



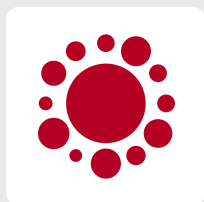
PACIENTI Z UKRAJINY A SYSTÉM ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

Informační podklady pro neziskové
organizace

WWW.SILAPACIENTU.CZ/PACIENTI-Z-UKRAJINY

OBSAH

1	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	
	<u>Přehled zdravotních pojišťoven</u>	2
	<u>Změna zdravotní pojišťovny</u>	2
	<u>Příspěvky z fondů prevence a benefity</u>	3
	<u>Srovnání příspěvků na očkování 2024</u>	3
	<u>Srovnání příspěvků na psychoterapii 2024</u>	7
	<u>Srovnání příspěvků pro diabetiky 2024</u>	7
	<u>Započtení příspěvků do humanitární dávky</u>	9
	<u>Úhrada dalších služeb</u>	10
	<u>Horská služba</u>	10
	<u>Lázeňské pobyty</u>	11
	<u>Léčba závislosti na alkoholu</u>	12
2	NÁVŠTĚVA LÉKAŘE	
	<u>Příprava na návštěvu lékaře</u>	14
	<u>Komunikační karty a slovní zásoba</u>	14
	<u>Objednání k lékaři</u>	15
	<u>Cesta pacienta systémem zdravotní péče</u>	15
	<u>Poukazy na vyšetření / ošetření u specialistů</u>	16
	<u>Poplatky u lékaře</u>	17
	<u>Praktické rozdíly mezi zdravotnictvím v UA a CZ</u>	18
	<u>České ekvivalenty ukrajinských léků</u>	19
	<u>Léčba HIV v ČR</u>	19
3	HLEDÁNÍ LÉKAŘE	
	<u>Řešení nedostupné lékařské péče přes zdravotní pojišťovnu</u>	22
	<u>Čekací listina na registraci u lékaře</u>	22
	<u>Postup při neoprávněném odmítnutí pacienta lékařem</u>	22
	<u>Vyhledávání zubařů</u>	24
	<u>Mapy zdravotní péče</u>	24
4	ČASTO KLADENÉ DOTAZY	
	<u>Otázky a odpovědi</u>	26
5	PRÁVNÍ ÚPRAVY	
	<u>Lex Ukrajina VI</u>	38
	<u>Prodlužování „Náhradního dokladu o zdravotním pojištění“</u>	38
	<u>Nemocenské pojištění</u>	39
6	KONTAKTY A ZDROJE INFORMACÍ	
	<u>Užitečné kontakty</u>	41
	<u>Užitečné zdroje informací</u>	41



KAPITOLA

ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNY

PŘEHLED ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

V České republice působí celkem sedm zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovna je to první, na co se pacienta ve zdravotnickém zařízení ptají. Často se místo názvu používá kód pojišťovny, proto je dobré ho znát.

- [Česká průmyslová zdravotní pojišťovna](#) (205)
- [Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví](#) (207)
- [Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna](#) (213)
- [Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky](#) (111)
- [Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky](#) (201)
- [Zaměstnanecká pojišťovna Škoda](#) (209)
- [Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky](#) (2011)

Více informací o zdravotních pojišťovnách najdete na [Národním zdravotnickém informačním portále \(NZIP\)](#).

ZMĚNA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Každý pojištěnec má právo svobodně si vybrat zdravotní pojišťovnu, u které chce být pojištěn. Změnu lze provést jednou za rok, a to vždy k 1. lednu a k 1. červenci. Přihlášku k nové pojišťovně je však potřeba podat tři měsíce dopředu. Takže při přestupu k jiné pojišťovně v prvním pololetí je lhůta na podání přihlášky k nové pojišťovně konce března, v druhém pololetí do konce září. Přihlášku lze podat elektronicky nebo v papírové podobě na pobočce nebo poštou.

Kritériem, podle kterého vybírat zdravotní pojišťovnu, rozhodně není výše měsíčního pojistného. Ta je totiž daná zákonem a bude stejná bez ohledu na to, u které pojišťovny je klient registrován. Nabídka pojišťoven se liší v příspěvcích a benefitech, které svým klientům nabízejí nad rámec péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. příspěvky na dentální hygienu, na sportovní aktivity pro děti, vitamíny a rekondační pobyty pro seniory nebo diabetiky apod.). Při výběru zdravotní pojišťovny je také důležité zjistit si, s jakými pojišťovnami mají smlouvy lékaři, u nichž je člověk registrován.

Do 8 dnů po změně zdravotní pojišťovny je potřeba tuto skutečnost oznámit zaměstnavateli, aby začal pojistné posílat na nový účet. Pokud by zaměstnavatel posílal pojistné nadále do staré pojišťovny, v té nové bude vznikat dluh. OSVČ do nové pojišťovny začne platby posílat od srpna, resp. února.

Po narození se dítě stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u níž byla vedena jeho matka v den porodu. Ukrajinské děti narozené v ČR mají přístup k českému veřejnému zdravotnímu pojištění. Novorozence musí jeho zákonný zástupce u zdravotní pojišťovny registrovat do 8 dnů od narození.

PŘÍSPĚVKY Z FONDŮ PREVENCE A BENEFITY

Příspěvky z fondů prevence a benefity pro pojištěnce, kteří dodržují zdravý životní styl, pojišťovny vyplácejí nad rámec veřejného zdravotního pojištění. Příspěvky a benefity jsou míněny jako odměna ukázněným pojištěncům, kteří absolvují preventivní prohlídky dle harmonogramu, procházejí screeningovými vyšetřeními apod. Zároveň právě tyto příspěvky a benefity jsou to, v čem se nabídka jednotlivých zdravotních pojišťoven liší a v čem si navzájem konkurují. Například dospělým nejsou v rámci veřejného zdravotního pojištění hrazeny brýlové obroučky. Nicméně pojišťovna na ně může nabízet příspěvek z fondů prevence.

SROVNÁNÍ PŘÍSPĚVKŮ NA OČKOVÁNÍ 2024

Očkování se v České republice dělí na povinné, které by měli absolvovat všichni, a doporučené – u toho se lidé mohou sami rozhodnout, zda o ně mají zájem. Povinné očkování se týká především dětí – [dětský očkovací kalendář](#). Pro dospělé je povinné pouze očkování proti tetanu, které se obnovuje v intervalu 10–15 let – [očkovací kalendář pro dospělé](#).

Povinná očkování plně hradí zdravotní pojišťovna. Avšak protože je očkování považováno za účinnou prevenci, přispívají zdravotní pojišťovny lidem i na nepovinné vakcíny. Pacient se nechá lékařem naočkovat a následně si u své pojišťovny podá žádost o proplacení příspěvku.

VZP DOSPĚLÍ

Chřipka	do dovršení 65 let vyjma osob, které mají očkování hrazeno z v.z.p.	200 Kč
Klíšťová ancefalitida	do dovršení 50 let	700 Kč
Spalničky	od 25 do dovršení 50 let	500 Kč
Virová hepatitida A,B, A/B	od 18 let	500 Kč
Plané neštovice	od 18 let	1000 Kč
Černý kašel (tetanus, záškrť)	od 18 let	500 Kč
Cestovní očkování (žlutá zimnice, břišní tyfus atd.)	od 18 let	1000 Kč
HPV	od 18 let	1500 Kč
Pneumokoková infekce	od 50 do dovršení 65 let vyjma osob, které mají očkování hrazeno z v.z.p.	1000 Kč
Meningokok ACYW	od 18 let vyjma osob, které mají očkování hrazeno z v.z.p.	1000 Kč
Meningokok B	od 18 let vyjma osob, které mají očkování hrazeno z v.z.p.	2000 Kč
Pásový opar	od 50 let	3000 Kč
RS viry	od 60 let a těhotné ženy	2000 Kč

VZP DĚTI

Chřipka	do dovršení 18 let	300 Kč
Klíšťová ancefalitida	do dovršení 18 let	700 Kč
Virová hepatitida A	do dovršení 18 let	1000 Kč
Plané neštovice	do dovršení 18 let	1000 Kč
Cestovní očkování (žlutá zimnice, břišní tyfus atd.)	do dovršení 18 let	1000 Kč
HPV*		1500 Kč
Rotaviry	do dovršení 1 roku	1000 Kč
Meningokok ACYW**	do dovršení 18 let vyjma osob, které mají očkování hrazeno z v.z.p.	1000 Kč
Meningokok B***	do dovršení 18 let vyjma osob, které mají očkování hrazeno z v.z.p.	2000 Kč
<p>* příspěvek není možné čerpat, je-li očkování zahájeno od dovršeného 11. do dovršeného 15. roku dítěte ** příspěvek nelze čerpat, je-li očkování zahájeno od dovršeného 1. roku do dovršeného 2. roku věku nebo od dovršení 14. do dovršení 16. roku věku *** příspěvek nelze čerpat, je-li očkování zahájeno do dovršení 12. měsíce věku nebo od dovršení 14. do dovršení 16. roku věku</p>		

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA – DOSPĚLÍ

Černý kašel	2000 Kč
Kombinované vakcíny proti tetanu	2000 Kč
Spalničky	2000 Kč
Žloutenka typu A,B, A+B	2000 Kč
Hemofilus	2000 Kč
Klíšťová encefalitida	2000 Kč
Meningokok	2000 Kč
Chřipka	2000 Kč
Pneumokokové vakcíny	2000 Kč
HPV	2000 Kč
Plané neštovice/pásový opar	2000 Kč
Tuberkulinový test	2000 Kč
RS viry	2000 Kč
Test na protilátky proti tetanu	2000 Kč

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA – DĚTI

Rotaviry	2000 Kč
HPV	2000 Kč
Žloutenka A, B, A+B	2000 Kč
Klíšťová encefalitida	2000 Kč
Meningokok	2000 Kč
Chřipka	2000 Kč
Pneumokok	2000 Kč
Plané neštovice	2000 Kč
tuberkulinový test	2000 Kč
RS viry	2000 Kč
Test na protilátky proti tetanu	2000 Kč
Očkování pro cestování do zahraničí	2000 Kč
Případně zcela nové očkovací látky	2000 Kč

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA – DOSPĚLÍ

Od 18 let na kterékoliv očkování nehrazené z v.z.p.	700 Kč
---	--------

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA – DĚTI

Do 18 let na kterékoliv očkování nehrazené z v.z.p.	1500 Kč
---	---------

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

Mají nárok všichni pojištěnci bez omezení věku na všechna nehrazená očkování	1000 Kč
Proti chřipce	500 Kč
Využít lze i kombinace 500 Kč na chřipku + 1000 Kč na další očkování	

ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

Ženy na všechna nehrazená očkování z v.z.p.	1000 Kč
Muži na všechna nehrazená očkování z v.z.p.	1000 Kč
Děti a mládež do 17 let včetně na všechna nehrazená očkování z v.z.p.	1500 Kč

ZAMĚSTNANECKÁ POJIŠŤOVNA ŠKODA

Meningokok (bez omezení věku)	3600 Kč (1200 Kč / dávka)
Chřipka (do 65 let na jednu dávku)	400 Kč
Rotaviry (do 1 roku)	3000 Kč (1000 Kč / dávka)
HPV mládež (od 16 do 18 let)	4000 Kč
HPV ženy bez omezení věku, u kterých bylo zahájeno očkování do 6 měsíců po konizaci děložního čípku pro prekancerózu	4000 Kč
Klíšťová encefalitida (do 50 let věku)	2100 Kč (700 Kč / dávka)
Hepatitida (bez omezení věku)	2400 Kč (800 Kč / dávka)
Balíček ostatních očkování (bez omezení věku)	1000 Kč
Pásový opar (bez omezení věku)	4000 Kč (2000 Kč / dávka)

REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA – DOSPĚLÍ

ŽENY 19-59 LET: na všechna očkování nehrazená z v.z.p.	1000 Kč
ŽENY 19-59 LET: HPV od 15 do 30 let	4000 Kč
MUŽI 19-59 LET: na všechna očkování nehrazená z v.z.p.	1000 Kč
POJIŠTĚNCI OD 60 LET: na všechna očkování nehrazená z v.z.p.	1000 Kč

REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA – DĚTI

Na všechna očkování nehrazená z v.z.p.	1000 Kč
HPV dívky a ženy 9-10 let a 15-30 let	4000 Kč
HPV chlapci 9-10 let a 15-18 let	4000 Kč

SROVNÁNÍ PŘÍSPĚVKŮ NA PSYCHOTERAPII 2024

VZP 111	5000 Kč Max. 10 sezení, max. příspěvek 500 Kč na jedno sezení	Pojištěnci od 7 let věku	O příspěvek za klienty žádá Poskytovatel zařazený do projektu na základě Výzvy VZP ČR, nejpozději do 31. 12. 2024.
OZP 207	10 000 Kč Čerpá se za nasbírané kredity, za 100 kreditů pojišťovna dá 1000 Kč	Pojištěnci od 7 let věku Pouze na osobní sezení (prezenční psychoterapie)	Žádá se ve Vitakartě
ZPŠ 209	4000 Kč Lze čerpat ve více částkách, např. 4 x 1000 Kč	Věk pojištěnců je bez omezení Proplácí se sezení u terapeutů zapsaných v ČAP a on-line terapie	Příspěvky se proplácí do 29. 11. 2024, doklady k proplacení nesmí být starší než 3 měsíce.
ZPMV 211	4000 Kč Příspěvek až 400 Kč na jedno sezení Max. 10 sezení	Proplácí se pouze služby vybraných terapeutů z tohoto seznamu Osobní sezení i e-terapie	Možnost čerpání do 31. 12. 2024 nebo do vyčerpání financí
ČPZP 205	2 500 Kč Příspěvek až 500 Kč na jedno sezení Max. 5 sezení	Pojištěnci od 7 let věku Osobní sezení i online Proplácí se pouze služby terapeutů z ČAP a individuálních terapeutů bez členství v ČAP	Doklad o zaplacení lze uplatnit do 31. 12. 2024. Nesmí být starší než 3 měsíce.
RBP 213	2 500 Kč Příspěvek až 500 Kč na jedno sezení Max. 5 sezení	Pojištěnci od 7 let věku Proplácí se pouze služby terapeutů z ČAP a individuálních terapeutů	Možnost čerpání do 15. 12. 2024
VoZP 201	Nepřispívá na sezení s terapeutem V rámci programu Zdravá duše nabízí programy terapeutické platformy Mindwell		

Více informací najdete na webových stránkách www.terapie.cz.

SROVNÁNÍ PŘÍSPĚVKŮ PRO DIABETIKY 2024

Celou řadu potřeb diabetiků hradí zdravotní pojišťovna. Nárok na ně mají ze zákona, bez ohledu na to, u jaké zdravotní pojišťovny jsou pojištěni. Jedná se o glukometry (diabetici 1. typu léčení inzulímem a diabetici 2. typu léčení perorálními antidiabetiky), diagnostické proužky na stanovení glukózy z krve, ketolátek z krve, proužky pro vizuální testování moči, Přístroje pro okamžitou nebo kontinuální monitoraci glukózy (tzv. senzory), inzulínové pumpy, inzulínová pera a další. Pro každou položku jsou přesně stanoveny podmínky.

Dále zdravotní pojišťovny nabízejí diabetikům další příspěvky a benefity. V této nabídce se mezi sebou liší. Zde je jejich přehled pro rok 2024:

Dále zdravotní pojišťovny nabízejí diabetikům další příspěvky a benefity. V této nabídce se mezi sebou liší. Zde je jejich přehled pro rok 2024:

VZP	1000 Kč	Příspěvek na zdravotnické pomůcky	Dezinfekční prostředky, glukometry, inzulinová pera, testovací proužky, příslušenství k inzulinovým pumpám, ochranné obaly na čtečky senzorů, chladičí pouzdra na inzulin a další.
	3000 Kč	Příspěvek na přístrojovou pedikúru	Diabetici nad 18 let mohou čerpat až 3 000 Kč na odbornou přístrojovou pedikúru nebo ošetření zdravotní sestrou s podiatrickým kurzem. Příspěvek lze rozložit do dvou žádostí po 1 500 Kč na jedno ošetření
	2000 Kč	Příspěvek na rehabilitační a rekondiční aktivity	Příspěvek na různé aktivity lázeňského typu, jako jsou masáže, plavání, jóga, sauny, hydroterapie, kryokomora, elektroterapie, magnetoterapie a další.
OZP	1000 Kč	Nutriční poradenství	Na příspěvek mají nárok všichni pojištěnci s diabetes mellitus 2. typu, lze využít 1x za rok
	10 000 Kč	Pomůcky pro diabetiky	Příspěvek se čerpá za nasbírané kredity. Pomůcky zahrnují glukometry, testovací proužky, inzulinová pera apod.
	10 000 Kč	Medicínální pedikúra	Příspěvek se čerpá za nasbírané kredity
ZPŠ	500 Kč	Přístrojová pedikúra	V rámci příspěvku SPORT Senior pro pojištěnce nad 65 let
	5000 Kč	Zdravotní pomůcky	1x za rok, na diabetickou dietu a na pomůcky pro pojištěnce s diabetem nad rámec v.z.p. nutné předložit potvrzení ošetřujícího lékaře o nezbytné dietě (pouze při prvním čerpání příspěvku)
ZPMV	1500 Kč děti, 500 Kč dospělí	Zdravotnické prostředky	Glukometry, testovací proužky, inzulinová pera a další nezbytné pomůcky
	2000 Kč	Edukační pobyty zaměřené na správu a léčbu diabetu	
	500 Kč	Přístrojová pedikúra	Pro pojištěnce od 9 let

ČPZP	1000 Kč dospělí	Zdravotnické prostředky, přístrojová pedikúra	Veškeré produkty pro diabetiky z lékárny nebo z prodejny zdravotnických potřeb nad rámec úhrad z v.z.p.
	2000 Kč děti do 17 let včetně	Zdravotnické prostředky, přístrojová pedikúra, edukační pobyty	Veškeré produkty pro diabetiky z lékárny nebo z prodejny zdravotnických potřeb nad rámec úhrad z v.z.p., edukační pobyt v délce min. 3 dnů
RBP	1000 Kč	Zdravotnické prostředky, přístrojová pedikúra, permanentka pro pohybové aktivity	Lze využít na nákup zdravotnických pomůcek, jako jsou testovací proužky, diagnostické proužky, senzory pro kontinuální měření glykemie, dezinfekční prostředky a další potřebné pomůcky
VoZP	Nepřispívá na potřeby diabetiků		

ZAPOČTENÍ PŘÍSPĚVKŮ DO HUMANITÁRNÍ DÁVKY

V diskuzích na sociálních sítích si ukrajinští uprchlíci často stěžují, že příspěvek od zdravotní pojišťovny jim bude započten při posuzování výše příjmů při přidělování humanitární dávky. Podle vyjádření Ministerstva práce a sociálních věcí ČR však v tomto případě z hlediska hodnocení nároku na humanitární dávku nejde o příjmy ve smyslu [§ 6 zák. č. 66/2022 Sb.](#), o opatřeních v oblasti zaměstnanosti a oblasti sociálního zabezpečení v souvislosti s ozbrojeným konfliktem na území Ukrajiny vyvolaným invazí vojsk Ruské federace, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zák. č. 66/2022 Sb.“).

Zákon č. 66/2022 Sb. nespecifikuje konkrétně příjmy, které jsou pro účely nároku na humanitární dávku při výpočtu nároku zohledněny. Naopak, podává negativní výčet příjmů v § 6 odst. 2 cit. zákona, jež se pro dávku nezohledňují (dávka a mimořádná okamžitá pomoc podle zákona o pomoci v hmotné nouzi vyplacená v rozhodném období, za které se příjmy zjišťují, a finanční prostředky poskytnuté fondací, spolkem, z Azylového, migračního a integračního fondu nebo z Dětského fondu Organizace spojených národů). Znamená to, že v případě podání žádosti se hodnotí příjmové poměry žadatele, resp. všech cizinců s dočasnou ochranou, kteří spolu bydlí tak, že se zohlední veškeré jejich příjmy, nejedná-li se o příjmy zákonem výslovně specifikované. Nicméně v případě plnění poskytnutých od zdravotních pojišťoven se z jejich povahy nejedná o příjem, nýbrž o úhradu prokazatelně vynaložených nákladů. Z tohoto důvodu nebudou tato přijatá plnění, jež jsou zpravidla vázána na dříve uhrazený výdaj, ani podléhat dani z příjmu.

Informaci poskytla Mgr. Alice Říhová, Oddělení pomoci v hmotné nouzi a dávek pro osoby se zdravotním postižením (752), Ministerstvo práce a sociálních věcí.

V diskuzích na sociálních sítích si ukrajinští uprchlíci často stěžují, že příspěvek od zdravotní pojišťovny jim bude započten při posuzování výše příjmů při přidělování humanitární dávky. Podle vyjádření Ministerstva práce a sociálních věcí ČR však v tomto případě z hlediska hodnocení nároku na humanitární dávku nejde o příjmy ve smyslu § 6 zák. č. 66/2022 Sb., o opatřeních v oblasti zaměstnanosti a oblasti sociálního zabezpečení v souvislosti s ozbrojeným konfliktem na území Ukrajiny vyvolaným invazí vojsk Ruské federace, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zák. č. 66/2022 Sb.“).

Zákon č. 66/2022 Sb. nespécifikuje konkrétně příjmy, které jsou pro účely nároku na humanitární dávku při výpočtu nároku zohledněny. Naopak, podává negativní výčet příjmů v § 6 odst. 2 cit. zákona, jež se pro dávku nezohledňují (dávka a mimořádná okamžitá pomoc podle zákona o pomoci v hmotné nouzi vyplacená v rozhodném období, za které se příjmy zjišťují, a finanční prostředky poskytnuté fondací, spolkem, z Azylového, migračního a integračního fondu nebo z Dětského fondu Organizace spojených národů). Znamená to, že v případě podání žádosti se hodnotí příjmové poměry žadatele, resp. všech cizinců s dočasnou ochranou, kteří spolu bydlí tak, že se zohlední veškeré jejich příjmy, nejedná-li se o příjmy zákonem výslovně specifikované. Nicméně v případě plnění poskytnutých od zdravotních pojišťoven se z jejich povahy nejedná o příjem, nýbrž o úhradu prokazatelně vynaložených nákladů. Z tohoto důvodu nebudou tato přijatá plnění, jež jsou zpravidla vázána na dříve uhrazený výdaj, ani podléhat dani z příjmu.

Informaci poskytla Mgr. Alice Říhová, Oddělení pomoci v hmotné nouzi a dávek pro osoby se zdravotním postižením (752), Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Praktickou radou je uvádět při vyplňování příjmů v žádosti o humanitární dávku částku 0 Kč. Pokud by přišla namátková kontrola a požadovala vysvětlení finanční částky, která přišla žadateli na bankovní účet ze zdravotní pojišťovny, je potřeba svůj postup obhájit (předložením platebního dokladu, který pojišťovna proplatila; předložením zprávy z pojišťovny o tom, že žádost o příspěvek byla schválena apod.).

ÚHRADA DALŠÍCH SLUŽEB

HORSKÁ SLUŽBA

Horská služba ČR je obecně prospěšná společnost, jejímž zakladatelem je Česká republika – Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. Nejedná se o zdravotnické zařízení a její členové nejsou zdravotnickými pracovníky. Z toho vyplývá, že na zásahy Horské služby se nevztahují žádné mezinárodní úmluvy o poskytování bezplatné zdravotní péče a cizinci její využití musí uhradit ze svého komerčního cestovního pojištění nebo z vlastních prostředků. Lidem s českým veřejným zdravotním pojištěním hradí zásah Horské služby ČR pojišťovna.

Horská služba ČR při výkonu své činnosti zejména:

- organizuje a provádí záchranné a pátrací akce v horském terénu,
- poskytuje první pomoc a zajišťuje transport zraněných,
- vytváří podmínky pro bezpečnost návštěvníků hor,
- zajišťuje provoz záchranných a ohlašovacích stanic HS,
- provádí instalaci a údržbu výstražných a informačních zařízení,
- spolupracuje při vydávání a rozšiřování preventivně-bezpečnostních materiálů,
- informuje veřejnost o povětrnostních a sněhových podmínkách na horách a opatřeních HS k zajištění bezpečnosti na horách,
- spolupracuje s orgány veřejné správy, ochrany přírody a životního prostředí a jinými orgány a organizacemi,
- sleduje úrazovost a provádí rozbor příčin úrazů na horách, navrhuje a doporučuje opatření k jejímu snížení,
- provádí hlídkovou činnost na hřebenech, sjezdových tratích, pohotovostní službu na stanicích a domech HS,
- provádí lavinová pozorování,
- připravuje a školí své členy a čekatele,
- spolupracuje s ostatními záchrannými organizacemi doma i v zahraničí.

Pohotovostní číslo: +420 1210

Další kontakty na jednotlivých horách najdete na [webu Horskasluzba.cz](http://webu.Horskasluzba.cz).

LÁZEŇSKÉ POBYTY

Na lázeňskou léčbu není obecný nárok. Vyplývá z aktuálního zdravotního stavu, musí ji doporučit praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci a následně musí projít schválením revizním lékařem zdravotní pojišťovny. V návrhu lékař uvede nejméně dvě lázeňská místa určená k léčbě zdravotních obtíží daného pacienta. Navrhne také, zda se má jednat o komplexní nebo příspěvkový léčebný pobyt.

• **Komplexní léčebný pobyt**

Veškeré náklady jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění – to znamená jak lázeňská léčba, tak ubytování a celodenní strava. Pokud revizní lékař návrh schválí, odešle ho zdravotní pojišťovna přímo lázním, které pacienta předvolají k nástupu. Komplexní léčebný pobyt se čerpá v době pracovní neschopnosti.

• **Příspěvkový léčebný pobyt**

Službami hrazenými z veřejného zdravotního pojištění jsou vyšetření a léčba. Pobyt i stravu si pacient hradí sám, ale musí je mít zajištěny ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lázeňské péče (nikoliv v jakémkoliv hotelu či penzionu). Pobyt – neboli lázeňskou lůžkovou péči – může dle platné legislativy poskytnout výhradně registrované zdravotnické zařízení lůžkové péče. Pacient během pobytu není v pracovní neschopnosti.

- **Lázeňský pobyt pro samoplátce**

Klient si celý pobyt včetně lázeňských a relaxačních procedur hradí sám a nepotřebuje k němu doporučení od lékaře. Na základě vstupní prohlídky mu lázeňský lékař sestaví na začátku pobytu individuální léčebný plán s vhodnými procedurami.

LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Aby byla léčba závislosti na alkoholu hrazena z veřejného zdravotního pojištění, musí být zahájena na základě indikace ošetřujícího lékaře a nesmí být anonymní. Pacient se ale může rozhodnout také pro anonymní léčbu, kterou si však musí hradit jako samoplátce.

Pacient má tedy na výběr dvě varianty, jak může léčbu absolvovat:

- **U smluvního poskytovatele zdravotních služeb** – služby jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (nejedná se o anonymní léčbu).
- **U nesmluvního (ale i smluvního) poskytovatele zdravotních služeb** – pacient si hradí léčbu sám a poskytnutá zdravotní péče není evidována ve zdravotnickém informačním systému ani v informačních systémech zdravotních pojišťoven (je anonymní).

Léčba závislosti na alkoholu probíhá:

- **Ambulantně – v ordinaci psychiatra nebo adiktologa, v denním stacionáři**

Pacient dochází do daného zařízení. Jedná se o dobrovolnou léčbu, proto se prvotní zájem očekává ze strany pacienta (projevení ochoty léčbu podstoupit). Léčba má zpravidla krátkodobý časový horizont.

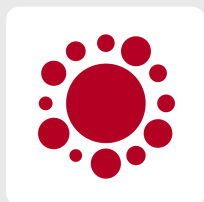
- **Rezidenčně – akutní psychiatrická péče, krátkodobá a střednědobá léčba v psychiatrických nemocnicích**

Pacientovi je péče poskytována v pobytovém (lůžkovém) zdravotnickém zařízení, např. v psychiatrické nemocnici, na oddělení pro léčbu závislostí. Délka léčby je v řádu měsíců (3 až 6 měsíců).

- **Terapeutická komunita**

Jedná se o typ sociálních služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění. Součástí léčby je psychoterapeutická a socioterapeutická pomoc. Pobyt klienta v terapeutické komunitě bývá střednědobý až dlouhodobý (6 až 18 měsíců).

Leták v češtině a ukrajinštině pro osoby závislé na alkoholu, drogách, hazardních hrách a osoby s dalšími závislostmi je dostupný na [webu Drogy-info.cz](http://webu.Drogy-info.cz).



2 KAPITOLA

NÁVŠTĚVA
LÉKAŘE

PŘÍPRAVA NA NÁVŠTĚVU LÉKAŘE

Lékaři mají plnou čekárnu pacientů a neradi ztrácejí čas. Raději přijmou do péče pacienta, který má připravené patřičné dokumenty a je informovaný, takže mu nebudou muset zdlouhavě vysvětlovat, jak funguje eRecept, co je to žádanka apod. Lékaři ocení, když si pacient přinese:

- Potvrzení od zdravotní pojišťovny o pojištění
- Vyplněný anamnestický dotazník – ke stažení [pro dospělé](#), [pro děti](#) a [pro děti při akutním ošetření](#) si můžete stáhnout například na webu <https://lekariproukrajinu.cz>. Pokud pacient nemá příležitost si ho vytisknout a vyplnit, stačí, když na papír sepíše informace o svých proběhlých a současných nemocech, operacích a alergiích.
- Důležitý je také seznam léků, které pacient užívá, včetně jejich síly a dávkování. Dobré je vyfotit si krabičky užívaných léků do mobilu a pak fotky lékaři ukázat.
- Potvrzení o očkování – u dospělých osob potvrzení nebo alespoň datum poslední vakcíny proti tetanu; u dětí je dobré mít připravený očkovací průkaz nebo seznam proběhlých očkování v češtině. (Informace o očkování potřebují především praktičtí lékaři při preventivních prohlídkách a chirurgové při úrazu.)

KOMUNIKAČNÍ KARTY A SLOVNÍ ZÁSoba

Při komunikaci s pacientem může lékař využít komunikační karty. Pacient, který k lékaři přichází bez tlumočnice/interkulturní pracovníce a obává se, zda komunikaci zvládne, si může komunikační kartu dopředu připravit a přinést si ji s sebou.

Na webu [ministerstva zdravotnictví](#) si lze stáhnout tyto komunikační karty:

- [Pediatrii](#)
- [Gynekologie a porodnictví](#)
- [Ošetrovatelství](#)
- [Vnitřní lékařství](#)
- [Psychiatrie](#)
- [Seznam možných obtíží](#)
- [Komunikace v lékárně](#) (karta České lékařnické komory)
- [Zdravotnická záchranná služba](#)

Slovníčky pro neurologické vyšetření (vytvořen spolkem Mladí lékaři):

- [Neurologie](#)
- [Psychiatrie](#)

Využít lze také volně dostupné učebnice [Léčíme česky](#). Je primárně určena nelékařským zdravotnickým pracovníkům z Ukrajiny, kteří chtějí ovládnout základní slovní zásobu a frazeologii používanou v nemocničním prostředí při komunikaci s pacienty i se zdravotnickým personálem. Kniha je zdarma přístupná na platformě publi.cz a také v tištěné podobě.

Vzniká také webová aplikace [Galenio](#), která díky okamžitým překladům dokáže automaticky překládat zprávy, otázky a upozornění mezi zahraničním pacientem a českým lékařem. Aplikace poskytuje 200 jazyků, její funkcionality jsou ve vývoji a rychle přibývají. Za její používání platí poskytovatel zdravotní péče, v plánu je i patientské prostředí.

OBJEDNÁVÁNÍ K LÉKAŘI

Ukrajinci nejsou zvyklí na dlouhé čekací lhůty na vyšetření. V této oblasti platí několik pravidel:

- Na preventivní vyšetření je potřeba objednávat se dostatečně dopředu, klidně půl roku před termínem.
- Čekací lhůty na neakutní vyšetření jsou dlouhé v řádu týdnů a měsíců. Pokud jedno zařízení nabídne termín za příliš dlouhou dobu, je vhodné zkusit si obvolat několik dalších zdravotnických zařízení a zjistit, zda tam nebude čekání kratší (např. magnetická rezonance, onkologické vyšetření apod.)
- V případě akutních zdravotních problémů mají lékaři povinnost pacienta vyšetřit i bez objednání. Tuto skutečnost je potřeba oznámit zdravotnickému personálu po příchodu do čekárny. Pokud lékař pacienta s akutními problémy odmítne ošetřit, měl by se pacient obrátit na lékařskou pohotovost. Ta se většinou nachází v prostorách nemocnice.
- Některé weby nabízejí online objednání do některých zdravotnických zařízení s časnějším termínem. Tato služba je placená, stojí v řádu stovek i tisíců korun. Jedná se např. o Navstevalekare.cz. Platící klienti takto dostávají přednost před ostatními pacienty, a tím jim ještě prodlužují jejich čekací dobu. Ze strany poskytovatele zdravotní péče je to nezákonné a naprosto neetické. Využívání těchto služeb pacientům doporučujeme. Nicméně pokud se pro tuto možnost rozhodnou, nehrozí jim za to žádný postih. Všichni pacienti využívající zdravotní péči hrazenou pojišťovnou by měli mít stejné právo na termín vyšetření.

CESTA PACIENTA SYSTÉMEM ZDRAVOTNÍ PÉČE

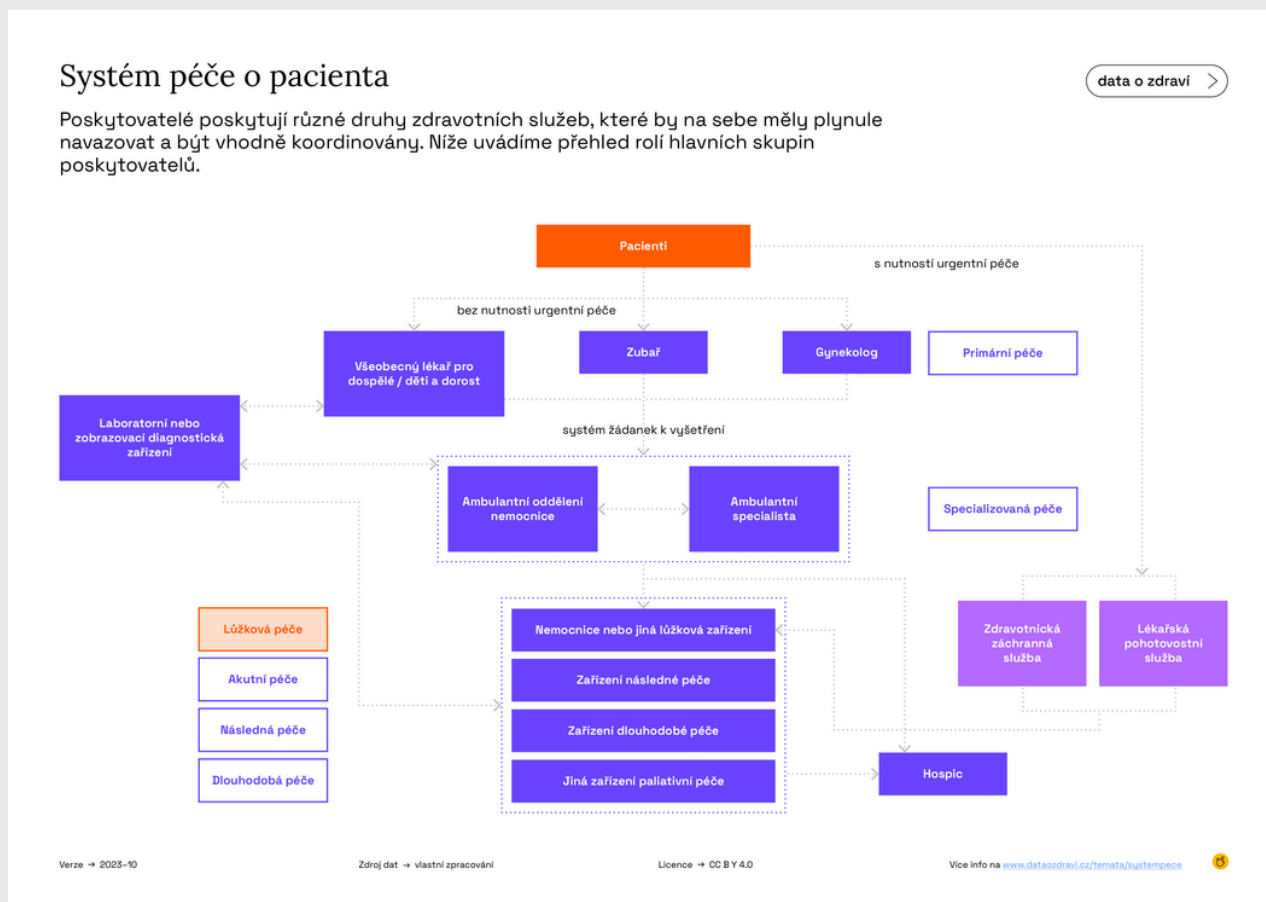
V České republice neexistují rodinní lékaři. Děti do 19 let většinou chodí k praktickým lékařům pro děti a dorost (pediatr), dospělí chodí k praktickým lékařům pro dospělé. Ti mohou registrovat i děti od 14 let věku, většinou ale berou pacienty až od 18 nebo 19 let.

Pokud má pacient neurgentní zdravotní problém nebo chce podstoupit pravidelnou preventivní prohlídku, má využít tzv. primární zdravotní péči. Tam spadá praktický lékař, zubař, gynekolog.

Jestliže se vyskytne nějaký problém nebo pacient bude potřebovat složitější vyšetření, lékař mu vypíše žádanku ke specialistovi. Specialista pacientovi na základě vyšetření připraví pro praktického lékaře zprávu. Praktický lékař může doporučit, kam se má pacient na specializované vyšetření objednat, ale samozřejmě si pacient sám může vybrat i jiné pracoviště, kde např. nejsou tak dlouhé čekací doby. Důležité je, aby pacient výsledek vyšetření vždy doručil k lékaři, který ho na vyšetření poslal (to ukrajinští pacienti často neudělají a přijdou znovu k lékaři, až se jim přitíží).

Začít svůj zdravotní problém řešit u praktického lékaře je pouze doporučení. Je možné objednat se rovnou ke specialistovi i bez žádanky. Pokud však člověk špatně odhadne, jakého lékaře potřebujete, zbytečně tím zatíží zdravotní systém a jen prodlouží čekací lhůty sobě i dalším pacientům. Praktický lékař třeba může sám určit, zda pacient potřebuje vyšetření na trombózu v interní ambulanci, nebo potřebuje vyšetření v neurologické ambulanci. Navíc některá vyšetření např. odběr krve nebo rentgen může udělat přímo praktický lékař a urychlí tím diagnostiku i léčbu, případně pacienta může poslat k přednostnímu vyšetření do nemocnice nebo mu vystaví žádanku s žádostí o časný termín vyšetření. Proto objednávání ke specialistům na vlastní pěst není vhodné.

Toto schéma think-tanku Ministr zdraví usnadňuje orientaci v českém zdravotním systému:



POUKAZY NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ U SPECIALISTŮ

- [Poukaz na vyšetření/ošetření FT](#)

Na tento poukaz lékař předepisuje fyzioterapeutickou a ergoterapeutickou péči. Jeho platnost je 7 dní od vystavení – na tuto skutečnost by měl lékař pacienta upozornit, informace je uvedena malým písmem na straně poukazu. Neznamená to však, že pacient musí začít s terapií okamžitě. Musí se však do 7 dnů na některém pracovišti fyzioterapie objednat, i když termín dostane až za několik týdnů. Některá pracoviště akceptují objednání po telefonu či elektronicky a poukaz se odevzdává až při fyzické návštěvě v objednaném termínu (nebo požádají o zaslání fotky poukazu emailem).

- [Poukaz na vyšetření/ošetření ORP](#)

Tento typ poukazu je předepisován na ošetřovatelskou a rehabilitační péči poskytovanou v zařízeních sociálních služeb nebo v lůžkových zdravotnických zařízeních v rámci zvláštní ambulantní péče.

Ošetřující lékař vyplňuje přesný údaj, do kdy poukaz platí. Platnost je nejvýše 3 měsíce. Po vypršení platnosti poukazu už zdravotní pojišťovna neuhradí poskytovateli zdravotních služeb poskytnutou péči z veřejného zdravotního pojištění.

- **Poukaz na vyšetření/ošetření DP**

Tento typ poukazu je určen pro domácí péči, pokud je poskytována na základě doporučení:

- registrujícího praktického lékaře v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 3 měsíců; doporučit ji lze i opakovaně,
- lékaře poskytovatele ambulantní péče neuvedeného v bodě 1, který pojištěnce ošetřoval, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 14 dnů,
- lékaře poskytovatele poskytujícího lékařskou pohotovostní službu, který pojištěnce ošetřoval, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 14 dnů,
- lékaře poskytovatele poskytujícího zdravotní služby na urgentním příjmu, který pojištěnce ošetřoval, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 14 dnů,
- ošetřujícího lékaře poskytovatele lůžkové péče, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 14 dnů,
- ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 3 měsíců; doporučit ji lze i opakovaně.

Časové omezení předpisů je nutné dodržet, protože po vypršení platnosti poukazu zdravotní pojišťovna nemůže uhradit poskytnutou péči z veřejného zdravotního pojištění.

- **Poukaz na vyšetření/ošetření K**

Tento poukaz je určen k vyžádání konziliárního vyšetření, vyšetření či ošetření specialistou a k doporučení převzetí do péče. Vystaví ho např. praktický lékař, když pacienta posílá k odbornému lékaři, případně i odborný lékař, který pojištěnce odesílá na vyšetření k jinému specialistovi. Ačkoli není stanovena obecná povinnost mít vždy doporučení od všeobecného praktického lékaře, odborní lékaři ho ve většině případů vyžadují.

U tohoto poukazu není stanovena platnost, avšak musí odpovídat aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta a lékařem předepsané vyšetření by měl pacient absolvovat co nejdříve.

- **Poukaz na vyšetření/ošetření Z**

Tento typ poukazu lékař použije, když pacienta posílá na vyšetření RTG (rentgen), ultrazvukem, magnetickou rezonancí, metodami nukleární medicíny apod.

U tohoto poukazu není stanovena platnost, avšak musí odpovídat aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta a lékařem předepsané vyšetření by měl pacient absolvovat co nejdříve.

- **Další typy poukazů**

Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku, poukaz na brýle a optické pomůcky, poukaz na foniatrickou pomůcku lze u výdejce uplatnit do 30 dnů od vystavení. Platnost poukazu může lékař prodloužit, ne však na delší dobu než 1 rok.

POPLATKY U LÉKAŘE

Zdravotní péči, kterou určí lékař jako potřebnou, hradí zdravotní pojišťovna. Některé úkony veřejné pojištění nepokrývá, v tom případě lékař pacienta musí dopředu upozornit a domluvit se s ním, zda má o jejich uhrazení z vlastních prostředků zájem.

O různá vyšetření si pacient může říct sám, i když je lékař neurčí jako potřebná, a pacient si je musí sám zaplatit (např. CPR test na přání pacienta, vyšetření protilátek na tetanus nebo spalničky, vyšetření krevní skupiny, zobrazovací metody apod.).

U praktického lékaře/pediatra se zařizují různá potvrzení potřebná pro vydání řidičského, potravinářského či zbrojního průkazu, zařízení životní pojistky, zdravotní posudek pro zaměstnavatele, potvrzení pro letní tábory nebo školní kurzy plavání apod. Vystavení těchto dokumentů není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, pacient lékaři za tyto úkony platí sám přímo lékaři. Ceník musí viset v čekárně před ordinací a pacient musí mít příležitost se s ním dopředu seznámit. Ceny zmiňovaných úkonů se obvykle pohybují v řádu stovek korun. Nejsou jednotné, v různých ordinacích se mohou i výrazně lišit.

V některých ordinacích je zavedená i praxe „klubových poplatků“, které lékař od pacientů vybírá za to, že k němu mohou chodit. Tento systém se rozmohl především v gynekologických ambulancích a opět je zcela neetický. Vzhledem k nedostatku lékařů na něj ale pacientky obvykle přistupují. Pokud člověk nechce takový poplatek hradit, jedinou cestou je sdělit to lékaři a zkusit se s ním domluvit na poskytování péče bez této nelegitimní platby. Pokud to odmítne, možností je stěžovat si u zřizovatele poskytovatele zdravotních služeb, což je kraj nebo ministerstvo zdravotnictví. Stěžovat si lze i na konkrétního lékaře u České lékařské komory.

PRAKTICKÉ ROZDÍLY MEZI ZDRAVOTNICTVÍM UKRAJINY A ČR

Ve spolupráci s ukrajinskými lékaři jsme sestavili přehled hlavních rozdílů, jimiž se liší české a ukrajinské zdravotnictví. Jedná se o praktické záležitosti z pohledu pacienta, které mohou pomoci osvětlit nedorozumění, k nimž může docházet u ukrajinských pacientů při čerpání české zdravotní péče.

O co se jedná	Česká republika	Ukrajina
System	System veřejného zdravotního pojištění. Pacienti brblají, když některé služby nehradí plně pojišťovna a oni musejí doplácet.	Kombinace státního zdravotnictví a soukromých služeb hrazených pacientem. Pacient je zvyklý platit za lepší péči; služby zdarma má tendenci vnímat jako horší.
Vztah lékař – pacient	Všichni mají stejný přístup ke zdrav. péči; lékař určuje, jakou péči pacient potřebuje, a pacienti jsou zvyklí poslouchat.	Pacienti jsou zvyklí říkat si rodinnému lékaři o to, jaké zdrav. výkony chtějí; lze zaplatit, aby lékař přijížděl domů k pacientovi.
Finanční náročnost z hlediska pacienta	System je postavený na solidaritě; léky na virózu si pacient hradí sám, ale operace, specializovaná vyšetření, screeningy, pobyt v nemocnici apod. hradí pojišťovna.	Operace a nákladnou léčbu si pacient hradí sám; nemajetní lidé nedosáhnou na potřebnou péči (existují státní příspěvky, ale je složité se k nim dostat). Při hospitalizaci si pacient léky často hradí sám.
Čekací lhůty	Dlouhé čekací lhůty. Na specializovaná vyšetření v řádu měsíců, na některé typy operací až roky	Pacienti jsou zvyklí rychle dostat péči, kterou si zaplatí. Velký výběr a nabídka služeb díky konkurenci mnoha soukromých zařízení
Přístup pacienta k léčbě	V případě úrazu nebo nemoci pacient hned vyhledá lékaře	Kvůli finanční náročnosti se zejm. na venkově pacient často snaží nejdříve léčit sám, k lékaři přichází později
Přístup k lékům	Určité léky jsou pouze na předpis, některé dokonce mohou předepsat jen lékaři s určitou specializací (preskripční omezení). Antibiotika, psychofarmaka a léky na onkologická onemocnění jsou pouze na předpis.	Charakteristické je užívání vyššího množství léků, nadužívání antibiotik. Souvisí to s tím, že antibiotika, psychofarmaka i léky na onkologická onemocnění se v lékárnách dají koupit bez receptu a lidé si je často indikují sami.

O co se jedná	Česká republika	Ukrajina
Prevence	Jede se podle kalendáře preventivních prohlídek a screeningů v dětském i dospělém věku.	Děti mají předepsáno více preventivních prohlídek než v ČR, včetně odborných ambulancí. Dospělí prevenci spíše neabsolvují, jdou k lékaři až v případě potíží.
Primární péče	O děti do 19 let se stará pediatr, o dospělé praktický lékař.	Je zavedený institut rodinného lékaře.
Očkování dětí	Očkovací kalendář pro děti zahrnuje povinné a doporučené vakcíny. Povinné hradí pojišťovna. V poslední době stoupl počet neočkovaných dětí u antivaxerů, kolektivní imunita se snížila.	Povinné očkování hradí stát, ale rodiče si nemohou vybrat druh vakcíny. Lepší vakcíny si lze zaplatit na soukromých klinikách. Mnoho dětí není očkovaných, protože rodiče nechtějí státem hrazenou vakcínu a na ověřenou nemají peníze.
Zdravotnická záchranná služba	Volá se v případě, že se prudce zhorší zdravotní stav nebo je přímo ohrožen život člověka; v sanitce je záchranář, pacient je předán do nemocnice.	V sanitce přijede lékař a může situaci vyřešit péčí doma u pacienta. Volá se i v situacích, kdy by se v ČR záchranka nevolala (došly léky, dítěti se zvedla teplota apod.)
Stomatologie	Základní úkony hradí pojišťovna, za lepší materiály a postupy připlácí pacient.	Je soukromá, na trhu je velká konkurence. Vše si platí pacient, zubař za příplatek ošetří i mimo ordináční hodiny. Přesto jsou ceny o polovinu nižší než v ČR.

ČESKÉ EKVIVALENTY UKRAJINSKÝCH LÉKŮ

Ukrajínští pacienti někdy hledají, pod jakými názvy jsou v Česku dostupné léky, které užívali na Ukrajině. Na webu <https://ukrainemedlist.solutions.iqvia.com> funguje převodník ukrajinských léčiv a jejich českých ekvivalentů.

LÉČBA HIV V ČESKU

Pokud člověku vyjde pozitivní test na HIV, následují tyto kroky:

- **Potvrzující test** – po prvním pozitivním testu jsou vzorky odeslány do Národní referenční laboratoře pro definitivní potvrzení diagnózy.

- **Návštěva HIV centra** – pacient je odeslán ke specialistovi na infekční choroby. Ti působí v rámci HIV center, která jsou při velkých krajských nemocnicích:
 - HIV Centrum Nemocnice Na Bulovce, Praha
 - HIV Centrum Ústřední vojenské nemocnice, Praha
 - HIV Centrum Brno
 - HIV Centrum Ostrava
 - HIV Centrum Plzeň
 - HIV Centrum České Budějovice
 - HIV Centrum Ústí nad Labem
 - HIV Centrum Hradec Králové

- **Stanovení léčebného plánu** – lékař provede další vyšetření včetně počtu CD4 buněk a virové nálože, což pomáhá stanovit, jak je imunitní systém pacienta ovlivněn virem HIV. Na základě výsledků lékař předepíše antiretrovirovou terapii (ART). Je to kombinace léků, které potlačují množení viru HIV v těle.
Léčba vyžaduje pravidelné užívání léků podle přesně stanoveného režimu. Antiretrovirotika plně hradí zdravotní pojišťovna a může je předepsat pouze lékař z HIV centra. Náklady na léčbu jednoho pacienta s HIV se pohybují kolem 16 700 Kč měsíčně, což je asi 200 000 Kč ročně.

- **Pravidelné lékařské kontroly** – jsou nezbytné pro sledování účinnosti léčby a případných vedlejších účinků léků. Lékař bude pravidelně monitorovat virovou nálož a počet CD4 buněk a případně upravovat kombinaci léků.

- **Podpora a poradenství** – k dispozici jsou lidem s HIV psychologové a poradci, kteří jim pomohou zvládnout emocionální a psychologické dopady diagnózy HIV. Existují různé organizace a podpůrné skupiny, které nabízejí pomocnou ruku – nejznámější je Česká společnost AIDS pomoc.

- **Každodenní život** – v ČR mají lidé žijící s HIV o své diagnóze informovat všechny své lékaře.



3 KAPITOLA

HLEDÁNÍ
LÉKAŘE

ŘEŠENÍ NEDOSTUPNÉ LÉKAŘSKÉ PÉČE PŘES ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNU

Zákon o zdravotním pojištění říká, že každý pojištěnec má právo na časově a místně dostupnou zdravotní péči a zdravotní pojišťovna toto právo musí svým pojištěncům zajistit. Ukrajínští uprchlíci s dočasnou ochranou jsou účastníky veřejného zdravotního pojištění, a proto by se neměli nechat těžkostmi s nalezením lékaře odradit. Na lékařskou péči mají stejný nárok jako Češi.

S žádostí o pomoc s nalezením lékaře se lze na zdravotní pojišťovnu obrátit prostřednictvím online formuláře na webu <https://nedostupnapece.mzcr.cz>. Verze formuláře je i v ukrajinštině a ruštině. Po odeslání vyplněného formuláře zdravotní pojišťovna obvykle do pár dnů žadateli o pomoc pošle seznam lékařů v okolí jeho bydliště – na seznamu nejsou jen ti, kteří přijímají nové pacienty, ale všichni lékaři působící v daném regionu. Pozor, pojišťovna komunikuje česky. Následně je nutné jednotlivé lékaře obvolat. Osvědčilo se, když lékaře jménem ukrajinského pacienta kontaktuje česky mluvící osoba. Je dobré lékaři při hovoru sdělit, že kontakt na něj poskytla zdravotní pojišťovna. Tento způsob hledání lékaře je časově náročný, ale v praxi se osvědčil jako funkční.

ČEKACÍ LISTINA NA REGISTRACI U LÉKAŘE

Pokud lékař pacienta odmítne registrovat z důvodu, že má naplněnou kapacitu, je vhodné požádat ho o zanesení jména na čekací listinu. Zejména u lékařů primární péče (praktický lékař, pediatr, zubař, gynekolog) se skladba pacientů neustále proměňuje – stěhují se, odhlašují umírají, od pediatrů ve věku 19 let přecházejí k praktickým lékařům. Proto stojí za to zapsat se na čekací listinu, případně si zkoušet volat opakovaně.

POSTUP PŘI NEOPRÁVNĚNÉM ODMÍTNUTÍ PACIENTA LÉKAŘEM

V případě, že se pacient nechce nechat jednoduše odmítnout a je připraven vyžadovat své právo na registraci u lékaře, může postupovat následovně (postup zpracovala Agentura pro sociální začleňování):

1. Písemné potvrzení o odmítnutí

Požádat praktického lékaře nebo pediatra, který odmítl přijmout pacienta do péče, o písemnou zprávu se zdůvodněním odmítnutí. To udělá přímo na místě v ordinaci, kde dojde k odmítnutí, nebo ordinaci zpětně kontaktuje a dodatečně si písemnou zprávu vyžádá. Písemná zpráva je klíčová pro další postup a pacient na ni má právo podle odst. § 48 odst. 5 zákona o zdravotních službách a jejich poskytování (Zákona č. 372/2011 Sb.).

Sám pacient nebo sociální/integrační pracovník/ice mohou upozornit lékaře na to, že nevydání zprávy o důvodu odmítnutí přijetí pacienta do péče je správním delikt a lékaři/poskytovateli zdravotních služeb za něj hrozí pokuta do 100 000 Kč (podle § 117 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách a jejich poskytování).

Poskytovatel zdravotní služby má právo pacienta odmítnout ze tří základních důvodů:

- překročení únosného pracovního zatížení, nebo přijetí do péče brání provozní a další důvody
- vzdálenost bydliště pacienta neumožňuje v případě poskytování zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství pro děti a dorost výkon návštěvní služby
- pacient není pojištěn u zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenou smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění

2. Podání stížnosti

Následně je potřeba sepsat stížnost a poslat ji zřizovateli zdravotnického zařízení, kde uvedený lékař působí. Ke stížnosti musí být připojena kopie písemného potvrzení o odmítnutí od lékaře. Pokud ji odmítl vydat, musí být tato skutečnost ve stížnosti zmíněna. Je vhodné stížnost formulovat přímo jako podnět k zahájení řízení o správním deliktu podle ustanovení § 117 odst. 3 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, tj. že poskytovatel odmítl pacienta přijmout do péče v rozporu se zákonem. Za tento správní delikt může krajský úřad uložit pokutu do 300.000 Kč, viz předchozí odkaz na paragraf, odstavec a písmeno zákona.

Písemnou zprávu je potřeba zároveň doručit příslušné zdravotní pojišťovně a vyzvat ji k zajištění lékařské péče u jiného lékaře. Také zdravotní pojišťovně je dobré sdělit, jestliže lékař odmítl vydat písemnou zprávu o odmítnutí registrace.

Stížnost ke zřizovateli lze vynechat a situaci řešit jen se zdravotní pojišťovnou. Nicméně stížnost ke zřizovateli přinese systematictější řešení v tom, že zvýší pravděpodobnost neopakování stejného chování, tj. správních deliktů.

3. Podnět k Veřejnému ochránci práv

Další možností je také podat podnět k šetření možné diskriminace kanceláři Veřejného ochránce práv (ombudsmanovi). Ta situaci vyhodnotí a vydá oficiální Zprávu ochránce. V ní uvede, zda se z jeho pohledu jedná nebo nejedná o diskriminační jednání ve smyslu zákona č. 198/2009 Sb. (antidiskriminační zákon). Na základě Zprávy pak může stěžovateli navrhnout podporu v případě řešení problému soudní cestou, např. při získání právního zástupce z Pro bono aliance, tedy bezplatné právní pomoci.

V oblasti zdravotní péče se v případě podání žaloby na diskriminační jednání přesouvá důkazní břemeno ze žalobce na žalovaného. To znamená, že není na žalobci dokázat, že lékař jednal diskriminačně, ale lékař sám by v tomto případě musel prokázat, že odmítnutí přijetí do lékařské péče bylo založeno na zákonných důvodech.

Pokud se stěžovatel rozhodne nejít soudní cestou, ombudsman může po dohodě zaslat svoji Zprávu dotčenému lékaři jako upozornění na nerovné zacházení v přístupu ke zdravotní péči a jejím poskytování. V Kanceláři Veřejného ochránce práv se lze obrátit přímo na Odbor rovného zacházení: +420 542 542 367, +420 542 542 888, nebo prostřednictvím kontaktního emailu podatelna@ochrance.cz

Zpracovaly: Mgr. Daniela Mosaad Pěničková, Ph.D., expertka na oblast zdraví, Odbor pro sociální začleňování a Mgr. Eva Nehudková, býv. právní poradkyně, Veřejný ochránce práv, Brno.

VYHLEDÁVÁNÍ ZUBAŘŮ

Česká stomatologická komora má [na svém webu databázi](#) zubních lékařů, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání na území České republiky, a poskytovatelů zdravotních služeb v oboru zubní lékařství. V databázi lze vyhledávat podle jména zubaře, města nebo celé adresy a podle pojišťoven, s nimiž má dané pracoviště uzavřeny smlouvy. Dříve bylo vyhledávání možné podle dalšího parametru – zda zubař přijímá nové pacienty – ale ten byl nedávno odstraněn, protože informace zobrazované na webu neodpovídaly rychle se měnící situaci.

Česká stomatologická komora vydala v květnu 2023 brožuru [Jak najít zubního lékaře](#) (česky), v níž vysvětluje, jak postupovat při náhlé silné bolesti zubu, jak najít registrujícího zubního lékaře a v jaké situaci má zubař právo pacienta odmítnout.

V Praze přijímají nové pacienty tyto zubní kliniky, navíc personál mluví rusky nebo ukrajinsky (stav k březnu 2024):

<https://www.omega-dent.cz/>

<https://www.forward-dental.cz/>

<https://www.dclondynska.cz/>

<https://sd-dental.cz/uk/>

MAPY ZDRAVOTNÍ PÉČE

[Národní zdravotnický informační portál \(NZIP\)](#) nabízí mapu pro velmi snadné a intuitivní vyhledávání zdravotnických zařízení, lékařů primární péče i specialistů a různých zdravotních služeb. Jednoduchým způsobem lze vyhledat nejbližší lékárnu, oční optiku, nemocnici, ale i poskytovatele dopravy pacientů nebo domácí péče.

Při hledání úzkých lékařských specializací a vysoce specializovaných zařízení využijte [Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb](#).

[Národní portál psychiatrické péče](#) nabízí mapu Česka s 1627 poskytovateli zdravotních služeb v psychiatrii. Lze v ní filtrovat podle regionu, typu poskytovatele a typu péče.

[LGBT+ zdravotní péče](#) je seznam 81 pracovišť, která nabízejí psychologickou, sexuologickou, gynekologickou i další typy zdravotní péče a jsou připravena na respektující práci s LGBT+ pacienty. Lze filtrovat podle kraje, typu péče, oblasti pomoci a smluv se zdravotními pojišťovnami.



KAPITOLA

ČASTO KLADENÉ
DOTAZY

JAK ČASTO MÁM NÁROK NA PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU NA GYNEKOLOGII A CO VŠECHNO ZAHHRNUJE?

Každá žena s pojištěním u české zdravotní pojišťovny má od 15 let nárok na jednu preventivní prohlídku na gynekologii ročně ZDARMA. Pravidelně by ji měla podstupovat každá žena bez ohledu na to, zda je v reprodukčním věku nebo po menopauze.

Preventivní prohlídka je plně hrazená pojišťovnou. Některé ordinace mohou vyžadovat platbu navíc za nadstandardní služby, např. jednorázová gynekologická zrcadla, modernější metodu LBC stěru při diagnostice rakoviny děložního čípku apod. Na tyto dodatečné platby je dobré se vždy dopředu zeptat.

Jak prohlídka probíhá:

- Lékař či lékařka zjistí osobní i rodinnou anamnézu pacientky, zejména se bude ptát na rizikové faktory, jako jsou dědičné nemoci v rodině, kouření, životní styl apod.
- Prohlídka na gynekologickém křesle zahrnuje vyšetření pohlavních orgánů: lékař pohledem zhodnotí zevní rodidla a jejich okolí; pomocí vyšetřovacích zrcadel a kolposkopu prohlédne děložní čípek a provede stěr buněk z jeho povrchu k cytologickému, případně bakteriologickému nebo virologickému vyšetření. Manuálně pohmatem vyšetří vnitřní pohlavní orgány (dělohu, vaječníky, vejcovody).
- Součástí prohlídky může být i ultrazvukové vyšetření.
- Lékař by se měl ujistit, že si pravidelně provádíte samovyšetření prsou, případně vám ukázat, jak na to.
- U žen starších 45 let lékař ověří, zda v posledních dvou letech absolvovaly vyšetření mamografem. Pokud ne, vystaví žádanku na mamografický screening (může ji vystavit i praktický lékař). Mamograf po 45. roce života hradí zdravotní pojišťovna. Mladší ženy mohou ultrazvukové nebo mamografické vyšetření také podstoupit, ale hradí si ho samy. Cena mamografu se pohybuje kolem 600–1000 Kč. Některé pojišťovny mohou nabízet příspěvek na pokrytí části platby.
- V rámci prevence rakoviny může gynekolog ženám starším 50 let zajistit i screening karcinomu tlustého střeva a konečníku (stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem 1x za rok od 50 let a 1x za 2 roky od 55 let, nebo screeningová kolonoskopie jednou za 10 let). Žádanku na tato vyšetření může vystavit i praktický lékař.

JAK ČASTO MOHU ZDARMA ABSOLVOVAT PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU U ZUBAŘE?

Preventivní prohlídku u zubaře plně hrazenou zdravotní pojišťovnou můžete podstoupit dvakrát ročně. Cílem preventivní prohlídky je zkontrolovat, že je u vás vše v pořádku. Proto na ni běžte, i když vás žádný zub nebolí.

Jednu preventivní prohlídku ročně mají od pojišťovny hrazenou všichni. Na druhou preventivní prohlídku zdarma ve stejném roce máte nárok v případě, že zubař rozhodl o tom, že je potřeba. Tato druhá preventivní kontrola může proběhnout nejdříve 5 měsíců po první preventivní prohlídce v daném roce. Pokud zubař řekne, že druhou prohlídku potřebujete, nesmí za ni od vás vyžadovat peníze – je plně hrazená ze zdravotního pojištění. Těhotným ženám pojišťovna platí 2 preventivní prohlídky v průběhu těhotenství (musí mezi nimi uběhnout 3 měsíce).

Pokud vám zubař najde kaz nebo jiný problém, nabídne vám standardní ošetření hrazené pojišťovnou. Za ně po vás nesmí požadovat žádný doplatek.

Pokud se ale domluvíte na použití nadstandardních materiálů, musíte si je zaplatit sami. Typickým příkladem jsou kvalitní bílé plomby. Pokud chcete trvanlivé výplně, které opravdu dlouho vydrží a není u nich riziko brzkého vypadnutí, platíte si je sami. Na cenu se zeptejte před zákrokem, protože v různých stomatologických ordinacích se může výrazně lišit. Dětem pojišťovna plně zaplatí všechny výplně.

Rentgen i anestezie při stomatologickém zákroku jsou zcela hrazeny pojišťovnou. Existují ale zákroky, jako například plnění kořenových kanálků, na jejichž kvalitní provedení platba od pojišťovny nestačí. Pro kvalitní ošetření je pak potřeba, abyste si určitou částku doplatili. O tom vás zubař vždy dopředu informuje a společně se domluvíte na postupu dle vašich finančních možností. Nebojte se komunikovat a společně s lékařem hledat nejlepší možné řešení.

Někteří lékaři podmiňují ošetření zubů absolvováním zubní hygieny. Pozor, nemají na to právo. K základnímu odstranění zubního kamene by mělo dojít i v rámci běžné preventivní prohlídky. Pravidelná zubní hygiena je výbornou prevencí zubního kazu, ale nenechte se do ní vmanipulovat v situaci, kdy si ji například nemůžete dovolit zaplatit.

Vždy si zkontrolujte, zda váš zubař má smlouvu s vaší zdravotní pojišťovnou. Na některé zubní výkony je pak možné zpětně požádat zdravotní pojišťovnu o příspěvek z fondu prevence. Například na dentální hygienu vám VZP přispěje 1000 Kč, jiné pojišťovny mohou zaplatit až 50 % ceny apod. Po ošetření si vyžádejte potvrzení o zaplacení, se kterým pak svoji pojišťovnu požádáte o proplacení příspěvku.

JAK ČASTO MÁM CHODIT NA PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU K PRAKTICKÉMU LÉKAŘI A Z ČEHO SE SKLÁDÁ?

Od 18 let přechází pacient v ČR od pediatra k praktickému lékaři pro dospělé. Přejed se neděje automaticky, u praktického lékaře se každý musí sám zaregistrovat. Do ordinace praktického lékaře se nechodí jen nejen v případě zdravotních potíží, ale také jednou za dva roky na pravidelnou preventivní prohlídku. Na tu má ZDARMA každý pojištěnec nárok.

Preventivní prohlídka je určena k případnému odhalení počínajících zdravotních problémů, o kterých nejspíš ještě ani nevíte. Včasné zachycení obtíží může zmírnit následný průběh nemoci, nebo její příchod přímo oddálit. Proto na prevenci k praktickému lékaři má pravidelně chodit každý – i když vás nic nebolí a cítíte se zdraví.

Termín je potřeba si dopředu objednat, aby vám lékař případně mohl dopředu vystavit žádanku na odběr krve nebo další vyšetření, jejichž výsledky bude chtít při prohlídce znát. K lékaři pak s sebou přineste vzorek ranní moči.

Jak preventivní prohlídka probíhá:

Čeká vás celkové vyšetření, na jehož začátku se lékař zeptá na vaše zdraví i zdraví vaší rodiny, aby doplnil vaši anamnézu. Zvláštní důraz je kladen na výskyt kardiovaskulárních, plicních a nádorových onemocnění, poruchy metabolismu tuků, hypertenze či diabetu v rodině. Pak vám provede kompletní fyzikální vyšetření – poslechne si srdce a plíce, prohmatá štítnou žlázu, zkontroluje stav žil a tepen na dolních končetinách, změří krevní tlak a zjistí index tělesné hmotnosti (BMI). Měl by také orientačně vyšetřit zrak a sluch a zkontrolovat vám platná očkování, mj. proti tetanu. Preventivní prohlídka zahrnuje také vyšetření kůže, u zjištěného podezření na rakovinu prostaty také vyšetření per rectum (konečníkem). U mužů se při pozitivní rodinné anamnéze provádí klinické vyšetření varlat. Ženám od 25 let, které mají v rodině výskyt zhoubného nádoru prsu nebo jiné rizikové faktory, má lékař provést klinické vyšetření prsů a poučit je o samovyšetření (pokud již nejsou sledovány u mamologa či onkologa).

Dále lékař zkontroluje výsledky preventivních vyšetření, na která vás předtím podle vašeho věku a rodinné anamnézy poslal nebo která vám sám v ordinaci provede – může se jednat o EKG, laboratorní vyšetření koncentrace cholesterolu a triacylglycerolů v krvi nebo laboratorní vyšetření glykémie. V rámci prevence rakoviny zkontroluje, zda jste prošli screeningovými vyšetřeními, na která máte ve svém věku právo (např. mamograf jednou za dva roky pro ženy od 45 let nebo speciální test karcinomu tlustého střeva a konečníku (1x za rok od 50 let a 1x za 2 roky od 55 let)).

NEMOHU NAJÍT LÉKAŘE. CO MÁM DĚLAT?

V České republice byl nedostatek lékařů ještě před příchodem uprchlíků z Ukrajiny. Spousta Čechů a Češek nemá praktického lékaře ani stomatologa. Lidé například začali jezdit k zubaři do Polska. Podle statistických dat ministerstva zdravotnictví nemá v Česku pediatra 180 tisíc dětí.

Proto není překvapením, že problém s nalezením lékaře mají i ukrajinští uprchlíci. V jejich případě se naplněná kapacita ordinací kombinuje ještě s obavami některých lékařů z jazykové bariéry. Přesto zákon o zdravotním pojištění říká, že každý pojištěnec má právo na časově a místně dostupnou zdravotní péči a zdravotní pojišťovna toto právo musí svým pojištěncům zajistit. Jestliže máte dočasnou ochranu a jste účastníkem veřejného zdravotního pojištění, nenechte se těžkostmi s nalezením lékaře odradit.

Pokud máte problém najít praktického lékaře nebo specialistu, vaše zdravotní pojišťovna by vám měla pomoci. Můžete se na ni obrátit prostřednictvím online formuláře na adrese <https://nedostupnapece.mzcr.cz>, kde je i verze v ukrajinštině a ruštině. Po odeslání formuláře vám vaše zdravotní pojišťovna pošle seznam lékařů ve vašem regionu. Pozor, pojišťovna s vámi bude komunikovat jen česky, ale emaily si s pomocí Google překladače snadno přeložíte. Pak si musíte lékaře jednoho po druhém telefonicky obvolat, dokud nenajdete toho, který bude ochoten vás registrovat. Vždy mu sdělte, že na něj máte kontakt ze seznamu poskytnutého zdravotní pojišťovnou. Ideální je, pokud vám s telefonováním pomůže člověk mluvící česky. Tento způsob hledání lékaře jsme prověřovali v různých regionech a opravdu funguje.

CO TO JSOU PŘÍSPĚVKY ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY Z FONDU PREVENCE? A JAK JE MŮŽU ZÍSKAT?

Lepší než nemoci léčit, je předcházet jejich vzniku. Proto zdravotní pojišťovny svým pojištěncům přispívají na zdravotní pomůcky, preventivní vyšetření, pohybové aktivity, očkování a podobně. Každá zdravotní pojišťovna má tuto nabídku jinou, takže se musíte podívat na webové stránky té vaší a zjistit, jaké příspěvky a benefity můžete využívat.

Jaké příspěvky můžete od pojišťovny získat:

Při vyřizování dočasné ochrany po vašem příchodu do Česka jste byli zaregistrováni u VZP. Předpokládáme, že většina ukrajinských uprchlíků tam i zůstala. VZP například dětem přispěje 2 000 Kč na pravidelné pohybové aktivity, třeba na sportovní kroužek, permanentku do bazénu nebo startovní poplatek ve sportovním závodě. Pro děti můžete využít také příspěvek na různé typy očkování, které není plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění (např. VZP plně hradí očkování proti HPV dívkám i chlapcům mezi 13. a 14. rokem. Pokud je vaše dítě starší a chcete ho naočkovat, musíte vakcínu zaplatit, ale VZP vám na ni přispěje 1500 Kč).

Diabetici mohou za rok od VZP získat až 6 000 Kč, např. na přístrojové ošetření nohou, elektroterapie, vakuum, kompresní terapie, pomůcky – inzulinová pera, glukometry apod. Pokud se snažíte skončit s kouřením, VZP vám přispěje až 2 500 Kč na nikotinové náplasti, pastilky, ústní spreje, žvýkačky atd.

Pojištěnci od 7 let, tedy děti i dospělí, kteří potřebují podporu v oblasti duševního zdraví, mohou čerpat u VZP až 5 000 Kč na sezení s terapeutem. Využit psychologickou pomoc není v žádném případě ostuda, ale zodpovědná péče o vlastní zdraví.

Jak o příspěvek požádat:

Přehled výhod a příspěvků VZP najdete na webu <https://prehled-vyhod.vzp.cz>. Vyfiltrujte si, na jaké konkrétní příspěvky mají nárok děti, ženy, muži nebo senioři od 65 let.

Jestliže máte zájem o nějaký příspěvek, nezapomeňte si přečíst podmínky, které musíte splnit, abyste o něj mohli požádat. Pozornost věnujte i tomu, jaké dokumenty potřebujete k podání žádosti a do jakého termínu je možné žádost odeslat. Obecně platí, že si z webu stáhnete formulář a vyplněný ho odevzdáte na pobočce VZP nebo ho odešlete poštou.

Aplikace „Moje VZP“ není pro cizí státní příslušníky zprovozněná, takže o příspěvky nemůžete požádat online. Výhradně přes aplikaci se ale žádá jen o příspěvek na dentální hygienu a o příspěvek na rehabilitační aktivity za absolvování screeningového vyšetření. To znamená, že tyto dva příspěvky v tuto chvíli nemůžete využívat. O všechny ostatní ale můžete požádat pomocí formuláře na pobočce nebo poštou.

U jiných zdravotních pojišťoven bude princip žádání o příspěvky podobný. Najděte si na jejich webu přesné informace, ať víte, jak postupovat.

PROČ JSOU V ČESKU ANTIBIOTIKA JEN NA PŘEDPIS?

Antibiotika v Česku nekoupíte volně v lékárně. Jsou dostupná pouze na lékařský předpis. Je to totiž lék, který byste měli brát obezřetně.

Především proto, že antibiotika fungují pouze proti infekcím způsobeným bakteriemi. Na infekce způsobené virem, což bývá nejčastěji chřipka a viróza (rýma), vám antibiotika nezaberou. Je proto nutné, abyste v případě zdravotních potíží navštívili praktického lékaře a ten rozhodl, jaký typ léku je pro vás vhodný. Pokud máte problém se k lékaři dostat, poraďte se o dalším postupu v lékárně s lékárníkem.

Nadužívání antibiotik vede ke vzniku antibiotické rezistence. To je stav, kdy tělo přestane na antibiotika reagovat a až je budete opravdu potřebovat při závažné nemoci (např. při meningitidě), nezaberou vám. Bakteriální infekce jsou po kardiovaskulárních onemocněních hned druhou nejčastější příčinou úmrtí. Počty lidí, kteří zemřou, protože jim nezabrala antibiotika, prudce stoupá. Na vině je nejen nestřídmé užívání antibiotik lidmi, ale také jejich nadužívání při chovu hospodářských zvířat.

Co s antibiotiky rozhodně nedělat

V žádném případě si sami neordinujte zbytky antibiotik, která doma uchováváte od poslední nemoci. Nekupujte antibiotika ani online nebo od neznámých lidí, protože se vám do rukou může snadno dostat padělek, který vám poškodí zdraví.

Nemocné tělo potřebuje dostat správné množství účinné látky a v přesných časových rozestupech, aby antibiotika bakterie účinně zabila. Přestalo také již platit pravidlo, že balení antibiotik musíte vybrat do konce. Proto je důležité konzultovat užívání antibiotik s lékařem.

Stará nepoužitá antibiotika odnese zpět do lékárny, která se postará o jejich správnou likvidaci. Nevyhazujte žádné léky do běžného odpadu!

Jak se antibiotika správně užívají

Dodržujte frekvenci užívání, jak ji určí lékař. Je sice nepohodlné v noci vstávat kvůli prášku, ale je potřeba v těle udržet určitou hladinu léku, aby proti bakteriím zabíral.

Během užívání antibiotik i pár dní poté se doporučuje užívat i probiotika. Ta pomohou obnovit střevní mikroflóru a potlačí nežádoucí vedlejší účinky antibiotické léčby, jimiž bývá průjem, zácpa, bolesti břicha nebo nadýmání.

PROČ SE V ČESKU ČEKÁ NA TERMÍN VYŠETŘENÍ TAK DLOUHO A CO S TÍM MŮŽU DĚLAT?

Čekací doby na termín vyšetření nebo lékařského zákroku jsou v České republice mnohem delší než na Ukrajině. Je to způsobeno celou řadou důvodů. Jedním z nich je skutečnost, že v ČR mají ke zdravotní péči stejný přístup všichni pojištěnci bez ohledu na to, jaká je jejich finanční situace.

K většině lékařů je dnes nutné být dopředu objednaní. S dlouhým čekáním na termín je potřeba počítat a plánovat dopředu. Na preventivní prohlídky na stomatologii, gynekologii, u praktického lékaře, na dentální hygienu a podobně se proto objednávejte dostatečně dopředu. Je běžné, že si při návštěvě lékaře rovnou objednáte termín příští prohlídky, který bude za půl roku.

Lékaři mají povinnost přijmout pacienty v akutním stavu a ošetřit je, i když nejsou objednaní. V případě, že je vám opravdu hodně zle, sdělte to po příchodu do čekárny zdravotnímu personálu. Pokud by vás lékař v akutním stavu z nějakého důvodu odmítl přijmout, jedte na [pohotovost/urgentní příjem](#). Ty fungují většinou při nemocnicích.

Dlouhému čekání jsou vystaveni všichni pacienti v Česku bez ohledu na národnost. Na magnetickou rezonanci se čeká několik měsíců, na totální endoprotézu kyčelního kloubu i několik let. Čekací doby se ale v jednotlivých místech různí. Pokud vám v nejbližším zdravotnickém zařízení nabídnou příliš vzdálený termín, kontaktujte i pracoviště v jiných městech. Nemocnice na svých webových stránkách obvykle uvádějí aktuální čekací doby na různé typy lékařských výkonů – podle nich se můžete řídit při výběru nemocnice, kde se budete chtít nechat operovat. Jestliže už termín operace máte naplánovaný, můžete v elektronickém kalendáři na webu nemocnice pod svým přiděleným kódem sledovat, jak se váš termín vyvíjí.

JAK FUNGUJÍ DOPLATKY NA LÉKY A KDY MI JICH POJIŠŤOVNA ČÁST VRÁTÍ?

České veřejné zdravotní pojištění pacientům nezaručuje, že všechny léky v lékárně dostanou zdarma. Chrání je ale před tím, aby za léky, které opravdu potřebují, zaplatili příliš mnoho peněz.

Existují tři typy léků a zdravotních prostředků:

- **Volně prodejné léky** – nepotřebujete na ně recept, koupíte je v lékárně i na e-shopech. Do této skupiny patří například vitamíny a minerály, ale i spousta léků, které se berou při lehčích zdravotních potížích, např. léky na kašel, proti bolesti, na lepší spánek, proti zažívacím obtížím a průjmům atd. Pokud chcete ušetřit, sledujte ceny v jednotlivých lékárnách – přihlaste se například k odběru jejich newsletterů a sledujte, kdy mají slevy.
- **Lék plně hrazený zdravotní pojišťovnou** – s e-receptem přijdete do lékárně a lékárník vám lék vydá zdarma, bez jakýchkoli doplatků. Pokud jste ve finanční tísně, řekněte svému lékaři, že preferujete léky bez doplatku. V každé skupině léků by měl být minimálně jeden, který plně hradí pojišťovna.
- **Lék částečně hrazený pojišťovnou** – s e-receptem přijdete do lékárně a lékárník vám oznámí, kolik z ceny léku musíte doplatit vy jako pacient. Zdravotní pojišťovna totiž přispívá jen na část ceny. Lék s doplatkem neznamená, že je lepší než ten plně hrazený pojišťovnou. Může být dražší, protože je od jiného výrobce, má jiný způsob podání, postupné uvolňování účinné látky apod.

Výše doplatku na léky může být v různých lékárnách různá. Lékař vám proto neumí říct, kolik peněz přesně budete doplácet. Například některé lékárně nabízí inzulinů bez doplatku. Obecně platí, že lékárně s velkou sítí poboček po celé ČR si mohou dovolit nabízet lepší ceny.

Ochranné limity na doplatky

Doplatky za léky na předpis ale nebudete platit donekonečna. Pro jednotlivé skupiny obyvatel jsou stanoveny **maximální částky**, které mohou za léky v jednom kalendářním roce doplatit. Pokud tento limit překročíte, zdravotní pojišťovna vám peníze automaticky pošle zpět na váš bankovní účet nebo peněžní poukázkou na adresu vašeho bydliště.

- Ochranné limity podle věkových skupin:

Děti do 18 let – max. 1000 Kč za rok

Dospělí do 65 let – max. 5000 Kč za rok

Senioři nad 65 let – max. 1000 Kč

Senioři nad 70 let – max. 500 Kč za rok

Invalidé – max. 500 Kč za rok (při splnění určitých podmínek)

Doplatky se do ochranného limitu ne vždy započítávají v plné výši. **Započítává** se jen částka, která odpovídá doplatku za nejlevnější lék se stejnou účinnou látkou a stejnou cestou podání. Pokud tedy chcete sledovat, zda už máte přeplatek, nestačí prostě jen sčítat doplatky zaplacené v lékárně.

•JAK SE PŘIPRAVIT NA NÁVŠTĚVU LÉKAŘE?

Lékaři mají plnou čekárnu pacientů, proto neradi ztrácejí čas. Při návštěvě ordinace pacient vždy předkládá kartičku zdravotní pojišťovny, v případě cizinců to bývá papír s potvrzením o zdravotním pojištění. Mějte ho připravený k rychlému předložení.

Jednání s lékařem velmi usnadníte, pokud přinesete vyplněný anamnestický dotazník, který je v ukrajinštině i češtině. Lékař z něj získá základní přehled o vaší anamnéze a vašich případných zdravotních problémech. Dotazník **pro dospělé** i **pro děti** si můžete stáhnout například na webu <https://lekariproukrajinu.cz>. Pokud nemáte příležitost si ho vytisknout a vyplnit, sepište na papír informace o svých proběhlých a současných nemocech, operacích a alergiích. Nezapomeňte také na seznam léků, které užíváte, včetně jejich síly a dávkování.

Lékař bude také rád, když budete mít připravené potvrzení o očkování proti tetanu (to je v ČR u dospělých povinné každých 10 – 15 let) a proti covidu. Případně když mu budete alespoň schopni říct, kdy jste tato očkování naposledy podstoupili. U dětí mějte připravený očkovací průkaz nebo seznam proběhlých očkování v češtině. Informace o očkování potřebují především praktičtí lékaři při preventivních prohlídkách a chirurgové při úrazu.

Jednání s lékařem urychlíte, pokud přinesete vyplněný anamnestický dotazník, který je v ukrajinštině i češtině. Lékař z něj získá základní přehled o vaší anamnéze a vašich případných zdravotních problémech. Dotazník **pro dospělé** i **pro děti** si můžete stáhnout například na webu <https://lekariproukrajinu.cz>.

Návštěva lékaře v doprovodu tlumočnicka

Pokud se chystáte na složitější vyšetření a máte obavu, že komunikaci s českým lékařem nezvládnete, můžete si objednat doprovod tlumočnicka. Často je pro vás zdarma, protože ho za vás zaplatí nezisková organizace, pro kterou tlumočníci pracují. Doprovody k lékaři zajišťují tzn. interkulturní pracovníci a pracovníci, kteří znají nejen jazyk, ale umí zároveň zacházet s kulturními rozdíly, na něž jistě v českém prostředí narážíte. Tito lidé jsou velmi vytížení, proto je důležité, abyste si jejich doprovod objednali co nejdříve. Když se ozvete na poslední chvíli, nejspíš nebudou mít čas. Lze je proto využívat na dopředu plánovaná vyšetření, ne pro akutní lékařskou péči.

Ochranné limity na doplatky

Doplatky za léky na předpis ale nebudete platit donekonečna. Pro jednotlivé skupiny obyvatel jsou stanoveny **maximální částky**, které mohou za léky v jednom kalendářním roce doplatit. Pokud tento limit překročíte, zdravotní pojišťovna vám peníze automaticky pošle zpět na váš bankovní účet nebo peněžní poukázkou na adresu vašeho bydliště.

- Ochranné limity podle věkových skupin:

Děti do 18 let – max. 1000 Kč za rok

Dospělí do 65 let – max. 5000 Kč za rok

Senioři nad 65 let – max. 1000 Kč

Senioři nad 70 let – max. 500 Kč za rok

Invalidé – max. 500 Kč za rok (při splnění určitých podmínek)

Doplatky se do ochranného limitu ne vždy započítávají v plné výši. **Započítává** se jen částka, která odpovídá doplatku za nejlevnější lék se stejnou účinnou látkou a stejnou cestou podání. Pokud tedy chcete sledovat, zda už máte přeplatek, nestačí prostě jen sčítat doplatky zaplacené v lékárně.

JAK FUNGUJE ERECEPT?

Aby lékař nemusel ztrácet čas vysvětlováním, jak si vyzvednete e-Recept, bude skvělé, když si tyto informace zjistíte sami dopředu. Nejde o nic složitého. Lékaři předepisují léky pomocí online systému. Pacientovi přijde lékařský předpis (e-Recept) v podobě SMS, v níž je QR kód nebo číselný kód. Ten lékárníkovi v lékárně nadiktujete, případně mu SMS ukážete, aby si kód sám opsal nebo načel čtečkou QR kód.

e-Recept vám lékař může poslat také emailem nebo vám vydat papírovou průvodku e-Receptu, na které je vedle informací o léku a jeho dávkování opět uveden unikátní kód.

Na způsobu, jakým vám lékař eRecept vystaví, se spolu vždy domluvíte. Nejčastěji se používá odeslání formou SMS, která vás nestojí žádné peníze.

eRecept si nemusíte vyzvednout sami, můžete si do lékárny poslat někoho jiného. Běžná platnost e-Receptu je 14 dní.

PROTI ČEMU SE MŮŽU NECHAT V ČESKU NAOČKOVAT A KOLIK ZA TO BUDU PLATIT?

Očkování se v České republice dělí na povinné, které by měli absolvovat všichni, a doporučené – u toho se můžete sami rozhodnout, zda o ně máte zájem, nebo ne.

Povinné očkování se týká především dětí. Pro dospělé je povinné pouze očkování proti tetanu, které se obnovuje v intervalu 10–15 let. Povinná očkování plně hradí zdravotní pojišťovna.

Očkování dětí

Děti se povinně očkují a přeočkovávají proti těmto nemocem: tuberkulóza, záškrta, tetanus, černý kašel, dětská obrna, virová hepatitida B, hemofilové nákazy B, spalničky, zarděnky, příušnice.

Vedle toho jsou nabízena další očkování, která nejsou povinná, ale také je plně hradí zdravotní pojišťovna. Jsou to vakcíny proti těmto nemocem: invazivní meningokokové onemocnění B, invazivní pneumokokové onemocnění, invazivní meningokoková onemocnění typu A, C, W, Y a HPV – lidský papilomavirus.

Očkovací kalendář se všemi bezplatnými vakcínami pro děti (povinné i nepovinné) najdete na [Národním zdravotnickém informačním portálu](#).

Zároveň se můžete rozhodnout pro další očkování, které pojišťovna nehradí. Pro děti je například doporučená vakcína proti žloutence typu A nebo proti klíšťové encefalitidě. Česká republika je v celé Evropě zemí s nejvyšším výskytem nákazy klíšťovou encefalitidou. [Přehled doporučených očkování, která si hradíte sami je zde](#).

Očkování je nejúčinnější ochranou proti řadě nemocí, proto zdravotní pojišťovny přispívají svým pojištěncům i na vakcíny, které nejsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění. Například na vakcínu proti klíšťové encefalitidě přispěje [VZP](#) dětem 700 Kč na jednu dávku (celkem jsou potřeba 3 dávky). Na očkování proti chřipce dostanete příspěvek 300 Kč, na očkování proti HPV u dětí do 11 let nebo po 15. roku života dostanete příspěvek 1500 Kč. Vakcína pro dívky i chlapce od 11 do 15 let je zcela zdarma.

Očkování dospělých

Hlídejte si, kdy jste byli naposledy očkováni proti tetanu. Toto očkování je v Česku povinné a lékař se vás na ně bude nejspíš ptát. Přeočkování se v současnosti dělá po 10–15 letech od poslední dávky a je vždy zdarma.

U dospělých je očkování závislé na věku. Některé vakcíny se doporučují pouze lidem ve vyšším věku, např. proti pásovému oparu lidem od 50 let. [Očkovací kalendář pro dospělé najdete Národním zdravotnickém informačním portálu](#).

Zdravotní pojišťovny přispívají na různá očkování. Například na vakcínu proti chřipce, která se očkuje každý rok, přispívá [VZP](#) částkou 200 Kč. Lidé od 65 let ovšem již mají očkování proti chřipce zdarma, stejně jako vakcínu proti pneumokokovým infekcím.

Pokud jste nikdy nebyli očkováni proti spalničkám (příspěvek VZP 500 Kč), planým neštovicím (příspěvek VZP 1000 Kč) nebo černému kašli (příspěvek VZP 500 Kč), můžete se nechat očkovat i v dospělém věku. Právě černý kašel je v celé Evropě v současnosti na vzestupu, za první dva měsíce roku 2024 byla v Česku odhalena tisícovka případů.

Očkovat se můžete nechat u praktického lékaře nebo ve specializovaných očkovacích centrech.

JAK FUNGUJE ČESKÉ VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ?

V České republice je zaveden systém povinného veřejného zdravotního pojištění, který je daný zákonem. Jeho účastníky jsou:

- **Pojištěnec** – tedy pacient, příjemce zdravotní péče, který zároveň každý měsíc přispívá platbou pojistného
- **Poskytovatel zdravotních služeb** – praktický lékař, ambulance, nemocnice, pohotovost apod., kam se pacient přichází léčit
- **Zdravotní pojišťovna** – ta platí poskytovatelům zdravotních služeb za provedené služby
- z rozpočtu, do kterého platí příspěvky pojištěnci a stát

Princip solidarity veřejného zdravotního pojištění

Poskytování zdravotní péče je v Česku založeno na principu solidarity. To znamená, že všichni lidé povinně platí zdravotní pojištění ve výši 13,5 % vyměřovacího základu do fondů zdravotních pojišťoven. Za určité zranitelné skupiny obyvatel platí pojistné stát (děti, studenti, rodič pečující o malé dítě, nezaměstnaní, senioři apod.). Ať jste u jakékoli ze [sedmi zdravotních pojišťoven v Česku](#), vždy budete platit stejnou výši pojistného. Určuje ji totiž zákon, stejně jako určuje, které léky a zdravotní výkony jsou z veřejného pojištění hrazeny a které si musí zaplatit pacient sám.

Lékařskou péči čerpají všichni v takovém rozsahu, v jakém ji potřebují – bez ohledu na to, kolik peněz do fondu zdravotní pojišťovny zaplatili. Zdraví totiž není lidem rozdělováno spravedlivě. Někdo není vůbec nemocný, druhý má řadu zdravotních problémů, nebo se dokonce narodí s genetickou vadou. Proto by nebylo fér, aby si každý musel svou léčbu platit sám, bez pomoci. Solidární přispívání do jednoho společného fondu zajistí, že nikdo nezůstane bez potřebné zdravotní péče proto, že měl smůlu na křehké zdraví a nemá dostatek financí. Společnost se tak postará o všechny své členy. Samozřejmě ne všechny zdravotní problémy jsou vrozené. Nezdravým životním stylem si lidé své zdraví poškozují sami. Proto zdravotní pojišťovny odměňují v podobě příspěvků a benefitů ty pojištěnce, kteří včas chodí na preventivní prohlídky, věnují se sportu, chrání se očkováním apod.

Co hradí zdravotní pojišťovna a co ne

Z veřejného pojištění není možné zaplatit vše. Tak bohatý český systém není. Když máte drobné potíže, jako je nachlazení nebo zažívací potíže, pojišťovna uhradí náklady na vaše vyšetření u lékaře, ale léky si zaplatíte sami. Ovšem v případě, že vám bude diagnostikována rakovina nebo utrpíte vážný úraz při dopravní nehodě, dostanete kvalitní a v principu velice drahou péči v řádu stovek tisíc i milionů korun, kterou vám uhradí zdravotní pojišťovna.

Nicméně obecně platí, že v každé skupině léků nebo léčby je minimálně jedna položka plně hrazená pojišťovnou. Pokud nechcete nebo nemůžete si dovolit nic doplácet z vlastní kapsy, sdělte svému lékaři, že preferujete pouze péči plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.

Pojišťovna vždy hradí jen zdravotní výkony a léky, které předepíše lékař. To, co si vyžádá sám pacient, si musí i sám zaplatit – jedná se např. o lepší materiál na plomby, samostatný pokoj v nemocnici, antikoncepci apod. Můžete si také sami uhradit některá vyšetření, která vám nedoporučil lékař (např. krevní odběry, zobrazovací vyšetření jako rentgen nebo CT). Pak ale pro vás bude složitě správně porozumět výsledkům. Vždy je proto lepší vyšetření konzultovat s lékařem a nechat si poradit jak postupovat.

JAK POZNÁM, KE KTERÉMU LÉKAŘI MÁM JÍT?

V České republice neexistují rodinní lékaři. Děti do 19 let většinou chodí k praktickým lékařům pro děti a dorost (pediatr), dospělí chodí k praktickým lékařům pro dospělé. Ti mohou registrovat i děti od 14 let věku, většinou ale berou pacienty až od 18 nebo 19 let.

Pokud máte neurgentní zdravotní problém nebo chcete podstoupit pravidelnou preventivní prohlídku, využijte tzv. primární zdravotní péči. Ze slova „primární“ vyplývá, že tam vaše cesta povede ze všeho nejdříve. Do primární péče spadá váš praktický lékař, zubař, gynekolog.

Jestliže se vyskytne nějaký problém nebo budete potřebovat složitější vyšetření, lékař vám vypíše žádanku ke specialistovi. Specialista vám na základě vyšetření připraví pro praktického lékaře zprávu. Ta má obvykle papírovou podobu, i když některá zdravotnická pracoviště jsou již propojena online a posílají si mezi sebou data. Váš praktický lékař vám doporučí, kam se máte na specializované vyšetření objednat, ale můžete si sami vybrat i jiné pracoviště, kde např. nejsou tak dlouhé čekací doby. Důležité je výsledek vyšetření vždy doručit k lékaři, který vás na vyšetření poslal.

Začít svůj zdravotní problém řešit u praktického lékaře je pouze doporučení. Můžete se objednat rovnou ke specialistovi i bez žádanky. Pokud však špatně odhadnete, jakého lékaře potřebujete, zbytečně tím zatížíte zdravotní systém a jen prodloužíte čekací lhůty sobě i dalším pacientům. Praktický lékař třeba může sám určit, zda potřebujete vyšetření na trombozu v interní ambulanci, nebo potřebujete vyšetření v neurologické ambulanci. Navíc některá vyšetření např. odběr krve nebo rentgen vám udělá přímo praktický lékař a urychlí tím diagnostiku i léčbu, případně vás pošle k přednostnímu vyšetření do nemocnice nebo vám vystaví žádanku s žádostí o časný termín vyšetření. Proto objednávání ke specialistům na vlastní pěst není vhodné.

Nejčastěji pacienti sami bez konzultace s praktickým lékařem zamíří na chirurgii, ORL, ortopedii a do interní ambulance. Určité specializované ambulance však přijímají pacienty pouze se žádankou (poukazem). Jedná se například o fyzioterapii, ergoterapii, nutriční terapeutky apod. Pozor, žádanky mají různě dlouhou platnost. Například poukaz na fyzioterapii platí obvykle jen 7 dní, proto objednání neodkládejte (nemusíte začít s terapií okamžitě, ale do 7 dnů musíte mít zajištěný termín, i kdyby měl být až za několik měsíců).

České zdravotnictví funguje na jiném principu než ukrajinské. Český pacient není zákazník, který si poroučí zdravotní služby a platí si za ně lékaři. V českém zdravotnictví pacient jako laik spoléhá na odborné posouzení lékaře, který rozhoduje, jaká vyšetření a ošetření jsou vhodná. Každý pacient bez ohledu na své finanční možnosti má zajištěný přístup ke stejně kvalitní základní zdravotní péči. Nesnažte se proto českému lékaři diktovat, jaká vyšetření od něj chcete. Buďte mu partnerem v dialogu, jehož cílem je zajistit vám dobrý zdravotní stav.

KDY SE V ČESKU VOLÁ ZÁCHRANKA?

Zdravotnická záchranná služba v Česku funguje jinak než na Ukrajině. V sanitce nepřijede lékař, ale záchranáři, kteří pacientovi v akutním stavu poskytnou neodkladnou přednemocniční péči a odvezou ho do nemocnice, kde ho předají lékařům. Záchranka se tedy volá pouze v případech náhlých a ohrožujících změn zdravotního stavu. Není to náhrada návštěvy praktického lékaře. Záchranná služba je zdarma, ale musí existovat opravdu vážný důvod, proč ji voláte. Zneužití může být pokutováno.

Kdy se volá záchranka

Záchranku volejte při ohrožení života nebo když hrozí vážná újma na zdraví. Například při úrazu či nehodě, podezření na infarkt nebo mrtvici, při silném krvácení, prudké alergické reakci, náhlém vzniku silné bolesti, popálení, tonutí nebo vzniku tak vážných psychických problémů, které pacienta nebo jeho okolí ohrožují.

Nebojte se zavolat, i když si nejste jisti, zda jde o vážnou poruchu zdraví. Operátor situaci vyhodnotí a poradí, zda ji řešit převozem záchrankou do nemocnice nebo jinak.

Jak zavolat záchranku

- Telefonní číslo 155 – Dovoláte se přímo k operátorovi záchranné služby. Připravte si základní informace, nejdůležitější je adresa, kde se pacient v nouzi nachází.
- Telefonní číslo 112 – Je to jednotná celoevropská linka společná pro hasiče, policii i zdravotní záchrannou službu. Operátorka vás přepojí na záchrannou službu.
- Mobilní aplikace Záchranka – Stáhněte si ji zdarma do mobilního telefonu. Použijte ji v případě, že jste někde venku a neumíte přesně sdělit, kde se nacházíte. Odešle vaši aktuální polohu na dispečink záchranné služby, je ale vždy potřeba na záchranku ještě zavolat.

Nebojte se telefonování s operátorem záchranné služby. Nechte se jím vést, odpovídejte na otázky a nikdy nezavěšujte jako první. Operátor je zdravotnický profesionál, který vám dokáže poradit co dělat, než záchranná služba přijede. Poslouchejte jeho rady a řiďte se jimi.

Kdy se záchranka nevolá

Jestliže má vaše dítě teplotu, došlo ke zhoršení již léčeného chronického onemocnění, máte průjem, zhoršily se vám dlouhodobé bolesti kloubů či hlavy nebo vám doma došly léky – všechno toto nejsou situace, kdy byste měli volat záchranku. Dopravte se na lékařskou pohotovost po vlastní ose.

Záchranka také neslouží pro dopravu k lékaři. Pokud jste ve stavu, že nezvládnete na vyšetření dojet veřejnou dopravou a nemůže vás nikdo odvést autem, můžete využít zdravotnickou dopravní službu. Když vám na ni lékař vystaví žádanku, přepravu vám zaplatí pojišťovna. Když lékař neshledá důvod k vypsání žádanky, můžete si přepravní sanitku objednat sami na vlastní náklady. V řadě měst také funguje senior taxi s dotovanými cenami, které na cestu k lékaři využívají starší osoby.

Záchranná služba se nesmí zneužívat. Pokud záhranku zavoláte zbytečně, možná bude v tu chvíli chybět u jiného pacienta s infarktem nebo po dopravní nehodě, jemuž skutečně půjde o život.

HRADÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA POŘÍZENÍ BRÝLÍ?

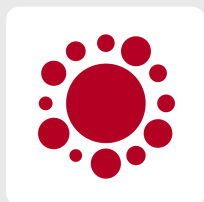
Dospělým od 18 let pojišťovna z veřejného zdravotního pojištění nehradí pořízení brýlových obrub ani dioptrických brýlových čoček („skel“). Výjimkou jsou opravdu závažné oční vady, které vyžadují komplikovanou korekci. V takovém případě pacienta informuje o možnosti částečné úhrady od zdravotní pojišťovny lékař.

Dětem do 18 let pojišťovna brýle z veřejného zdravotního pojištění hradí, ale ne v plné výši. Zbytek ceny musí doplatit rodiče. Výše úhrady od pojišťovny závisí na věku a závažnosti oční vady. Dětský pojištěnec má na úhradu od pojišťovny právo jak v případě, kdy si pořizuje nové brýlové obruby včetně brýlových čoček, tak v případě, kdy jen potřebuje nové brýlové čočky vložit do již nošených obrub (výměna). Nárok na úhradu od pojišťovny je obecně u brýlí do 3 dioptrií jednou za rok, u silnějších brýlí dvakrát za rok. Nicméně opět může záležet na konkrétním řešení kompenzace oční vady, proto je dobré zeptat se na výši úhrady očního lékaře nebo optiků v oční optice.

S kolika penězi od zdravotní pojišťovny je možné počítat? Ve většině případů se jedná o několik stovek korun, u vad nad 10 dioptrií úhrada pojišťovny přesahuje 1000 Kč. Konkrétní částky jsou pevně stanovené v Úhradovém katalogu, takže všechny pojišťovny přispívají úplně stejně.

Pro čerpání úhrady je potřeba přijít do optiky s „Poukazem na brýle a optické pomůcky“. Na tomto předpisu jsou specifikovány hodnoty všech parametrů nezbytných pro výrobu a výdej správných korekčních pomůcek pro daného pacienta. Platnost poukazu na brýle a optické pomůcky je 30 dní ode dne vystavení.

Zdravotní pojišťovny ale obvykle přispívají na brýle pro děti i dospělé také v rámci benefičních programů. Pojištěnci buď mohou získat příspěvek pár stovek např. jako odměnu za absolvování předepsaných preventivních podmínek, nebo má pojišťovna s vybranými optikami domluvené speciální slevové akce pro své pojištěnce. Je dobré podívat se na aktuální nabídku své zdravotní pojišťovny.



5 KAPITOLA

PRÁVNÍ
ÚPRAVY

LEX UKRAJINA VI

ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ PŘI VYCESTOVÁNÍ

Od 1. ledna 2024 došlo v oblasti veřejného zdravotního pojištění k úpravě podmínek pro vycestování ukrajinských občanů s dočasnou ochranou z České republiky.

Vycestování z území ČR na dobu kratší než 6 měsíců:

V takovém případě pokračuje povinnost platit pojistné české zdravotní pojišťovně. Nelze zůstat na Ukrajině déle než 6 měsíců a až pak zpětně oznámit zdravotní pojišťovně dlouhodobý pobyt.

V takovém případě musí být za dobu strávenou mimo ČR pojistné doplaceno. Případný dluh bude zanesen v evropské databázi.

Vycestování z území ČR na dobu delší než 6 měsíců:

Pokud uprchlík s dočasnou ochranou chce vycestovat z ČR na delší dobu a poté se opět vrátit (tedy nechce se vzdát víza dočasné ochrany), musí svůj záměr před odjezdem nahlásit své zdravotní pojišťovně. Ode dne následujícího po odcestování na Ukrajinu bude mít ukončeno české veřejné zdravotní pojištění, tedy nebude platit měsíční pojistné. Tím zaniká jeho nárok na zdravotní služby hrazené českou zdravotní pojišťovnou, a to až do jeho návratu a opětovného přihlášení u zdravotní pojišťovny. S přihlášením po návratu do ČR musí také doložit dobu svého pobytu na Ukrajině (např. razítky v pase z hraničních přechodů). Jestliže se pobyt zkrátí a uprchlík s dočasnou ochranou se do Česka vrátí dříve než za šest měsíců, musí uhradit pojistné za celé období, kdy byl pryč – jako by k odhlášení vůbec nedošlo. Případný dluh bude zanesen v evropské databázi.

Další dlouhodobý pobyt mimo území ČR lze realizovat až po dvou celých kalendářních měsících ode dne opětovného přihlášení ke zdravotnímu pojištění. Za tyto dva kalendářní měsíce je povinnost platit zdravotní pojištění.

Oznámení o odjezdu z ČR i opětovné přihlášení po návratu lze provést online formulářem nebo osobní návštěvou pobočky zdravotní pojišťovny.

Odcestování z území ČR nadobro

Pokud se ukrajinský uprchlík rozhodne vrátit trvale na Ukrajinu, vzdá se dočasné ochrany a tím zaniká také jeho účast na českém veřejném zdravotním pojištění. V KACPU nebo na některém z pracovišť Odboru azylové a migrační politiky Ministerstva vnitra ČR obdrží doklad o zrušení víza. Ten následně předloží své zdravotní pojišťovně při osobní návštěvě. Na dobu mezi ukončením víza a odcestováním z České republiky lze uzavřít [Základní zdravotní pojištění cizinců](#).

PRODLUŽOVÁNÍ „NÁHRADNÍHO DOKLADU O ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ“

Dočasnou ochranu, která je vydávána na jeden rok, je potřeba pravidelně prodlužovat. Spolu s ní je uprchlíkům prodlužováno i veřejné zdravotní pojištění. U zdravotní pojišťovny je potřeba požádat o vydání nového náhradního průkazu zdravotního pojištění, a to po pěti pracovních dnech od prodloužení dočasné ochrany.

Osobám s dočasnou ochranou je vystavován výhradně papírový „Náhradní doklad o zdravotním pojištění“. Opravňuje je k čerpání plné zdravotní péče na území ČR a je rovnocenně platný s kartičkou pojištěnce, kterou mají čeští občané. Pokud poskytovatel zdravotní péče odmítá papírový průkaz pojištěnce akceptovat, je nutné obrátit se na svou zdravotní pojišťovnu, která platnost potvrdí.

Informace o prodlužování průkazu u jednotlivých pojišťoven:

- [Všeobecná zdravotní pojišťovna](#)
- [Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví](#)
- [Vojenská zdravotní pojišťovna](#)
- [Česká průmyslová zdravotní pojišťovna](#)
- [Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR](#)
- [RBP zdravotní pojišťovna](#)
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

NEMOCENSKÉ POJIŠTĚNÍ

Nemocenské pojištění v České republice zahrnuje celkem šest dávek:

- nemocenská (nemoc, úraz nebo karanténa)
- ošetřovné (ošetřování člena rodiny = „OČR“)
- dlouhodobé ošetřovné
- peněžitá pomoc v mateřství
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a v mateřství

dávka otcovské poporodní péče (tzv. otcovská)

NEMOCENSKÁ

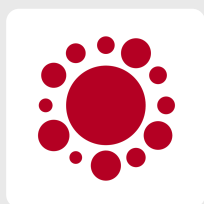
Zaměstnanci jsou ze zákona povinni účastnit se nemocenského pojištění. V případě nemoci je jim náhrada mzdy vyplácena hned od prvního dne. Prvních 14 dnů ji hradí ze svých prostředků zaměstnavatel (platí se pouze za pracovní dny). Pokud pracovní neschopnost i nadále trvá, nemocenskou dál vyplácí Česká správa sociálního zabezpečení (platí za kalendářní dny, tedy i víkendy a státní svátky).

Nárok na nemocenskou vzniká i ve výpovědní době. Na výpočet nemocenské nemá vliv ani to, zdali výpověď podal zaměstnanec nebo zaměstnavatel. Pracovní neschopnost zároveň prodlužuje výpovědní dobu, a to o kalendářní dny (tzv. ochranná doba).

Osoby samostatně výdělečně činné (dále OSVČ) mají účast na nemocenském pojištění dobrovolnou. Aby měly v případě nemoci nárok na vyplácení nemocenské, musí si nemocenské pojištění platit (minimálně 3 měsíce před vznikem nemoci). Pravidla výplaty dávky pro ně ale platí jinak než pro zaměstnance. Když je lékař uzná práce neschopnými, prvních 14 dnů jim není vypláceno nic. Od 15. dne pracovní neschopnosti jim nemocenskou vyplácí Česká správa sociálního zabezpečení (stejně jako u zaměstnanců). Jestliže nemoc trvá déle, lékař minimálně jednou měsíčně potvrzuje její trvání, aby mohla být OSVČ vyplácena dávka nemocenské. Po ukončení pracovní neschopnosti musí OSVČ oznámit návrat k výdělečné činnosti České správě sociálního zabezpečení.

Lidem pracujícím na **dohodu o pracovní činnosti** (DPČ) je ze mzdy strháváno zdravotní, sociální a nemocenské pojištění automaticky v případě, že si vydělají 4000 Kč měsíčně a více. Pak pro ně v případě pracovní neschopnosti platí stejná pravidla jako pro zaměstnance. DPČ je omezena limitem max. 20 hodin odpracovaných hodin týdně.

Pro lidi s dohodou o provedení práce (DPP) platí jiná hranice výdělku, od které jsou nemocensky pojištěni. Je stanovena na 10 000 Kč, takže pokud v měsíci pracující vydělá 10 001 Kč, bude mu automaticky strhnuто zdravotní, sociální a nemocenské pojištění. Od 1. července 2024 dojde k úpravě, kdy začnou platit dva limity pro vznik účasti na sociálním pojištění:



6 KAPITOLA

KONTAKTY
A ZDROJE
INFORMACÍ

UŽITEČNÉ KONTAKTY

- [Seznam patientských organizací podle diagnóz](#)
- [Seznam půjčoven kompenzačních pomůcek v Praze a Středočeském kraji](#)

UŽITEČNÉ ZDROJE INFORMACÍ

Informační letáky

- [Hlas pacientů – Cesta pacienta](#): letáky s popisem procesu léčby, která pacienta čeká po diagnostikování karcinomu děložního hrdla, prsu, prostaty, děložní sliznice, střev a konečníku – kolorektální karcinom, uveálního melanomu, nádoru mízních uzlin – lymfom
- [Jak najít zubního lékaře](#) – informační brožura České stomatologické komory z května 2023
- [Centrum Locika – ukrajinský balíček](#): letáky v ukrajinštině a češtině o tom, jak pracovat se stresem, co může být spouštěčem traumatu, co děti z Ukrajiny potřebují, jak mluvit s dětmi o smrti a o válce.
- [Centrum Locika – letáky o sebepečování](#): v češtině pro dospívající, pro rodiče, pro vychovatele

Výzkumy

- [Zkušenosti lékařů s interkulturními rozdíly v komunikaci s ukrajinskými uprchlíky v době rusko-ukrajinského ozbrojeného konfliktu](#) – výzkum autorů Marie Jelínková, Katedra veřejné a sociální politiky FSV UK v Praze; Karolína Dobiášová a Jolana Kopsa Těšinová, Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK v Praze; Michal Koščík, Ústav veřejného zdraví LF MU v Brně. Vyšlo v Časopise lékařů českých, 2023.

Komunikace a dorozumívání

- [Léčíme česky](#) – volně dostupná učebnice češtiny pro nelékařské zdravotnické pracovníky z Ukrajiny, kteří chtějí ovládnout základní slovní zásobu a frazeologii používanou v nemocničním prostředí při komunikaci s pacienty i se zdravotnickým personálem. Kniha je zdarma přístupná na platformě publi.cz a také v tištěné podobě.
- [Galenio](#) – webová aplikace, která díky okamžitým překladům dokáže automaticky překládat zprávy, otázky a upozornění mezi zahraničním pacientem a českým lékařem. Aplikace poskytuje 200 jazyků včetně ukrajinštiny a ruštiny, její funkcionality jsou ve vývoji a rychle přibývají. Zatím ji oficiálně používá nemocnice v České Lípě s v Benešově a několik samostatných ordinací. V létě 2024 přibude možnost překladu zpráv pomocí naskenování (nebude se ale jednat o úředně ověřený překlad). Vývojáři potvrdili možnost využití aplikace i pro interkulturní a sociální pracovnice doprovázející ukrajinské klienty.

TIRÁŽ

Publikace vznikla v rámci projektu „Podpora českých neziskových organizací poskytujících ukrajinským uprchlíkům služby související se zdravotní péčí“ podpořeného WHO, kanceláří Česká republika.

Vypracovala Národní asociace patientských organizací, 2024.

Kontakt: napo@silapacientu.cz, www.silapacientu.cz

