

## **Postup odporúčaný Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky v prípade žiadosti o poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte – vyšetrenie vzorky biologického materiálu na vírus ZIKA**

---

V prípade pacienta s podozrením na nákazu vírusom ZIKA je potrebné, aby všeobecný lekár poslal takéhoto pacienta za lekárom v špecializačnom odbore infektológia, ktorý vypíše žiadosť o udelenie súhlasu podľa § 9f ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. na poskytnutie liečby v zahraničí podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, kde je uvedený vzor tejto žiadosti.

Súčasťou žiadosti je aj návrh poskytovateľa zdravotnej starostlivosti - anamnéza, doterajšie vyšetrenia, epikríza, zhodnotenie zdravotného stavu, aká liečba sa požaduje. Súčasťou žiadosti tiež musí byť predpokladaná kalkulácia liečby v zahraničí vyčíslená poskytovateľom zahraničným, ako aj vyjadrenie, či akceptuje prenosný dokument S2 (či je napojený na verejný systém danej krajiny). Kalkuláciu si vyžadajú v tomto prípade zdravotné poisťovne. Súčasťou schválenia zdravotnou poisťovňou bude v prípade vyšetrenia na vírus ZIKA aj preprava vzorky biologického materiálu do zahraničného laboratória.

Všetky tieto dokumenty sa zasielajú najlepšie na generálne riaditeľstvo zdravotnej poisťovne.

V tomto prípade nie je potrebné stanovisko klinického pracoviska, ktorým je špecializovaná nemocnica alebo ústav, že požadovaná liečba sa na Slovensku neposkytuje, nakoľko tento fakt je mediálne známy a ide o skrátenie času pri vybavovaní žiadosti.

Každá zdravotná poisťovňa má na svojom webovom sídle zverejnené tieto tlačivá.

Zdravotná poisťovňa je povinná rozhodnúť do 15 pracovných dní, v prípade urgentných stavov bezodkladne. Ak rozhodne kladne, vydá pacientovi prenosný dokument S2, ktorý zašle v tomto prípade zdravotná poisťovňa priamo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v Ostrave. Tento dokument S2 zabezpečuje, že budú náklady na vyšetrenie vzorky krvi refundované zdravotnou poisťovňou.

## VZOR ŽIADOSTI

Adresa príslušnej zdravotnej poisťovne:  
 Obchodné meno  
 Ulica/č.  
 Mesto  
 PSČ

**Vec: Žiadosť o udelenie súhlasu podľa § 9f ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)**

### 1. Údaje o poistencovi:

(vyplňa poistenec zdravotnej poisťovne ....., a. s., zákonný zástupca, splnomocnená osoba, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo zariadenie, v ktorom je maloletý umiestnený na základe rozhodnutia súdu)

<b>1.1 Meno</b>		<b>1.2 Priezvisko</b>	
<b>1.3 Titul</b>		<b>1.4 Rodné priezvisko</b>	
<b>1.5 Dátum narodenia</b>		<b>1.6 Rodné číslo, ak je pridelené</b>	
<b>1.7 Identifikačné číslo poistenca</b>			
<b>1.8 Miesto trvalého pobytu alebo miesto prechodného pobytu</b>			
<b>1.8.1 Názov ulice</b>		<b>1.8.2 Orientačné číslo</b>	
<b>1.8.3 Poštové smerové číslo</b>		<b>1.8.4 Názov obce a štátu</b>	
<b>1.8.5 Telefónne číslo</b>		<b>1.8.6 E-mailová adresa</b>	
<b>1.9 Kontaktná adresa, ak je odlišná od adresy trvalého alebo prechodného pobytu alebo adresa bydliska v Slovenskej republike</b>			
<b>1.9.1 Názov ulice</b>		<b>1.9.2 Orientačné číslo</b>	
<b>1.9.3 Poštové smerové číslo</b>		<b>1.9.4 Názov obce a štátu</b>	
<b>1.9.5 Telefónne číslo</b>		<b>1.9.6 E-mailová adresa</b>	
<b>1.10 Kód základnej diagnózy, pre ktorú sa žiadosť podáva podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb*)</b>			
<b>1.11 Štát,**) kde má byť zdravotná starostlivosť poskytnutá</b>			
<b>1.12 Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kde má byť zdravotná starostlivosť poskytnutá</b>			
<b>1.13 Adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kde má byť zdravotná starostlivosť poskytnutá</b>			
<b>1.13.1 Názov ulice</b>		<b>1.13.2 Orientačné číslo</b>	
<b>1.13.3 Poštové smerové číslo</b>		<b>1.13.4 Názov obce a štátu</b>	
<b>1.13.5 Telefónne číslo</b>		<b>1.13.6 E-mailová adresa</b>	

V zmysle § 9f ods. 1 zákona žiadam o udelenie súhlasu podľa § 9a ods. 2, § 9b ods. 10 alebo § 9d ods. 3 zákona na úhradu nákladov

- a) **plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte** (prenosný dokument S2)  
 b) **zdravotnej starostlivosti v súvislosti s pracovným úrazom a chorobou z povolania v členskom štáte** (prenosný dokument DA1)  
 c) **cezhraničnej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte Európskej únie**  
 d) **zdravotnej starostlivosti v cudzine okrem členských štátov**

Krížikom sa vyznačí jedna z možností.

**2. Odôvodnenie potreby poskytnutia zdravotnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti\*\*\*) v cudzine**

**2.1 Údaje o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý odôvodňuje potrebu poskytnutia zdravotnej starostlivosti v cudzine**

<b>2.2 Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý odôvodňuje potrebu poskytnutia zdravotnej starostlivosti v cudzine</b>			
<b>2.3 Sídlo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý odôvodňuje potrebu poskytnutia zdravotnej starostlivosti v cudzine</b>			
<b>2.3.1 Názov ulice</b>		<b>2.3.2 Orientačné číslo</b>	
<b>2.3.3 Poštové smerové číslo</b>		<b>2.3.4 Názov obce a štátu</b>	
<b>2.3.5 IČO</b>		<b>2.3.6 Kód poskytovateľa</b>	
<b>2.3.7 Telefónne číslo</b>		<b>2.3.8 E-mailová adresa</b>	
<b>2.3.9 Faxové číslo</b>		<b>2.3.10 Meno a priezvisko kontaktnej osoby</b>	

**2.4 Stručná anamnéza a odôvodnenie požadovaného vyšetrenia a liečby, výsledky a závery odborných, laboratórnych, rtg a iných vyšetrení súvisiacich s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2.5 Doteraz poskytnutá zdravotná starostlivosť v súvislosti s navrhovanou plánovanou zdravotnou starostlivosťou v inom členskom štáte (§ 9b ods. 10 zákona):**

.....  
.....  
.....

**2.6 Iné ochorenia pacienta podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (kód a slovom):**

.....  
.....  
.....

**2.7 Navrhovaná zdravotná starostlivosť (konkrétny druh vyšetrenia alebo liečby podľa osobitného vykonávacieho predpisu,\*\*\*\*) ak ide o cezhraničnú zdravotnú starostlivosť):**

.....  
.....  
.....  
.....

**2.8 Odôvodnenie potreby poskytnutia zdravotnej starostlivosti v cudzine, ak nie je možné zdravotnú starostlivosť poskytnúť bez zbytočného odkladu pri zohľadnení aktuálneho zdravotného stavu poistenca a možného vývoja jeho ochorenia:**

.....  
.....  
.....  
.....

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti potvrdzuje, že:

- a) ochorenie nie je možné liečiť v Slovenskej republike v primeranej lehote pri zohľadnení aktuálneho zdravotného stavu poistenca a možného vývoja jeho ochorenia,
- b) požadovaná liečba sa v Slovenskej republike nevykonáva,
- c) boli vyčerpané všetky možnosti liečby v Slovenskej republike a od liečby v inom členskom štáte sa očakáva podstatné zlepšenie zdravotného stavu alebo zabránenie zhoršeniu zdravotného stavu poistenca,
- d) poistenc má bydlisko v inom členskom štáte a chce pokračovať v liečbe, ktorá sa začala v Slovenskej republike, v mieste bydliska, alebo
- e) ochorenie vyžaduje použitie vysokošpecializovanej a nákladnej zdravotníckej infraštruktúry alebo medicínskeho vybavenia, ktoré nie sú dostupné v Slovenskej republike.

Príslušné sa vyznačí krížikom.

Dátum: .....

.....  
meno, priezvisko, podpis poskytovateľa  
zdravotnej starostlivosti a odtlačok pečiatky

- 3.1**  *Svojím podpisom potvrdzujem, že som poučený o možnosti úhrady na vlastnú úhradu tých nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré nie sú podľa platných právnych predpisov členského štátu hradené z verejného systému.*

**3.2**  *Svojím podpisom potvrdzujem, že som poučený o tom, že náklady na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť v inom členskom štáte Európskej únie uhradím priamo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z iného členského štátu Európskej únie.*

Krížikom sa vyznačí jedna z možností.

*Dávam týmto v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov, pre ..... zdravotnú poisťovňu, a. s., súhlas na cezhraničný tok svojich osobných údajov poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z cudziny v rozsahu meno, rodné číslo, adresa a diagnóza. Tento súhlas môžem odvolať do odovzdania žiadosti poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z cudziny.*

Dátum:.....

.....  
podpis poistenca  
(zákonného zástupcu, splnomocnenej  
osoby, poskytovateľa zdravotnej  
starostlivosti alebo zariadenia, v ktorom  
je maloletý umiestnený na základe  
rozhodnutia súdu)

Vysvetlivky:

- \*) Príloha č. 1 k zákonu č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 160/2013 Z. z.
- \*\*\*) 1. Členské štáty Európskej únie: Belgicko, Bulharsko, Cyprus, Česko, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko, Holandsko, Chorvátsko, Írsko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Maďarsko, Malta, Nemecko, Poľsko, Portugalsko, Rakúsko, Rumunsko, Slovinsko, Španielsko, Švédsko, Taliansko, Veľká Británia.  
2. Štáty Európskeho hospodárskeho priestoru: Island, Lichtenštajnsko, Nórsko.  
3. Švajčiarsko.  
4. Štáty okrem členských štátov.
- \*\*\*\*) § 7 ods. 2 písm. a) a b), ods. 3 alebo ods. 4 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
- \*\*\*\*\*) Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 341/2013 Z. z., ktorou sa ustanovuje cezhraničná zdravotná starostlivosť, ktorá podlieha predchádzajúcemu súhlasu príslušnej zdravotnej poisťovne na účely jej preplatenia.