



POBYT V CIZINĚ

Ing. ANTONÍN DANĚK

Naši občané jsou různými důvody motivováni k cestám do zahraničí, přičemž ne vždy se musí jednat o výkon výdělečné činnosti. Důvodem k vycestování může být třeba studium v zahraničí, rekreace, návštěva známých nebo příbuzných anebo také jen vznešená touha „objevovat svět“. Při všech těchto záměrech však nikdy nesmí být opomenuto řešení zdravotního pojištění, neboť nedůslednost v této záležitosti může jedinci způsobit vážný problém, a to i finanční povahy. Jednou ze zákonných možností, deklarovaných v právní úpravě českého systému veřejného zdravotního pojištění, je možnost odhlášení z důvodu dlouhodobého pobytu v cizině.

Institut dlouhodobého pobytu pojištěnce v cizině dává našemu občanovi možnost vynětí z českého systému veřejného zdravotního pojištění na straně jedné, a současně jej tak legální cestou zbavuje povinnosti platit po tuto dobu pojistné na straně druhé. V počáteční fázi fungování systému však ještě nebyla v České republice řešena účast v systémech sociálního zabezpečení (a tedy ani zdravotního pojištění) podle koordinačních pravidel Evropské unie, v této oblasti došlo ke změně až vstupem ČR do Evropské unie dne 1. května 2004.

ZÁKLADNÍ PODMÍNKY

Pokud si zaměstnanec vyřídí na zdravotní pojišťovně tzv. dlouhodobý pobyt v cizině podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, musejí být splněny tyto tři podmínky:

1. nepřetržitý pobyt v cizině trvá déle než šest měsíců;
2. zdravotní pojištění v cizině trvá po celou dobu pobytu v cizině;
3. písemné prohlášení o ukončení platby pojistného bylo doručeno zdravotní pojišťovně před dnem ukončení platby pojistného.

VYPLNIT FORMULÁŘ

Osoba, splňující uvedené podmínky, vyplní před odjezdem u zdravotní pojišťovny formulář Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině, čímž je vyňata ze zdravotního pojištění v České republice, a současně je povinna odevzdat před odjezdem průkaz české zdravotní pojišťovny. Za osobu dlouhodobě pobývajících v cizině nikdo pojistné v ČR neplatí a pojistné neplatí ani zaměstnavatel, který v daných souvislostech osobu jako zaměstnance odhlašuje. Současně však tato osoba nemá po uvedenou dobu nárok na poskytování hrazených služeb českým systémem veřejného zdravotního pojištění.

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ V CIZINĚ

V souvislosti s ukončením účasti ve veřejném zdravotním pojištění zaniká povinnost platit pojistné dnem uvedeným v písemném prohlášení, ne však dříve než dnem následujícím po dni, kdy bylo toto prohlášení doručeno zdravotní pojišťovně. Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem návratu z ciziny. Povinností navrá-

tivší se osoby je dodatečně doložit zdravotní pojišťovně uzavřené zdravotní pojištění v cizině a jeho délku. Tato povinnost je přímo zásadní, neboť pokud pojištěnec takový doklad nepředloží, je povinen doplatit zpětně pojistné tak, jako by k odhlášení nedošlo; penále se v takovém případě nevymáhá.

Protože v této souvislosti docházelo v uplynulém období k určitým interpretačním potížím a různým výkladům, byla s účinností od 1. září 2015 přijata novela zmíněného ustanovení § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., která stanovuje uznání období zdravotního pojištění v cizině pouze tehdy, trvá-li celý kalendářní měsíc. Pokud doklad o zdravotním pojištění v cizině nekryje celou dobu pobytu v cizině, je pojištěnec povinen doplatit zpětně pojistné za každý kalendářní měsíc, ve kterém zdravotní pojištění v cizině netrvalo po celý takový kalendářní měsíc. Na rozdíl od právní úpravy platné do 31. srpna 2015 je v takové situaci pojištěnec zvýhodněn v tom smyslu, že zdravotní pojišťovna u něj nebude za toto pojištěním nepokryté období vymáhat penále.

PŘÍKLAD 1

Pojištěnec předložil zdravotní pojišťovně doklad o zdravotním pojištění v cizině, pokrývající období do 30. dubna 2019 včetně.

Problém ve zdravotním pojištění nevznikne, pokud pojištěnec po návratu do České republiky kdykoli v průběhu měsíce května:

- nastoupí do zaměstnání zakládajícího účast na zdravotním pojištění nebo
- začne podnikat jako OSVČ anebo
- bude mít nárok na zařazení do některé z kategorií osob, za které platí pojistné stát podle § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

Nebude-li využita ani jedna z těchto tří alternativ, bude pojištěnec od května 2019 osobou bez zdanitelných příjmů s měsíční povinností placení pojistného v částce 1 803 Kč.

ZPŘÍSNĚNÍ PODMÍNEK PRO OPĚTOVNÉ ODHLÁŠENÍ

Na základě praktických poznatků a zkušeností bývá jedním ze záměrů legislativních úprav (nejen ve zdravotním pojištění) snaha odstranit či alespoň minimalizovat dopady počínání ryze spekulativní povahy.

V minulosti docházelo k případům, kdy se osoba po dlouhodobém pobytu v zahraničí účelově, tudíž zcela záměrně, přihlásila do našeho systému veřejného zdravotního pojištění, aby mohla po uvedené dobu čerpat relativně levnou péči v ČR, a po jejím poskytnutí se opět odhlásila z důvodu dlouhodobého pobytu v cizině. Za účelem předejit takovým nežádoucím postupům, v konečné fázi zneužívajícím nastavené principy systému, je stanovena dvouměsíční lhůta, během které se pojištěnec nebude moci po návratu z dlouhodobého pobytu v cizině odhlásit. Neboli další prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině lze zdravotní pojišťovně podat nejdříve po uplynutí dvou celých kalendářních měsíců následujících po dni opětovného přihlášení.

PŘÍKLAD 2

Pojištěnec oznámil zdravotní pojišťovně ukončení dlouhodobého pobytu v cizině ke dni 17. dubna 2019.



Podle aktuálně platné právní úpravy může opětovné oznámení o dlouhodobém pobytu v cizině učinit nejdříve dne 1. července 2019.

ODLIŠNÉ PODMÍNKY V SOUVISLOSTI SE ČLENSTVÍM ČR V EU

V předcházejícím textu jsem se zabýval podmínkami při uplatňování institutu dlouhodobého pobytu pojištěnce v cizině. Současné mezinárodní poměry však umožňují našemu občanovi vyčlenit se z českého systému i jiným způsobem. V takovém případě se nejčastěji jedná o výkon výdělečné činnosti (zaměstnání nebo podnikání) ve státech Evropské unie, případně v Norsku, na Islandu, v Lichtenštejnsku nebo ve Švýcarsku podle koordinačních nařízení Evropské unie č. 883/2004 a 987/2009 – dále jen Nařízení. V dalším textu budu u všech těchto států uvádět souhrnný pojem „členský stát“. Nicméně podívejme se na tyto okolnosti nejprve trochu jinak.

POBYT BEZ VÝKONU VÝDĚLEČNÉ ČINNOSTI V ČLENSKÉM STÁTĚ

Nejedná-li se o výkon výdělečné činnosti podle zmíněných Nařízení, pak platí především tyto podmínky:

- nejčastěji jde o turisty nebo studenty;
- dokladem, na základě kterého čerpá český pojištěnec zdravotní péči v členském státě, tedy ve státě s působností Nařízení, je Evropský průkaz zdravotního pojištění (European Health Insurance Card - EHIC). Tento průkaz, případně náhradní doklad – papírové Potvrzení dočasně nahrazující EHIC – vystavuje česká zdravotní pojišťovna;
- na základě tohoto dokladu má český pojištěnec v členském státě nárok na nezbytnou zdravotní péči, tedy na zdravotní péči, která je za stejných podmínek poskytována místním pojištěncům, to znamená i včetně placení případné spoluúčasti (viz dále). Z tohoto důvodu doporučuji při takovém výjezdu sjednání komerčního zdravotního pojištění. Nezbytná zdravotní péče je péče poskytnutá s přihlédnutím k povaze dávek a předpokládané délce trvání pobytu, tedy z lékařského hlediska nezbytná a poskytovaná tak, aby český pojištěnec nebyl nucen odcestovat z členského státu dříve, než zamýšlel, nebo dříve, než je toho schopen. Současně však platí, že se nejedná o cílené vycestování do členského státu za touto péčí;
- pojištěnec zůstává nadále účastníkem českého systému veřejného zdravotního pojištění s případnou povinností platit pojistné v České republice.

POBYT ZA ÚČELEM VÝKONU VÝDĚLEČNÉ ČINNOSTI

Jinak přistupuje zaměstnavatel k řešení situace, kdy mu zaměstnanec oznámí, že bude pracovat v rámci Evropské unie, případně v Norsku, na Islandu, v Lichtenštejnsku nebo ve Švýcarsku, kde bude z titulu této své výdělečné činnosti i pojištěn ve smyslu uvedených Nařízení. V takovém případě musí zaměstnavatel na základě principu pojištění ve státě, ve kterém je vykonávána výdělečná činnost (a ta-

ké principu jednoho pojištění), přechodně ukončit pojištění tohoto svého zaměstnance u zdravotní pojišťovny v České republice.

Po dobu výkonu výdělečné činnosti v členském státě je český občan pojištěn v tomto státě a společně s ním jsou zde pojištěni i jeho případní nezaopatření rodinní příslušníci (manželka splňující stanovené podmínky, nezaopatřené děti, registrovaný partner).

VÝKON VÝDĚLEČNÉ ČINNOSTI JAKO ROZHODUJÍCÍ FAKTOR

Z hlediska povahy a délky pobytu v členském státě upozorňuji na následující: mnozí čeští občané se mylně domnívají, že při krátkodobém pobytu v členském státě (souvisejícím s výkonem výdělečné činnosti) zůstávají pojištěni v českém systému veřejného zdravotního pojištění s povinností placení pojistného a možnost odhlášení ze zdravotního pojištění v ČR existuje pouze při delším „pracovním“ pobytu v tomto státě. Zde musíme rozlišit institut tzv. dlouhodobého pobytu v cizině (viz výše) a pojištění z titulu výkonu výdělečné činnosti. V zásadě platí, že pokud se jedná o dlouhodobý pobyt v cizině (nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců), je český pojištěnec po příslušnou dobu vyňat z českého systému veřejného zdravotního pojištění, není povinen platit pojistné, odevzdává EHIC. Výše uvedená Nařízení však mají v jednotlivých členských státech platnost před národními předpisy jednotlivých států, z čehož vyplývá povinnost pojištění v jiném členském státě z důvodu výkonu výdělečné činnosti i po velmi krátkou dobu, tedy i po dobu kratší šesti měsíců.

PLACENÍ SPOLUÚČASTI

Na základě Nařízení vstupuje český pojištěnec do režimu zdravotního pojištění platného pro místní pojištěnce navštíveného členského státu. Z této skutečnosti vyplývá i povinnost českých pojištěnců platit spoluúčast za poskytnutou zdravotní péči stejně jako místním pojištěncům. Spoluúčastí rozumíme finanční částku, kterou musí za poskytnutí zdravotní péče pojištěnec sám zaplatit a která mu nebude českou zdravotní pojišťovnou refundována. Upozorňuji, že spoluúčast (úhrada) pojištěnce za poskytnutou zdravotní péči bývá někdy i dost vysoká. Nárok pojištěnce na nezbytnou zdravotní péči nekryje například ani náklady na případnou přepravu zpět do České republiky. Je tedy na českých pojištěncích, aby se u své zdravotní pojišťovny před výjezdem do konkrétního členského státu informovali o možné spoluúčasti, popřípadě o dalších podmínkách, platných při poskytování zdravotní péče v této zemi. Chtějí-li se vyhnout nákladům za eventuální spoluúčast a nákladům za případný převoz zpět do České republiky, pak by si určitě měli sjednat komerční cestovní zdravotní pojištění.

CESTOVNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

V členských státech tak mají naši občané jako čeští pojištěnci–turisté nárok na nezbytnou zdravotní péči na účet své české zdravotní pojišťovny. V těchto státech mají zajištěný přímý přístup k lékařům, kdy zdravotní péče musí být čerpána ve zdra-





votnických zařízeních financovaných z veřejných zdrojů, aby za poskytnutou zdravotní péči nemuseli zbytečně připlácet.

Doporučuji všem občanům, aby si před cestou do zahraničí uzavřeli u některé z pojišťoven cestovní zdravotní pojištění. V rámci pojištění léčebných výloh jsou pak pojištěnci hrazeny náklady na nutnou a neodkladnou zdravotní péči, tj. na takovou zdravotní péči, jejíž poskytnutí je nezbytné pro odvrácení ohrožení zdraví či života pacienta a která se nedá odsunout až do doby po návratu pojištěnce zpět do České republiky. Případná spoluúčast bude rovněž hrazena z jeho cestovního zdravotního pojištění, přičemž je nutno si uvědomit, že tato spoluúčast by v žádném případě nebyla českou zdravotní pojišťovnou refundována. Z cestovního zdravotního pojištění jsou dále placeny nezbytné náklady spojené s převozem pojištěnce do místa jeho trvalého pobytu a v případě jeho úmrtí i náklady na převoz tělesných ostatků.

Za vůbec nejlepší řešení považuji kombinaci zdravotního pojištění českého pojištěnce jako občana státu Evropské unie s cestovním zdravotním pojištěním. Tato varianta umožňuje, že příslušná pojišťovna beze zbytku zaplatí i případnou finančně velmi nákladnou zdravotní péči.

NÁROKY Z NAŘÍZENÍ A Z PŘÍPADNÉHO KOMERČNÍHO CESTOVNÍHO POJIŠTĚNÍ

Rozdíl mezi komerčním pojištěním a nárokem z Nařízení spočívá v rozsahu krytí pojistných událostí a v poskytovaných službách.

a) Nárok z titulu Nařízení nekryje:

- náklady na spoluúčast,
- náklady na převoz do ČR,
- náklady na převoz ostatků.

Při potřebě ošetření nelze využít možnosti asistenční služby.

b) výhody nároku z Nařízení oproti nároku z komerční pojistky:

- vystavení EHIC nebo potvrzení dočasně nahrazujícího EHIC je bezplatné,
- nárok není omezen maximální finanční částkou,
- nárok není omezen na nemoci, které se vyskytnou u osoby poprvé až při pobytu v jiném státě,
- na rozdíl od komerční pojistky jsou lékaři v jednotlivých státech povinni uznávat nárok z Nařízení,
- většinou lze uplatnit nárok i v případě, kdy k úrazu došlo při vysokohorské turistice nebo při jiné rizikové činnosti,
- nárok trvá po celou dobu pojistného vztahu u české zdravotní pojišťovny a lze jej uplatnit i dodatečně.

Proto při každé cestě do států Evropské unie včetně Norska, Islandu, Lichtenštejnska a Švýcarska doporučuji vzít sebou kartičku pojištěnce – Evropský průkaz zdravotního pojištění – a vyřídít si komerční cestovní pojištění. ■

Autor článku je expert v oblasti zdravotního pojištění.