 dnech trvání dočasné pracovní neschopnosti je zaměstnavatel povinen zaslat příslušné okresní správě sociálního zabezpečení tiskopis „Příloha k žádosti o dávku“, a to v elektronické formě (papírový tiskopis bude možno použít pouze v případě technického výpadku). Podklady pro provádění srážek z dávek nemocenského (elektronicky či v papírové podobě).´

•Do přílohy k žádosti o dávku bude zaměstnavatel nově uvádět informaci, jakým způsobem je zaměstnanci vyplácena mzda nebo plat

- Stejným způsobem se zpravidla bude zaměstnanci vyplácet nemocenské tzn. účet nebo hotovost.

Změna formuláře

Příloha žádosti o dávku



- Při skončení dočasné pracovní neschopnosti bude **zaměstnavatel příslušné okresní správě sociálního zabezpečení zasílat hlášení s údaji potřebnými pro výplatu poslední dávky nemocenského. Nový elektronický formulář (dříve 5.díl RNDP)**

Možnosti zaměstnavatele pro zjištění dočasné pracovní neschopnosti svého zaměstnance

Zaměstnavatel bude mít k dispozici dva způsoby pro zjištění informací o dočasných pracovních neschopnostech svých zaměstnanců:

- prostřednictvím **služby pro ověření či stažení údajů** o dočasných pracovních neschopnostech svých zaměstnanců (ePortálu ČSSZ*) . Výstup by měl umožnit uložit soubor jako PDF podepsaný elektronickou pečetí
- může **požádat o zasílání elektronických notifikací** o dočasných pracovních neschopnostech svých zaměstnanců. Dalo by se říct automatizace první možnosti. Prostřednictvím ePortálu ČSSZ podáte žádost o **trvalé zasílání notifikací o dočasných pracovních neschopnostech svých zaměstnanců na email (informativní zpráva o změně) či do datové schránky (komplexní informace ve formě PDF souboru i XML souboru pro případné další použití např. mzdové výpočty).**

Pro zaměstnavatele se **již nebude vystavovat žádný díl rozhodnutí** o dočasné pracovní neschopnosti. **I nadále zůstane povinností pojištěnce, aby o své dočasné pracovní neschopnosti neprodleně informoval svého zaměstnavatele (např. telefonicky či e-mailem). V průběhu dočasné pracovní neschopnosti** (v závislosti na jeho zdravotním stavu) a **vždy po jejím skončení bude zaměstnanec moci prokázat zaměstnavateli její existenci a trvání též předložením „Průkazu dočasně práce neschopného pojištěnce“,** který si (na rozdíl od současného stavu) **při skončení dočasné pracovní neschopnosti vždy ponechá.**

Ke službám ePortálu ČSSZ se lze přihlásit buď pomocí systému datových schránek, nebo prostřednictvím některého z prostředků v rámci Národní identitní autority (NIA), tzn. elektronickým občanským průkazem (eObčanka https://info.eidentita.cz/eop/) nebo uživatelským účtem NIA, který lze zřídit bezplatně postupem uvedeným na portálu eidentita.cz (https://info.eidentita.cz/ups/). **K využívání služeb ePortálu ČSSZ **může rovněž zaměstnavatel pověřit svého zaměstnance či jinou fyzickou nebo právnickou osobu**. Učinit tak může za pomocí k tomu určených služeb ePortálu ČSSZ (pro přihlášené klienty), případně interaktivních tiskopisů. Pověřené fyzické osoby pak mohou ke službám přistupovat prostřednictvím přihlašovacích údajů ke své datové schránce, nebo prostřednictvím prostředků NIA (eObčanka, uživatelský účet). V případě pověření právnické osoby je třeba, aby pověřila fyzickou osobu, která za ni bude jednat.*

Důvodem je, že služby ePortálu ČSSZ může za jiný subjekt využívat výhradně fyzická osoba (nikoliv právnická).

Prvotní notifikace o vzniku dočasné pracovní neschopnosti zaměstnance bude zaměstnavateli zasílána do datové schránky v okamžiku doručení hlášení ošetřujícího lékaře ČSSZ – **půjde o informativní zprávu** zatím neověřenou v systémech ČSSZ, že u zaměstnance dotyčného zaměstnavatele lékař uznal dočasnou pracovní neschopnost. Cílem je co nejrychlejší upozornění zaměstnavatele; zaslání ověřené notifikace pak bude následovat po zpracování podání na straně ČSSZ.

Služby pro zaměstnavatele, který chce s eNeschopenkami pracovat přímo ve svém softwaru bude zřízena nová služba „Data zaměstnavatelům o dočasné pracovní neschopnosti" typu dotaz – odpověď, která bude fungovat přes kanál VREP (APEP), tj. kanál provozovaný již v současnosti pro příjem elektronických podání od zaměstnavatelů. Tato služba umožní průběžně automatizovaně stahovat do mzdového či personálního softwaru informace o dočasných pracovních neschopnostech zaměstnanců. Obdobně bude možné tyto informace stahovat i prostřednictvím systému datových schránek. Způsob zapracování do SW zaměstnavatele pak záleží na jeho dodavateli. ČSSZ poskytuje dodavatelům SW pro zaměstnavatele podporu a spolupráci.

Od kdy bude zaměstnavatel moci požádat o zasílání notifikací či o novou službu „Data zaměstnavatelům o dočasné pracovní neschopnosti"
Tyto žádosti bude možné podávat **od prosince 2019** a bude možné je vyřídit elektronicky. Již v současnosti je pro zaměstnavatele k dispozici služba ePortálu ČSSZ „Informace o dočasné pracovní neschopnosti zaměstnance", která bude od 1. 1. 2020 rozšířena o další detailnější informace a přehled práce neschopných zaměstnanců. **Pokud zaměstnavatel v současnosti udělí pověření k využívání této služby pro svého zaměstnance či jinou fyzickou či právnickou osobu, bude toto pověření platné i od 1. 1. 2020.**

Neschopenky vystavené do konce roku 2019
Neschopenky vystavené na stávajícím pětidílném tiskopisu do 31. 12. 2019 budou nadále dokladovány „postaru", tzn. stejně jako nyní, prostřednictvím papírových tiskopisů, které jsou určeny pro zaměstnavatele a tiskopisů, které bude zaměstnavatel po doručení pojištěncem předávat příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, a to až do úplného ukončení těchto konkrétních dočasných pracovních neschopností.

3-dílná neschopenka bude vydávána od 1.1.2020; pro tyto neschopenky budou platit nové formuláře a postupy pro lékaře i zaměstnavatele (i papírové)

S případnými dotazy se můžete obracet na příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení (oddělení nemocenského pojištění) nebo na bezplatnou telefonní linku +420 800 222 700. Rovněž lze využít webový formulář: www.cssz.cz/eneschopenka/dotazy.
Zpracoval: ČMSZP
Zdroj: ČSSZ, Mgr. Eva Bolcková, ředitelka odboru nemocenského pojištění zaměstnanců

Jak je to s nárokem diabetiků na glukometr a diagnostické proužky?

U zdravotnických prostředků pro diabetiky **dochází s účinností od 1. 12. 2019 ke změnám** ohledně jejich předepisování, schvalování a úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Glukometr může pacientovi v indikovaných případech předepsat diabetolog; diagnostické proužky na stanovení glukózy v krvi diabetolog, nebo nově u **pacientů léčených perorálními antidiabetiky** i praktický lékař.

Pacient s diabetem 2. typu, který je ve stabilizovaném stavu a nemá žádné větší komplikace, je běžně v péči svého registrujícího praktického lékaře. Takový pacient nepotřebuje průběžnou kontrolu hladiny glukózy v krvi apod., takže nepotřebuje mít k dispozici glukometr. Praktický lékař u něj může sledovat kompenzaci cukrovky pomocí vyšetření glykovaného hemoglobinu přímo v ordinaci a stejně tak mu může sám orientačně glukometrem vyšetřit aktuální hladinu cukru v krvi.

Glukometry jsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny **diabetikům, kteří jsou léčeni intenzifikovaným inzulínovým režimem nebo perorálními antidiabetiky (léčba inzulínovými pery, nebo pumpou, léčba hypoglykemizujícími perorálními antidiabetiky, nebo u nediabetické** hypoglykémie). Glukometr **předepisuje diabetolog** na poukaz, který pacient následně předloží ve výdejně zdravotnických prostředků, kde mu bude glukometr vydán. Na rozdíl od dřívějška již od 1. 12. 2019 **není nutný souhlas revizního lékaře**.

Glukometr (s možností stahování hodnot do univerzálních počítačových programů umožňujících vyhodnocení dat) je ze zdravotního pojištění hrazen **do výše 500 Kč, v množství 1 kus za 6 let**. Pro další typy glukometrů (glukometry pro stanovení ketolátek, glukometry s hlasovým výstupem, glukometry s integrovaným bolusovým kalkulátorem a komunikací s chytrým zařízením) platí stejný množstevní limit, s úhradovým limitem 1 000 Kč.

Diagnostické proužky na stanovení glukózy z krve pojišťovna hradí v množství, které záleží na závažnosti zdravotního stavu. **Na základě indikace diabetologem, nebo praktickým lékařem, je pacientům léčeným perorálními antidiabetiky** hrazeno **100 kusů** za rok. Vše se samozřejmě vykazuje na číslo pojištěnce, takže pacient nemá nárok dostat poukaz na 100 kusů proužků od praktického lékaře a na dalších 100 kusů od diabetologa. V ostatních případech diagnostické proužky předepisuje **diabetolog**. Pacientům léčeným injekčními neinzulínovými antidiabetiky, nebo inzulínem do 2 dávek denně, nebo s nediabetickou hypoglykémií je hrazeno množství **400 kusů** za rok. Pacientům léčeným intenzifikovanou inzulínovou terapií (inzulínovou pumpou nebo perem) je hrazeno **1 500 kusů** za rok. A diabetikům do 18 let včetně nebo těhotným diabetičkám je hrazeno **2 500 kusů** za rok.

Do 1. 12. 2019 jsou úhrady nastavené takto: 400 kusů proužků mají hrazeno (do výše 3 200 Kč) pacienti léčení perorálními antidiabetiky, pacienti léčení inzulínem, kteří si aplikují inzulín jednou či dvakrát denně, a pacientky s gestačním diabetem léčené dietou či perorálními antidiabetiky; po schválení revizním lékařem pak množství od 400 do 1 000 kusů pacienti léčení intenzifikovaným inzulínovým režimem (3 a více aplikací inzulínu denně), pacienti léčení inzulínovou pumpou a těhotné diabetičky léčené 1-2 dávkami inzulínu denně, množství od 1 000 do 1 800 kusů pacienti do 18 let a těhotné diabetičky léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem nebo inzulínovou pumpou.

Připomínáme, že diabetici (děti i dospělí) mohou získat příspěvek VZP na zdravotní pomůcky zakoupené nad limit určený zákonnými normami, mj. právě na diagnostické proužky pro stanovení hodnot glukózy v krvi.

Žádost o příspěvek z prostředků fondu prevence vyčleněných na rok 2019 je nutné podat do 30. 11. 2019.

Vlastimil Sršeň
tiskový mluvčí

Rodičovský příspěvek 2020: Návod, jak získáte co nejvíce.

Autor: Depositphotos
8. 11. 2019

Zvýšení rodičovského příspěvku není jedinou změnou, která rodiče v souvislosti s touto dávkou čeká. Přečtěte si jejich souhrn i postup, jak vyčerpat z navýšené dávky maximum.

Poslanci se přestali hádat a začali schvalovat. Výsledkem je posun novely zákona o státní sociální podpoře v legislativním procesu ze Sněmovny do Senátu, po kterém předlohu ještě musí podepsat prezident.

Co se změní

Odsouhlasený návrh počítá se zvýšením rodičovského příspěvku (RP) **všem rodinám, které ho budou k lednu 2020 aktivně čerpat**. Podle ministryně práce Jany Maláčové by na nějakou část navýšení dávky mělo dosáhnout 80 % příjemců.

Dávka na jedno dítě se zvýší o 80 tis. Kč **na 300 000 Kč**. Dávka pro vícerčata vzroste o 120 tis. **na 450 000 Kč**.

Poslanci schválili také navýšení počtu hodin, které mohou děti do dvou let strávit ve školce, dětské skupině nebo jiné formě hlídání, aniž by přitom rodiče přišli o nárok na rodičovský příspěvek. V současnosti platí, že tato doba nesmí přesáhnout 46 hodin, novela limit zvýší **na 92 hodin za měsíc**.

Rodičovský příspěvek se také bude pro účely stanovení nároku na dávky státní sociální podpory **započítávat do posuzovaných příjmů**.

Sněmovna posvětila i jeden z pozměňovacích návrhů poslankyně Olgy Richterové (konkrétně návrh 3301), který zvyšuje maximální měsíční hranici vyplácené dávky pro ty, kterým nebylo možné stanovit denní vyměřovací základ nebo byl příliš nízký. Zatímco v současnosti se v takových případech dá příspěvek čerpat maximálně po 7600 Kč měsíčně, od ledna **se limit zvýší na 10 000 Kč měsíčně**. Minimální doba, za kterou je možné příspěvek vyčerpat, se tak nastaví napevno na 30 měsíců.

Z pozměňovacích návrhů k rodičovskému příspěvku prošel i návrh poslance Jana Chvojky (návrh 3320), který umožňuje, aby ministr práce na základě žádosti o odstranění tvrdosti zákona ve výjimečných případech a v závislosti na sociálních poměrech rodiny rozhodl o tom, že **při úmrtí jednoho nebo více vícerčat nedojde k přepočtení** (snížení) výše rodičovského příspěvku, aby rodina, která stále pečuje o malé dítě, nepřišla o veškerou finanční podporu státu.

Kdo bere všechno a kdo jen část?

Rodiny, které dávku na nejmladší dítě v roce 2020 teprve začnou pobírat, získají rovnou **300 tisíc korun** (rodiče vícerčat **rovnou 450 tisíc korun**) a budou mít čtyři roky na to, aby peníze vybraly.

(Výjimkou je situace, kdy se jim narodí další potomek před tím, než ten starší dosáhne čtyř let. Výplata dávky se v tomto případě zastaví s nástupem na další mateřskou. Pokud by na ni nevznikl nárok, výplata původního RP se zastaví se zahájením výplaty nového RP na mladší dítě. Dávka se totiž pobírá vždy jen na nejmladší dítě v rodině.)

Odlišná situace nastane u příjemců, kteří dávku začali pobírat před rokem 2020. Neplatí totiž, že všichni automaticky získají 80 tisíc korun navíc. Stále totiž budou platit dosavadní pravidla pro čerpání dávky, která určují maximální měsíční výši dávky rodičovského příspěvku (RP). V kombinaci s faktem, že ho lze čerpat maximálně do čtyř let věku nejmladšího dítěte v rodině, je jasné, že ne všichni stihnou navýšení vyčerpat kompletně.

Kolik jste pobírali na mateřské?

Výše měsíční dávky RP je omezena tzv. vyměřovacím základem, který byl stanoven při výpočtu peněžité pomoci v mateřství (lidově mateřské). Maximální měsíční dávka RP odpovídá **nejvýše 70 % 30násobku denního vyměřovacího základu** (posoudit se mohou příjmy obou rodičů a řídit se pak dá podle toho vyššího). Jde tedy o 70 % měsíčního příjmu, ze kterého se stanovovala mateřská. Česky řečeno jde o částku, kterou vám v rámci výplaty peněžité pomoci v mateřství (tedy mateřské) posílala příslušná okresní správa sociálního zabezpečení každý měsíc na účet.

Znovu připomínáme, že rodiče bez účasti na nemocenském pojištění, kterým nevznikl nárok na mateřskou, a rovnou tak od narození dítěte čerpali RP, nebo ti, kteří měli nízkou mateřskou, budou nově moci z rodičovského příspěvku získat každý měsíc maximálně 10 000 korun.

V případě vícerčat platí, že rodiče mohou čerpat dávku rychleji (používají se 1,5násobky částek platných pro rodiče jednoho dítěte). I limit pro maximální měsíční dávku u rodičů, kteří neměli nárok na mateřskou, odpovídá 1,5násobku částky pro rodiče s jedním dítětem, a místo 10 000 tak platí 15 000 Kč).

Co dělat, abyste vyčerpali co nejvíc?

Z výše uvedeného vyplývá, že pokud už máte většinu peněz vybraných, měli byste se snažit, aby vám čerpání příspěvku vydrželo do roku 2020, aby vám nárok na navýšení vůbec vznikl. To je základ. Pamatujte na to, že výši dávky můžete měnit jednou za tři měsíce. Kouzlit se dá i s málem, protože příspěvek se dá čerpat minimálně po padesátikoruně měsíčně.

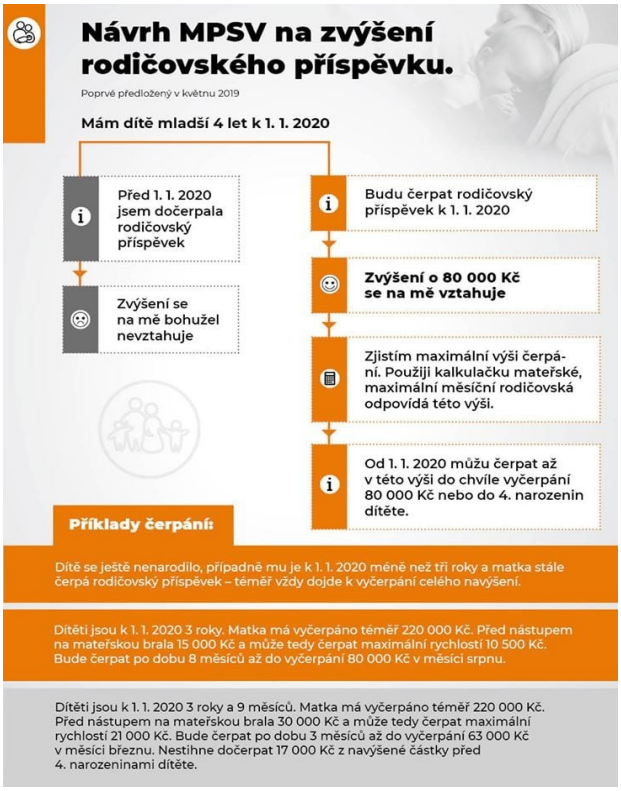
Zároveň si ale musíte spočítat i to, kolik vám zbývá vyčerpat do čtvrtých narozenin dítěte (případně do narození mladšího dítěte, protože nárok na novou mateřskou nebo další rodičovský příspěvek čerpání této dávky přeruší). Takže si nesmíte prodloužit čerpání snížením měsíční částky příliš, abyste stihli vybrat všechny prostředky (nebo maximum, které je ve vašem případě vzhledem k okolnostem možné). Toto riziko platí hlavně pro příjemce, kteří si nemohou stanovit moc vysokou měsíční výši RP a čerpají dávku relativně pomalu.

U některých lidí bude nutné si nejprve příspěvek snížit, aby čerpání zasáhlo až do roku 2020, a po třech měsících ho zase navýšit, abyste vyčerpali možné maximum. Pozor ale na to, aby vám na to zbývalo dost času. Někteří nestihnou změnit měsíční výši dávky dvakrát, a pak je tedy nutné zvolit možné měsíční maximum právě do doby ukončení čerpá-

ní dávky.

Pokud máte z počtů a lhůt těžkou hlavu, zajděte s občankou na pracovní úřad (tam, kde mají na starosti státní sociální podporu) a nechte si poradit. Návštěva vám může zachránit dost peněz. Kdo se cítí být jistý v kramflecích, může změnu výše měsíční dávky zařídit pouze vyplněním příslušného formuláře, který na úřad zašle poštou, přes datovou schránku nebo elektronicky s ověřeným elektronickým podpisem.

Logiku změny vám může pomoci pochopit i grafika MPSV, kterou zveřejnila Jana Maláčová na svém profilu na Facebooku už v květnu.



Autor: MPSV

Nenechávejte změnu výše dávky na poslední chvíli
O změně, kterou v minulosti přineslo upřesnění výkladu zákona, jsme v minulosti informovali v článku Chcete na poslední chvíli změnit výši rodičovské? Nově máte méně času.

Na tomto místě musíme upozornit ještě na jednu věc. Stále platí, že pokud má být poslední měsíční dávka RP nižší než standardní plná měsíční dávka (pokud tedy poslední zbytek RP neodpovídá přesně výši vaší stanovené měsíční dávky), **vyplatí se tato poslední dávka spolu s tou předposlední**. To musíte vzít v úvahu, pokud jste si RP rozpočítali na měsíce a spoléháte se změnou výše opravdu až na poslední chvíli. Pak by vám totiž mohl snadno ujet vlak.

Naštěstí úřad práce před koncem čerpání zasílá oznámení o změně výše dávky před výplatou předposlední dávky, která je navýšena o tu poslední (tato změna se nepočítá do změn výše dávky, které můžete jednou za tři měsíce učinit vy). Tento dopis pro vás může být poslední výstrahou, že musíte okamžitě zajít na úřad práce a výši měsíční dávky změnit. Neměli byste se ale na něj bezvýhradně spoléhat, protože dopis se může poště zatoulat. Lepší je proto dojít požádat o změnu dříve.

Nejpozději byste měli požádat v tom samém měsíci, za který chcete, aby změna proběhla, RP se totiž vyplácí zpětně (za květen dostáváte peníze v červnu). Opět ale nedoporučujeme nechávat věc na poslední chvíli.

Příležitost propásnete, pokud už proběhne výplata poslední, resp. předposlední dávky (předposlední i poslední měsíční dávka vyplacená v jednom). V tomto okamžiku už jste rodičovský příspěvek dočerpali.
Zdroj: https://www.mesec.cz/clanky/rodicovsky-prispevek-2020-navod-jak-ziskate-co-nejvice/

Nároky pacienta na přepravu vozidlem dopravní zdravotní služby.

Nároky pacienta na přepravu vozidlem dopravní zdravotní služby. jsou upraveny § 36 – 37 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Přeprava a náhrada cestovních nákladů
§ 36
(1) Hrazenou službou je přeprava pojištěnce na území České republiky ke smluvnímu poskytovateli, od smluvního poskytovatele do místa trvalého pobytu nebo do místa bydliště nebo do zařízení pobytových sociálních služeb, mezi smluvními poskytovateli a v rámci smluvního poskytovatele, a to v případě, že zdravotní stav pojištěnce neumožňuje přepravu běžným způsobem bez použití zdravotnické dopravní služby. Pokud k onemocnění pojištěnce došlo v místě bydliště, je přeprava do místa trvalého pobytu, které je vzdálenější než místo bydliště, hrazena jen tehdy, pokud to podle vyjádření ošetřujícího lékaře nezbytně vyžaduje zdravotní stav pojištěnce. Přeprava se provádí vozidly smluvní zdravotnické dopravní služby. **Je-li ošetřujícím lékařem indikován doprovod pojištěnce, hradí zdravotní pojišťovna, která hradí přepravu pojištěnce, i přepravu doprovázející osoby, a to ve stejném rozsahu jako přepravu pojištěnce.**

(2) Přepravu podle odstavce 1 hradí zdravotní pojišťovna ve výši odpovídající vzdálenosti **nejbližšího smluvního poskytovatele,** který je schopen požadovanou hrazenou službu poskytnout.

(3) V mimořádných případech nebo v případech, kdy
a) je to ekonomicky výhodnější, hradí zdravotní pojišťovna na základě indikace ošetřujícím lékařem a schválení revizního lékaře i nezbytnou leteckou dopravu,

b) hrozí nebezpečí z prodlení, hradí zdravotní pojišťovna náklady i jinému poskytovateli zdravotních služeb; o takové přepravě rozhoduje ošetřující lékař,

c) jde o osobu pohybující se převážně na vozíku pro tělesně postižené a je indikována přeprava ze zdravotních důvodů dopravní zdravotní službou, hradí zdravotní pojišťovna přepravu i jinému dopravci, pokud tuto přepravu zajišťuje dopravním prostředkem speciálně upraveným pro převoz osob na vozíku pro tělesně postižené; o takové přepravě rozhoduje ošetřující lékař.

(4) Vyžaduje-li to nezbytně zdravotní stav pojištěnce a je-li bezprostředně ohrožen jeho život, hradí zdravotní pojišťovna na území České republiky přepravu transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, jakož i přepravu lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu.

§ 37
(1) Ze zdravotního pojištění se hradí indikovaná přeprava lékaře a ostatních zdravotnických pracovníků za pojištěncem.
(2) Pokud se pojištěnec, který má nárok na přepravu podle § 36, rozhodne pro dopravu soukromým vozidlem řízeným jinou osobou a pokud ošetřující lékař takovou dopravu schválí, má pojištěnec nárok na náhradu cestovních nákladů

ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního poskytovatele, který je schopen požadované zdravotní služby poskytnout.

Nárok na zdravotní přepravu vzniká pacientovi, opět v souvislosti s jeho zdravotním stavem, i v případě propuštění ze zdravotnického zařízení. Zdravotnická zařízení jsou obvykle ambulance, polikliniky, nemocnice, kliniky, léčebny dlouhodobě nemocných atd.

V praxi to znamená, že **o převozu pacienta běžnou dopravní sanitou rozhoduje pouze ošetřující lékař**, který by měl být schopen posoudit pacientův stav, a rozhodnout.

Podle metodického pokynu VZP se postupuje tak, že příkaz ke zdravotnímu transportu (tzv. PKZT lidově žádanku – formulář, bez něhož nelze zdravotní transport realizovat) vystaví lékař, který pacienta odesílá k vyšetření, např. si zve pacienta k ošetření z domova do své ambulance, odesílá jej k vyšetření ke specialistovi nebo k hospitalizaci v nemocničním zařízení.

Na cestu zpět vystaví žádanku lékař, který pacienta posílá domů, tedy lékař z ambulance nebo nemocnice, kde byl pacient ošetřen.

Příkaz ke zdravotnímu transportu do smluvního zdravotnického zařízení, kde má být pojištěnci poskytnuta zdravotní péče, vyplňuje vždy ten odesílající **ošetřující lékař, který poskytnutí zdravotní péče požaduje.** Řádně vyplněný příkaz (tiskopis VZP-34) je nutný pro následné vykázání zdravotního transportu pacienta pojišťovně a pro jeho úhradu. Transport musí být přitom vždy indikován **z prokazatelně zdravotních důvodů**, nikoli z důvodů sociálních (jako je např. špatné dopravní spojení apod.).

U plánovaného kontrolního vyšetření vypisuje příkaz ke zdravotnímu transportu **ošetřující lékař toho smluvního zdravotnického zařízení, které o kontrole rozhodlo.** Může ale nastat i situace, kdy tento lékař příkaz z objektivních důvodů nevystaví. Např. pacient je pozván na kontrolu lékařem poskytujícím specializovanou ambulantní zdravotní péči (ambulantním specialistou) až za delší časové období a nelze vyloučit změnu zdravotního stavu a tím i indikace k dopravě. V takovém případě by se pak pacient měl obrátit na svého **praktického lékaře**, který posoudí jeho **aktuální zdravotní stav**, a je-li přeprava sanitkou ze zdravotních důvodů indikovaná, vystaví mu příkaz ke zdravotnímu transportu.

Příkaz ke zdravotnímu transportu pro cestu zpět vyplňuje **lékař, který zdravotní péči poskytl** – je ale povinen zhodnotit, zda je ze zdravotních důvodů indikován transport pacienta i zpátky do místa pobytu.

Pokud se pacient rozhodne místo transportu sanitkou pro dopravu soukromým vozidlem a pokud ošetřující lékař takovou dopravu předem schválí (vystavením tiskopisu VZP-39), má nárok na náhradu cestovních nákladů. Podmínkou je, že vozidlo řídí jiná osoba, než pacient. Tato podmínka koresponduje s tím, že jde o pacienta, jehož aktuální zdravotní stav neumožňuje dopravu běžným způsobem bez použití dopravní zdravotní služby a samozřejmě ani neumožňuje řídit soukromé vozidlo.
Mgr. Oldřich Tichý

Poznámka redakce.
Článek byl již v minulosti uveřejněn. Pro velké množství dotazů k problematice přepravy osob sanitkou, se jej redakce rozhodla opakovaně uveřejnit.

Základní informace o povinnostech praktických lékařů a ambulantních specialistů.

Tyto informace vycházejí z platných zákonů a vyhlášek (viz závěr sdělení) a Metodiky pro pořizování a předávání dokladů, vytvořené v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb, vydané ústředím VZP (verze popisu 6.2.XXXIV, účinnost od 1. 1. 2019).

Základní pojmy Ošetřující lékař Z Metodiky: Ošetřujícím lékařem (dále jen „OL“) se rozumí:

- praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost,
- praktický zubní lékař, gynekolog, který registruje pojištěnce (dále jen „registrující lékař“),
- lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči, který v souladu se svou specializací převzal pojištěnce pro určitý diagnostický závěr do péče, lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení poskytovatele ústavní péče.

(OL je tedy zkratka pro ošetřujícího lékaře, tj. lékaře, který pacienta pro určitou diagnózu léčí (praktik, specialista, nemocniční lékař,… - nikoli „obvodní“ či registrující lékař)

Z Metodiky: „Ošetřující lékař je sám povinen poskytnout, vyžádat, navrhnout či předepsat další péči, kterou indikoval.“ (nelze tedy přenášet tuto povinnost na jiného lékaře – „cestou praktického lékaře doplnit…..“)

Druhy zdravotní péče
Dle Metodiky jsou rozlišeny tři druhy péče:

- ambulantní péče ošetřujícího lékaře (tj. praktika, ambulantního specialisty, nemocničního lékaře,…)
- ústavní péče,
- péče vyžádaná, navržená či předepsaná ošetřujícím lékařem (na základě požadavku, návrhu či předpisu ošetřujícího lékaře - např. konziliární vyšetření, funkční diagnostika, fyzioterapie, domácí péče, zdravotní transport, lázeňská léčebně rehabilitační péče, péče v odborném léčebném ústavu...)

Z Metodiky: „Lékař, který poskytuje péči na vyžádání ošetřujícího lékaře, sám ordinuje pouze takovou další péči, kterou nezbytně potřebuje k naplnění požadavku ošetřujícího lékaře, pokud pro akutní změnu zdravotního stavu pojištěnce nehrozí nebezpečí z prodlení.
V povinné zprávě navrhujícímu lékaři uvede poskytující lékař rozsah poskytnuté péče, případně může doporučit ošetřujícímu lékaři další postup či další péči.“

Z výše uvedeného vyplývá:
1. Každý lékař je povinen poskytnout ošetření akutního zdravotního stavu.

2. Je nutné rozlišovat mezi ambulantní péčí ošetřujícího lékaře, který je sám povinen poskytnout, vyžádat, navrhnout či předepsat další péči, kterou indikoval a konziliární péčí, kdy konziliární lékař ve zprávě může doporučit ošetřujícímu lékaři, který péči vyžádal (praktik, ambulantní specialista, …), další postup či návrh terapie.

3. Praktický lékař, který odesílá pacienta k ambulantnímu specialistovi, uvede v Poukazu na vyšetření/ošetření výsledky předem provedených vyšetření (aby se předešlo duplicitě vyšetření) a informace o léčbě. Pokud není napsán požadavek na převzetí do péče, má se za to, že jde o žádost o konziliární (zpravidla jednorázové) vyšetření. Každý ošetřující lékař (ambulantní nebo nemocniční specialista) písemně informuje registrujícího praktického lékaře daného pacienta o provedeném vyšetření, každé změně terapie a o výsledku dispenzárního vyšetření. Tato zpráva pro praktického lékaře je součástí výkonu hrazeného příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Bez předání této zprávy jsou zdravotní pojišťovny oprávněny výkon neproplatit.

4. Předepisování léků: Dle zákona 48/1997 a Metodiky předepisuje léky ošetřující lékař - to je buď registrující praktický lékař, nebo specialista, který provedl akutní ošetření či převzal pacienta do péče na základě požadavku k převzetí na dokladu VZP- 06k od jiného lékaře. Pokud specialista na základě tohoto požadavku přebírá pacienta do své péče, vede po celou tuto dobu kompletně léčbu pro dané onemocnění včetně předpisu léků a žádanek o další pro něho potřebná vyšetření. Pokud je vyžádáno jen konsiliární vyšetření, specialista pouze doporučí další postup včetně návrhu medikace.

5. Vyžadování donášky léků na dobu hospitalizace z domova a předpisu nových zdravotních pomůcek od registrujících lékařů pro pacienty k hospitalizaci je nepřípustné.

6. Příkaz ke zdravotnímu transportu (lístek na sanitku) vystavuje ta ambulance, která pacienta někam odesílá nebo která si pacienta zve ke kontrole. Vypsání tohoto tiskopisu je součástí výkonu vyšetření, hrazeného příslušnou zdravotní pojišťovnou. Není možné, aby pro „lístek na sanitku“ museli chodit příbuzní či pečovatelka k praktickému lékaři.

7. Posuzování dočasné pracovní neschopnosti (PN) - vyhláška č.31/1993 Sb.: Dočasnou PN posuzuje ošetřující lékař. Ošetřujícím lékařem se rozumí lékař, který má pacienta ve své ambulantní, ústavní nebo lázeňské péči (tedy i lékař bez smlouvy s pojišťovnou!). Každý lékař, který pacienta léčí (mimo RZP a LSPP) a domnívá se, že zdravotní stav pacienta vyžaduje PN, je povinen tuto PN vystavit, vést a ukončit, popř. při ukončení léčby pro dané onemocnění při přetrvávání důvodu k PN z jiné příčiny (polymorbidita) předat do péče jiného lékaře. Je proti předpisům, aby pacienta léčil ambulantní specialista a pracovní neschopnost vedl praktický lékař.

8. Návrh na dlouhodobé ošetřovné vypisuje ošetřující lékař v nemocnici, registrující praktický lékař ho následně vede dále.

9. Dispenzární péče je řešena v Zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, dále v Zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a ve Vyhlášce č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči. „Účelem dispenzární péče je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci. “(Z 372/2011 Sb.) „Pojištěnce do dispenzární péče zařazuje podle odborných kritérií jeho registrující lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče. Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře.“ (Z 48/1997 Sb.) „Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem se rozumí zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb.“

Povinnost specializovaného poskytovatele: „Předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, je-li mu tento poskytovatel znám,… předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi.“

Povinnost registrujícího poskytovatele: „Vyžaduje-li zdravotní stav pacienta poskytnutí specializované ambulantní péče, jednodenní péče nebo lůžkové péče, předá registrující poskytovatel nebo jiný poskytovatel, který pacienta přijal do péče, doporučení k této léčbě. Spolu s doporučením předá též písemné odůvodnění a důležité informace týkající se zdravotního stavu včetně výsledků předem provedených vyšetření a informace o dosud provedené léčbě.“ (Z. 372/2011 Sb.)

Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, v příloze vyjmenovává nemoci, u nichž se dispenzární péče poskytuje, a neurčuje, který lékař pacienta s vyjmenovanou nemocí do dispenzární péče zařazuje, protože řada vyjmenovaných diagnóz má multiorgánová postižení, mnohé nemoci se vyskytují v různých stupních postižení,… Je uveden jen registrující lékař, který dle výše uvedeného zákona za dispenzarizaci každého pacienta odpovídá. Konkrétně jsou v příloze vyhlášky uvedeny vedle registrujících poskytovatelů pouze ty odbornosti, které podléhají ještě opatřením uvedeným v jiných právních předpisech, nebo se významně liší svým charakterem, jako jsou nemoci z povolání a pracovní lékařství, onkologie a částečně infekce (i Tbc) a dermatovenerologie, podléhající různým hlášením apod., a psychiatrie. Zákony při zajišťování dispenzární péče pacientovi umožňují být dispenzarizován u registrujícího lékaře nebo specialisty a dávají lékařům povinnost vzájemného informování. **Dispenzarizující lékař** nejen kontroluje zdravotní stav dispenzarizovaného pacienta, ale **zajišťuje i všechny ostatní úkony, související s diagnózou, pro kterou je u něj pacient dispenzarizován**, včetně předepisování léků pro léčbu dispenzarizovaného onemocnění, indikace potřebných doplňujících vyšetření, ale také zdravotní dopravu, vedení dočasné pracovní neschopnosti apod. Doporučením registrujícího lékaře k dispenzarizaci pacienta specialistou příslušného oboru není dotčena pacientova svobodná volba lékaře nebo zdravotnického zařízení pro poskytování dispenzární péče.

10. Lázeňská péče: Ze zákona 48/1997, Metodiky VZP a opakovaných informací VZP o správném postupu při navrhování této péče vyplývá, že lázeňskou péči doporučuje ošetřující lékař – PL, ambulantní specialista nebo ošetřující lékař při hospitalizaci (dle indikačního seznamu pro jednotlivé indikace) a podává navrhující lékař – to je registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. Doporučení ošetřujícího ambulantního specialisty může být vystaveno buď na formuláři „Návrh na lázeňskou péči“ nebo na samostatném listu, který bude k návrhu přiložen. V tomto případě musí doporučení obsahovat všechny předepsané náležitosti návrhu a musí být opatřeno podpisem a razítkem doporučujícího lékaře a taktéž datem, které je vždy dřívější než datum ověřujícího registrujícího praktického lékaře, který návrh následně podá.

Seznam zákonů, které mají vztah k výše uvedenému najdete na *http://www.medlin.cz/documents povinnosti_lekare_PL_AS.pdf*

Zdroj: *http://www.medlin.cz/documents/ povinnosti_lekare_PL_AS.pdf*

Ministerstvo dopravy

nábřeží Ludvíka Svobody 1222/12
PO BOX 9, 110 15 Praha 1

Vážený pan
Mgr. Václav Krása
Předseda NRZP ČR
Národní rada osob se zdravotním postižením
Partyzánská 7
170 00 Praha 7

Váš dopis značky / ze dne	Naše značka	Vyřizuje / linka	Praha
/	**6/2019-170-BSP/285**	**Nesvadbová Elen / +420 2251 31070**	**08.11.2019**

Věc: Žádost o informace - odpověď

Vážený pane předsedo,

děkuji za Váš zájem o problematiku bezpečnosti seniorů v silniční dopravě a zdravotního stavu řidičů. Chápu Vaše obavy a otázky k informacím, které v této souvislosti zazněly v médiích. V tomto případě nicméně opravdu došlo ke značnému zkreslení mého vyjádření a zásadnímu posunu jeho významu. V žádném případě jsem nerozděloval řidiče podle věku, ale hovořil jsem o zdravotních prohlídkách a jejich významu pro bezpečnost samotného řidiče i ostatních účastníků silničního provozu. Vzhledem k tomu, že řada onemocnění, ať už jde o diabetes, kardiovaskulární nemoci, oční vady, problémy se sluchem a další, významně zvyšují riziko dopravní nehody, je důležité, aby řidiči sami dbali na kontrolu svého zdravotního stavu a lékaři odpovědně a důsledně prováděli zdravotní prohlídky řidičů.

Nad rámec stávajícího systému zdravotních prohlídek řidičů, který upravuje ministerstvo zdravotnictví vyhláškou č. 277/2004 Sb., nepřipravuje ministerstvo dopravy ani Rada vlády ČR pro bezpečnost silničního provozu žádná opatření, která by se vztahovala ke kontrole zdravotního stavu řidičů či jakkoliv nově upravovala povinnosti řidičů seniorů. Oddělení BESIP taková opatření nenavrhlo a Rada vlády se jimi nezabývala. Mohu Vás tedy ubezpečit, že žádná opatření, která by diskriminovala řidiče seniory či jakkoliv vyčleňovala stárnoucí populaci od ostatních řidičů, nechystáme a nebyla projednávána.

Rada vlády na svém posledním jednání dne 1. října 2019 schválila více než 40 opatření, která se týkají mimo jiné bezpečnější infrastruktury, dopravní výchovy a preventivních kampaní (např. s tématem agresivity řidičů, řízení pod vlivem alkoholu a drog či používání bezpečnostních pásů). Ve vztahu ke zdravotním prohlídkám řidičů usilujeme pouze o to, aby posudek o zdravotní způsobilosti řidiče byl pro lékaře přehlednější a zjednodušila se administrativa, kterou lékaři mají při jeho vyplňování.

Pokud jde o nejvíce veřejně diskutované téma omezení řidičského oprávnění na určitý okruh komunikací, umožňuje to již současná právní úprava prostřednictvím takzvaných harmonizovaných kódů. Viz např.:

- *61. Omezení jízdy podle denní doby (například: jedna hodina po východu slunce a jedna hodina před západem slunce)*

- *62. Omezení jízdy v okruhu ... km od místa bydliště řidiče nebo pouze ve městě/regionu*
- *63. Řízení vozidla bez cestujících*
- *64. Jízda rychlostí nepřesahující ... km/h*

Uvedená omezení nemají vazbu na věk držitele řidičského oprávnění, mohou vycházet pouze z posouzení zdravotní způsobilosti řidiče ze strany příslušného lékaře. Domnívám se, že tento instrument, je opodstatněný v případě, že řidič má objektivní zdravotní omezení, která představují zvýšené riziko v intenzivním provozu či například ve vysoké rychlosti na dálniční komunikaci. Místo aby motorista o řidičské oprávnění rovnou přišel v plném rozsahu, mohl by nadále bez problému jezdit v místech, která dobře zná. V současné praxi tento harmonizovaný kód podle našich informací téměř není využíván. Je nicméně plně na posuzujících lékařích, jak zdravotní stav konkrétního řidiče vyhodnotí a jaká omezení případně stanoví.

Z podrobné analýzy nehodovosti v období let 2011-2018, tzn. aktuální dekáda, vyplynulo, že osoby ve věkové kategorii 65 a více let zavinily nehody, při kterých bylo 13 % lidí usmrceno a 11 % těžce zraněno. Z pohledu podílu zaviněných závažných nehod se vzhledem k velikosti populace této věkové kategorie zdaleka nejedná o skupinu s nejvyšším podílem. Co však z analýz vyplynulo, byl fakt, že meziročně těchto závažných nehod v uvedeném období přibývá – a to výhradně v této věkové kategorii. Nelze to přičítat pouze tomu, že populace stárne a seniorů přibývá. Oddělení BESIP sleduje primárně nejzávažnější nehody, tzn. se smrtelnými, resp. těžkými zraněními. Právě v této kategorii nehod zaviněných seniory přibývá. Na druhé straně platí, že stárnoucí populace je v silničním provozu také nejohroženější věkovou skupinou z pohledu těžkých následků nehod, zejména pokud jde o seniory – chodce a cyklisty.

Oddělení BESIP ve spolupráci se členy Rady vlády ČR pro bezpečnost silničního provozu nyní připravuje Strategii BESIP na období 2021-2030. Hlavním strategickým cílem pro dekádu 2021-2030 je snížení počtu usmrcených a těžce zraněných osob na pozemních komunikacích, tzn. v roce 2030 o 50 % méně vůči roku 2020. Jedním z klíčových ukazatelů uvedené strategie bude také „Věk a praxe v řízení". Snížení následků nehod u stárnoucí populace bude nadále důležitým cílem strategie.

Strategii nyní připravuje BESIP spolu s expertním výborem Rady vlády. Na jaře budeme tento materiál včetně akčního plánu na roky 2021-2022 projednávat i s dalšími subjekty. Při této příležitosti oslovíme i Národní radu osob se zdravotním postižením, tak abyste měli možnost Strategii připomínkovat. Pokud byste měl zájem se k jakémukoliv tématu dotýkajícímu se bezpečnosti silničního provozu sejít dříve, jsem k dispozici.

S přátelským pozdravem,

Tomáš Neřold
vedoucí
Samostatné oddělení BESIP

Ministerstvo dopravy

+420 225 131 526 | +420 602 632 176
tomas.nerold@mdcr.cz | www.ibesip.cz
nábř. Ludvíka Svobody 1222/12, 110 15 Praha 1

Doložka konverze do dokumentu obsaženého v datové zprávě

Tento dokument, který vznikl převedením vstupu v listinné podobě do podoby elektronické pod pořadovým číslem **123841144-226778-191108142754**, skládající se z **2** listů, se doslovně shoduje s obsahem vstupu.

Zajišťovací prvek: **bez zajišťovacího prvku**

Jméno a příjmení osoby, která konverzi provedla: **Elen Nesvadbová**

Vystavil: **Ministerstvo dopravy**
Pracoviště: **Ministerstvo dopravy**
V Praze dne **08.11.2019**

123841144-226778-191108142754