Metodika pro pořizování a předávání dokladů

verze popisu 6.2.LIV

vytvořená v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb

Účinná od 1. 9. 2026

Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha, srpen 2026

Obsah

Úvod. **4**

Seznam zkratek **7**

I. Výklad základních pojmů a pravidel používaných pro účely této Metodiky **9**

1. Doklad 9
2. Základní pojmy, druhy smluvní zdravotní péče a přiřazení příslušných druhů dokladů 12

2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře 13
2.2. Ústavní péče 15
2.3. Péče vyžádaná, navržená, předepsaná 19

II. Pravidla pro pořizování dokladů **23**

1. Společné zásady 23
1.1. Společné údaje na dokladech 24
2. Vyplňování tiskopisů 32
2.1. VZP-01/2009 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči, VZP-01s/2009 Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči 32
2.2. VZP-02/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní péči, VZP-02s/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči 33
2.3. VZP-03/2006 Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, VZP-03s/2006 Stomatologické výrobky 34
2.4. VZP-05/2009 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče 37
2.5. VZP-06/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření 38
2.6. VZP-08/2006 Průvodní list dávky 47
2.7. VZP-09/2006 Průvodní list datového nosiče 48
2.8. VZP-10/2025 Recept 48
2.9. VZP-12/2022 Poukaz na brýle a optické pomůcky 51
2.10. VZP-13/2022 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku 53
2.11. VZP-13P/2006 Přehled vrácených zdravotnických prostředků 56
2.12. VZP-14/2022 Poukaz na foniatrickou pomůcku 57
2.13. VZP-15/2025 Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči 59
2.14. VZP-16/2025 Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče 68
2.15. VZP-17/2022 Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně 71
2.16. VZP-18/2022 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně 76
2.17. VZP-19/2022 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně 82
2.18. VZP-20/2006 Výpis z receptu 85
2.19. VZP-21/2025 Žádanka o schválení 86
2.20. VZP-22/2013 Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví 88
2.21. VZP-23/2022 Vyúčtování ozdravenské péče 89
2.22. VZP-30/2006 Registrační list 92
2.23. VZP-31/2006 Faktura za období VZP-32/2006 Faktura za dávky 93
2.24. VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu 94
2.25. VZP-35/1995 Záznam o provozu zdravotnického vozidla 98
2.26. VZP-36/2009 Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě 98
2.27. VZP-37/2025 Vyúčtování výkonů záchranné služby 100
2.28. VZP-39/2020 Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem 101
2.29. VZP-80/1997 Přihláška registrovaných pojištěnců 103

2.30. VZP-85/1999 Hlášení o nepřítomnosti / zastupování lékaře 104
2.31. Vyúčtování přepravy zemřelého na zdravotní pitvu a ze zdravotní pitvy 105
2.32. Průvodní list k pitvě 105
2.33. Ostatní žádanky na vyšetření 106

III. Pravidla pro předávání dokladů 107

1. Dávky 107
2. Faktury 109
3. Předávání faktur a dávek dokladů 111
4. Vstupní zpracování dávek 114

IV. Seznam číselníků 115

1. Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (MKN-10) 115
2. Zdravotní výkony 115
3. Cenová pásma 115
4. Kategorie pacienta 115
5. Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků 115
6. Smluvní odbornosti 116
7. Doprava 116
8. Doporučení hospitalizace 117
9. Náhrady za zdravotní péči 118
10. Ukončení léčení 118
11. Druh dokladu a typ dávky 119
12. Lokalizace ve stomatologii 119
13. Zdravotní pojišťovny 120
14. Pravidla pro čísla pojištěnců 120
15. Výkony s povinnou lokalizací zubu 121
16. Ukončení lázeňské/ozdravenské péče 121
17. Přerušení lázeňské/ozdravenské péče 122
18. Náklady lázeňské/ozdravenské péče 122
19. Typy ozdravenského programu 122
20. Druh pojistného vztahu 122
21. Druh úhrady 123
22. Časové období 123

Úvod

Dle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (dále jen VZP) spravuje, aktualizuje a rozvíjí informační systém. Pro zajištění tohoto úkolu vydává pro smluvní poskytovatele zdravotních služeb (dále jen PZS) „Metodiku pro pořizování a předávání dokladů“ (dále jen Metodika). Její znění, příp. nezbytné změny prováděné zejména v návaznosti na změnu obecně závazných právních předpisů připravuje v součinnosti a dohodě se zástupci PZS a zástupci zdravotních pojišťoven.

Metodika podrobně upravuje podmínky a způsob pořizování a předávání dokladů pro provedení úhrady poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále také jako zdravotní péče, resp. péče) v souladu s obecně závaznými právními předpisy, zejména zákonem:

- č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.);
- č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 268/2014 Sb., o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 89/2021 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů;
- č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů;
- č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 297/2016 Sb., o službách vytvářejících důvěru pro elektronické transakce, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících

s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů;

- č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů;

a zejména těmito vyhláškami:

- č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely;
- č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro;
- č. 329/2019 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.

Pro potřeby výpočtu úhrady zdravotní péče vydává VZP číselníky, které jsou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb. a výše uvedenými vyhláškami týkajícími se Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, LP a ZP.

Úhradu zdravotní péče, v rozsahu uvedeném ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče a ve smlouvě o poskytování a úhradě léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, uzavírané mezi PZS a zdravotní pojišťovnou (dále jen smlouva), provádí zdravotní pojišťovna za své pojištěnce na základě:

- vyúčtování poskytnuté péče na dokladech pořízených a předaných podle této Metodiky;
- výsledků kontrolní a revizní činnosti;
- výsledků zpracování regulačních omezení, uplatněných v souladu s obecně závaznými právními předpisy a smlouvou.

Vyúčtování poskytnuté zdravotní péče provádějí podle této Metodiky PZS, kteří jsou ve smluvním vztahu ke zdravotní pojišťovně. Způsob a termíny předkládání a vyúčtování dokladů jsou upraveny ve smlouvě. Pokud není smluvně dohodnuto jinak, hradí příslušná zdravotní pojišťovna pouze zdravotní péči poskytnutou svým pojištěncům a odmítá doklady vystavené na pojištěnce jiných zdravotních pojišťoven.

V jednotlivých dílech Metodiky jsou vysvětleny základní používané pojmy a pravidla pro vykazování poskytnuté péče, používání jednotlivých dokladů, pořizování a předávání dokladů a přehled vydávaných číselníků a tiskopisů.

Přesná datová forma číselníků a způsobu vyúčtování upravující styk mezi smluvními PZS a zdravotními pojišťovnami na datových nosičích či elektronickou cestou se uvádí v materiálu „Datové rozhraní“. Metodika a Datové rozhraní jsou závazné pro všechny zdravotní pojišťovny a jejich smluvní PZS.

Dále VZP vydává „Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR“. Tato pravidla mohou být jednotlivými zdravotními pojišťovnami modifikována.

V Metodice jsou uvedeny tiskopisy v poslední verzi. Předchozí verze tiskopisů lze, pokud jejich obsah není v rozporu s obecně závazným právním předpisem, používat až do vyčerpání zásob.

Seznam zkratek

CRP	Centrální registr pojištěnců
CÚER	Centrální úložiště elektronických receptů
ČSÚ	Český statistický úřad
Dg.	diagnóza
DR	datové rozhraní
EHIC	evropská karta zdravotního pojištění
EHP	evropský hospodářský prostor
HVLP	hromadně vyráběné léčivé přípravky
IČP	identifikační číslo zdravotnického pracoviště
IČZ	identifikační číslo zařízení – poskytovatele zdravotních služeb
LP	léčivé přípravky
LPS	lékařská pohotovostní služba
LZ	lázeňské zařízení
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
OD	ošetřovací den
OL	ošetřující lékař
PPNP	přeprava pacientů neodkladné péče
PZS	poskytovatel zdravotních služeb
PZLÚ	potraviny pro zvláštní lékařské účely
RLP	rychlá lékařská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SZV	Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
ÚP	územní pracoviště (místně příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny)
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZDS	zdravotnická dopravní služba (doprava raněných, nemocných a rodiček)
ZP	zdravotnické prostředky
ZULP	zvlášť účtované léčivé přípravky
ZUM	zvlášť účtovaný materiál (ZP a stomatologické výrobky)
ZZS	zdravotnická záchranná služba

Uvedený seznam neobsahuje všeobecně známé a v písemném styku běžně používané zkratky.

I. Výklad základních pojmů a pravidel používaných pro účely této Metodiky

1. Doklad

Za doklad pro účely této Metodiky jsou považovány:

a) **papírová forma**

- vyplněné tiskopisy předepsané pro styk se zdravotními pojišťovnami;
- počítačem tištěné výstupy (pokud právní předpis nestanoví jinak), jejichž datový obsah a formální členění odpovídá příslušnému předepsanému tiskopisu.

b) **elektronická forma**

- zápisy dat na smluvně dohodnutém datovém nosiči (např. disketě, CD, flash disku) podle předepsaného DR (forma pořízení na **datovém nosiči**);
- zápisy dat podle předepsaného DR předávané přes zabezpečený portál nebo B2B, případně dalším dohodnutým elektronickým kanálem;
- elektronické dokumenty odpovídající papírové formě dokladů;
- přímo vyplňované elektronické formuláře odpovídající papírové formě dokladů.

Pokud se v textu uvádí „doklad“, míní se tím doklad pořizovaný v jakékoliv z uvedených forem.
Pokud se text vztahuje pouze k jedné z forem dokladu, je tato vždy konkrétně uvedena. Existuje-li doklad v obou formách, je text primárně zaměřen na papírovou formu a pro elektronickou formu mají přednost pravidla pro vyplňování údajů uvedená v DR.

Pro pořizování dokladů v papírové formě jsou k dispozici tiskopisy VZP označené číslem odpovídajícím druhu dokladu a další povolené tiskopisy uvedené v této Metodice.

Doklady slouží převážně k uplatnění nároku na proplacení poskytnuté zdravotní péče. Některé se používají k vyžádání, navržení či předepsání zdravotní péče, dále jako povinná hlášení nebo jako podklad pro kontrolu.

DRUHY DOKLADŮ POUŽÍVANÝCH PRO STYK SE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI

Jedná se jak o doklady papírové, tak doklady v podobě DR. Některé doklady mohou existovat pouze jako papírové nebo pouze v podobě DR, některé existují v obou formách.

kód	název dokladu
0l	Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
01s	Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči
02	Vyúčtování výkonů v lůžkové péči
02s	Vyúčtování výkonů v lůžkové stomatologické péči
03	Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky
03s	Stomatologické výrobky
05	Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
06	Poukaz na vyšetření/ošetření
06dp	Poukaz na vyšetření/ošetření DP
06ft	Poukaz na vyšetření/ošetření FT
06k	Poukaz na vyšetření/ošetření K
06orp	Poukaz na vyšetření/ošetření ORP
06z	Poukaz na vyšetření/ošetření Z
08	Průvodní list dávky
09	Průvodní list datového nosiče
10	Recept
	Recept na léčivé přípravky obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II
12	Poukaz na brýle a optické pomůcky
13	Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
13P	Přehled vrácených zdravotnických prostředků
14	Poukaz na foniatrickou pomůcku
15	Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči
16	Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče
17	Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně
18	Návrh na umístění dítěte v ozdravovně
19	Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně
20	Výpis z receptu

21 Žádanka o schválení
22 Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví
23 Vyúčtování ozdravenské péče
30 Registrační list
31 Faktura za období
32 Faktura za dávky
34 Příkaz ke zdravotnímu transportu
35 Záznam o provozu zdravotnického vozidla
36 Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě
37 Vyúčtování výkonů záchranné služby
39 Vyúčtování náhrady cestovních nákladů
80 Přihláška registrovaných pojištěnců
85 Hlášení o zastupování lékaře

Ostatní povolené doklady:

- záznam o provozu vozidla osobní dopravy;
- žádanky (Výměnný list, Průvodní list k pitvě a ostatní žádanky běžně používané ve zdravotnictví).

Pro potřebu popisu dokladů 01, 01s, 02, 02s, 03, 03s, 05, 06, 06k, 06z, 06ft, 06dp, 06orp, 34, 37 jsou v této Metodice rozlišeny pojmy **řádek** a **záhlaví** dokladu a v návaznosti na to údaje řádkové a údaje v záhlaví.

Řádek dokladu je souhrn údajů vztahujících se k jedné účtované položce vykázané kódem (tzn. k jednomu zdravotnímu výkonu, jednomu přímo podanému LP či ZP, k jednomu výkonu přepravy).

Záhlaví dokladu zahrnuje všechny údaje uvedené mimo řádky dokladu.

TISKOPISY VZP PRO PŘEDÁNÍ INFORMACÍ MEZI LÉKAŘI

(nejsou povinné pro stomatology)

kód název tiskopisu

81 Žádost o předání zdravotních informací
82 Výpis ze zdravotní dokumentace
83 Protokol o předání pacienta

2. Základní pojmy, druhy smluvní zdravotní péče a přiřazení příslušných druhů dokladů

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Ošetřujícím lékařem (dále také jako OL) se rozumí:

- praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost a pediatr[1], praktický zubní lékař, gynekolog, který registruje pojištěnce (dále také jako registrující lékař);
- lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči, který v souladu se svou specializací převzal pojištěnce pro určitý diagnostický závěr do péče;
- lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení poskytovatele lůžkové péče;
- lékař poskytující pojištěnci zdravotní služby v zařízení poskytovatele jednodenní péče.

Navíc musí jít o poskytovatele, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou (s výjimkou případů dle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.).

Ošetřující lékař je sám povinen poskytnout, vyžádat, navrhnout či předepsat další péči, kterou indikoval. Ošetřující lékař zodpovídá za účelnost jím indikované další péče, za úplnost a správnost údajů jím vyplňovaných dle níže uvedených požadavků u jednotlivých typů dokladů a je povinen zaznamenat ve zdravotní dokumentaci přesný rozsah a objem ordinované péče (eventuálně uschovat v dokumentaci kopii požadavku).

Pozn.: Pro účely této Metodiky se za péči ošetřujícího lékaře považuje též péče klinického psychologa a klinického logopeda, kteří v souladu se svou specializací převzali pojištence do péče, klinický logoped jen na základě požadavku lékaře, klinický psycholog i bez doporučení, vždy však v rozsahu jeho způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Za ošetřujícího lékaře se pro účely této Metodiky dále považuje také lékař smluvního mamografického screeningového centra, který za účelem zabezpečení nezbytné komplexní diagnostiky chorob prsu a včasného stanovení diagnózy, sám indikuje potřebné výkony z oblasti diagnostiky chorob prsu.

[1] 1 Odbornost 002.

OBOR, ODBORNOST

Obor určuje odborné zaměření činnosti příslušně kvalifikovaných zdravotnických pracovníků nebo obor činnosti zdravotnického pracoviště.

Odbornost pracoviště blíže specifikuje specializaci a odborné zaměření činnosti příslušně vybaveného pracoviště PZS v rámci oboru, eventuálně i druh a typ smluvní péče.

Smluvní odbornost je odbornost pracoviště uvedená ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou.

DRUHY VYKAZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Pro potřeby této Metodiky jsou rozlišeny tři druhy péče:

- ambulantní péče ošetřujícího lékaře;
- lůžková péče;
- péče vyžádaná, navržená či předepsaná ošetřujícím lékařem.

Poskytnutá péče se vykazuje dle číselníků v souladu s omezeními uvedenými v Seznamu zdravotních výkonů a v souladu s platnou smlouvou se zdravotní pojišťovnou.

2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře

Pro tento druh péče jsou určeny doklady: 01, 01s, 03, 03s, 05, 21, 22, 36, 37, 39. Za tento druh péče se nepovažuje péče poskytnutá pojištěnci v období, kdy je hospitalizován. Taková péče je považována za péči vyžádanou při lůžkové péči. Proto ji nelze vykazovat na dokladech 01 a 05, ale musí být vykázána buď na dokladu 06, nebo řádkem dokladu 02. Výjimkou je stomatologická péče poskytnutá pojištěnci při hospitalizaci v jiném oboru než stomatologie. Takovou péči je třeba vykázat dokladem 01s. V případě potřeby je možné vystavit i doklad 39.

Pozn.: Klinický logoped vykazuje na dokladu 06. Pokud však nestačí dvě návštěvy pacienta, bude tato péče považována za převzetí do péče a poskytovatel ji vykáže na vlastním dokladu 01.

Registrace pojištěnců

Registraci pojištěnců provádí registrující lékaři na dokladu 30. K vykazování zdravotní pojišťovně se používají doklady 80. Registrace u praktického lékaře pro děti a dorost a pediatra bude pojištěnci automaticky zrušena v měsíci, ve kterém dosáhne věku 19 let. Praktický lékař pro dospělé je oprávněn registrovat

pojištěnce nejdříve v měsíci, kdy tento dosáhl věku 14 let. Gynekolog je oprávněn registrovat pojištěnku nejdříve v měsíci, kdy tato dosáhla věku 15 let. Registrace zůstává v platnosti, i když pojištěnec změní zdravotní pojišťovnu.

Při přeregistraci pojištěnce je povinností lékaře neprodleně požádat předchozího registrujícího lékaře o informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče. Žádost se podává na tiskopisu 81 Žádost o předání zdravotních informací a kopie žádosti se stává nedílnou součástí dokladů o řádné registraci pojištěnce u lékaře. Lékaři si vyměňují informace nezbytné pro zajištění návaznosti zdravotní péče na tiskopisu 82 Výpis ze zdravotní dokumentace nebo na tiskopisu 83 Protokol o předání pacienta, případně jiným vhodným písemným způsobem.

Vyplňování tiskopisů 81, 82 a 83, které jsou definovány na základě vzájemné dohody se zástupci praktických lékařů, není v kompetenci zdravotních pojišťoven, a proto není v Metodice popisováno.

Vybírání regulačních poplatků

OL vykazuje vybrání regulačního poplatku ve smyslu § 16a zákona č. 48/1997 Sb. příslušným číslem výkonu na dokladech, které se používají pro vykazování výkonů, a to v rámci vyúčtování související poskytnuté zdravotní péče v nejbližším termínu pro předání vyúčtování následujícím po vybrání regulačního poplatku.
V případech uvedených v ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. vykazuje příslušné číslo výkonu: regulační poplatek – pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen.

2.1.1. Kombinovaná kapitačně-výkonová platba

Praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost a pediatr, kterému je poskytnutá péče hrazena formou kombinované kapitačně-výkonové platby nesmí na své registrované pojištěnce a v případě zástupu na registrované pojištěnce zastupovaného lékaře vykazovat výkony zahrnuté do kapitačního paušálu (jejich seznam je přílohou smlouvy s PZS). Výkony do paušálu nezahrnuté vykazuje na registrované pojištěnce na dokladu 01.

Zdravotní péče o neregistrované pojištěnce se považuje za nepravidelnou péči. Lékař vykazuje provedené výkony na dokladu 05.

Pozn.: Je-li poskytnut ZUM registrovanému pojištěnci ve spojení s výkonem zahrnutým do kapitačního paušálu, vykazuje se podle pravidla uvedeného v kap. II. 2.3.

V případě, že registrace pojištěnce za určité období (minimálně měsíc) nebyla registrujícímu lékaři uznána a na základě této skutečnosti nebyl PZS přiznán za

tohoto pojištěnce kapitační paušál, může PZS vykázat zdravotní péči pro pojištěnce původně zahrnutou v kapitačním paušálu konkrétními čísly výkonů v nejbližším předkládacím termínu.

Lékař nahlašuje zdravotní pojišťovně zástupy, pokud tyto překročí 3 dny v běžném měsíci, na dokladu 85.

2.1.2. Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce ve stomatologii

Péče poskytnutá registrovaným pojištěncům praktického zubního lékaře, či registrovaným pojištěncům zastupovaného lékaře, která je hrazena formou agregované úhrady již není prostřednictvím samostatných výkonů vykazována. Výkony do agregované úhrady nezahrnuté jsou na registrované pojištěnce vykazovány na dokladu 01s.

Zdravotní péče o neregistrované pojištěnce se vykazuje rovněž na dokladu 01s.

Je-li lékař zastupován po dobu delší než 20 dnů v běžném měsíci, je povinen tuto skutečnost zdravotní pojišťovně nahlásit na dokladu 85.

2.2. Lůžková péče

Lůžkovou péčí se rozumí péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech a zvláštní lůžková péče v hospicích. Pro tento druh péče jsou určeny doklady: 02, 02s, 03, 03s, 21, 22.

Péče poskytnutá na pracovišti odlišné smluvní odbornosti lůžkové péče je vykazována odděleně.

Na dokladu 02 a 02s se vykazují:

a) Ošetřovací dny

První a poslední den hospitalizace se z hlediska vykázání kódu OD považuje dohromady za jeden den. Proto se kód OD vykazuje vždy za první den hospitalizace (den přijetí), nikdy za den poslední (ať jde o ukončení hospitalizace propuštěním, překladem či úmrtím pojištěnce). Pokud je datum přijetí a datum ukončení hospitalizace identické, vykáže se příslušný kód OD 1x.

PZS vykáže za dny, po které byl pojištěnec na propustce, příslušný OD propustky s povinně vyplněným datem k tomuto kódu. Tento OD nelze vykázat v prvních a posledních třech dnech hospitalizace s výjimkou případů, kdy je hospitalizace ukončena překladem pojištěnce z důvodu náhlé změny zdravotního stavu nebo

z důvodu úmrtí pojištěnce. V případě psychiatrické odbornosti lze v posledních třech dnech hospitalizace OD propustky vykázat tehdy, když léčebný výsledek propustky odůvodní dřívější ukončení lůžkové péče.

V průběhu resuscitační či intenzivní lůžkové péče nemůže být vykázán kód propustky (pobyt na propustce vylučuje indikovanost hospitalizace na jednotce intenzivní péče či resuscitačním oddělení).

Kód OD doprovodu pacienta se vykazuje na dokladu vystaveném za lůžkovou péči poskytnutou doprovázenému pojištěnci.

b) Kategorie pacienta

Vykazuje se pouze v případě splnění podmínek uvedených v Seznamu zdravotních výkonů.

Pro kategorii pacienta platí stejné pravidlo jako pro OD, tzn., že první a poslední den hospitalizace se z hlediska vykázání považuje dohromady za jeden den, s vykázáním kategorie odpovídající stavu pojištěnce v první den hospitalizace.

c) Ostatní zdravotní výkony

Ostatní poskytnuté zdravotní výkony se vykazují dle číselníku „Zdravotní výkony“.

Vybírání regulačních poplatků

Lůžkový PZS v případech uvedených v ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. vykazuje příslušné číslo výkonu: regulační poplatek – pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen.

2.2.1. Sestupná platba ošetřovacího dne

Za jednu hospitalizaci se považuje lůžková péče o jednoho pojištěnce na lůžkovém oddělení jednoho oboru.

Za pokračování jedné hospitalizace se považuje:

- přijetí stejného pojištěnce na oddělení stejného oboru do 28 dnů včetně od propuštění (i různých PZS);
- překlad jednoho pojištěnce z lůžka na lůžko mezi odděleními stejného oboru (i různých PZS);
- objednaná přijetí na oddělení stejného oboru do 28 dnů od propuštění z předchozí lůžkové péče na oddělení stejného oboru (i různých PZS).

Za novou hospitalizaci je považováno:

- první přijetí pojištěnce;
- přijetí po době delší než 28 dnů od předchozího propuštění z hospitalizace ve stejném oboru;
- odůvodněné přeložení pojištěnce na lůžko jiného oboru, tzn. v tom případě, když zdravotní stav pojištěnce nezbytně vyžaduje poskytnutí takové zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně ani při hospitalizaci na stávajícím lůžkovém oddělení.

Za novou hospitalizaci je zdravotní pojišťovnou uznáno i přijetí stejného pojištěnce do 28 dnů od propuštění z lůžkové péče na oddělení stejného oboru, je-li důvodem takového přijetí:

- překlad z lůžka na lůžko nebo objednané přijetí pojištěnce na oddělení stejného oboru jiného PZS, pokud zdravotní stav pojištěnce vyžaduje zdravotní péči, kterou PZS, ve kterém byl původně hospitalizován, není schopno poskytnout, a taková péče nemůže být pojištěnci poskytnuta bez překladu (tzn. nelze provést konkrétní potřebný diagnostický či terapeutický zákrok a zpětný zdravotnický transport pojištěnce na původní oddělení);
- zcela nové onemocnění, které se projevilo v době do 28 dnů od předchozího propuštění a vyžaduje lůžkovou péči;
- nová ataka onemocnění, pro které byl již pojištěnec ošetřován v lůžkové péči, ale potřebnou zdravotní péči nelze poskytnout ambulantně.

Důvod pro uznání hospitalizace za novou musí být jednoznačně uveden ve zdravotnické dokumentaci.

Označení nové a pokračující hospitalizace

Pro označení nové a pokračující hospitalizace se používají kódy uvedené v číselníku „Zdravotní výkony“.

U nové hospitalizace se vyplňuje do kolonky počet nula. Při pokračování předchozí hospitalizace se vyplní do kolonky „Počet“ číselný údaj, který vyjadřuje celkový počet dnů předchozí části hospitalizace, o jejíž pokračování se jedná, aby bylo možno uplatnit klesající sazbu v pokračujícím režimu.

Za správnost označení hospitalizace za novou, resp. pokračující na vyúčtování za lůžkovou péči podle výše uvedených pravidel zodpovídá PZS.

Podle platného znění SZV je úhrada vybraných OD prováděna sestupnou platbou. Sazba za konkrétní kód OD je závislá:

- na pořadí ošetřovacího dne v průběhu jedné hospitalizace (i pokračující);
- na typu vykazovaného OD;
- na stanovené průměrné délce hospitalizace ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou v rozmezí povolené odchylky v konkrétním oboru.

Pokračování předchozí hospitalizace je hrazeno v návaznosti na počet již vykázaných OD v předchozí hospitalizaci (resp. hospitalizacích).

Pokud není na dokladu vykázáno, zda se jedná o novou hospitalizaci nebo pokračování předchozí, nebo není vyznačen počet dnů předchozí hospitalizace, je ohodnocení ošetřovacích dnů provedeno v sazbě nejnižší (E). Teprve po zpracování všech souvisejících dokladů za ukončenou lůžkovou péči je možno provést definitivní ohodnocení a úhradu.

2.2.2. Smluvní odbornost pracoviště lůžkové péče

Smluvní odbornost pracoviště lůžkové péče je základním údajem ve smlouvě zdravotní pojišťovny a PZS, ke kterému se vztahuje úhrada lůžkové péče.

Kódy odborností pracovišť lůžkové péče jsou rozlišeny na prostřední pozici některým z níže uvedených symbolů, které charakterizují typ lůžkové péče:

F – standardní lůžková péče
Pokud PZS poskytuje standardní lůžkovou péči v konkrétní odbornosti odpovídající péči ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích a v odpovídajícím regionu.

H – standardní lůžková péče
Pokud PZS poskytuje standardní lůžkovou péči v konkrétní odbornosti odpovídající péči ve zbývajících nemocnicích.

R – péče na operačním sále
Pokud PZS poskytuje indikovanou péči v určitém oboru na vyčleněných, personálně, věcně a technicky vybavených operačních sálech.

I – intenzivní a resuscitační lůžková péče
Pokud PZS poskytuje indikovanou resuscitační či intenzivní lůžkovou péči v určitém oboru na vyčleněných, personálně, věcně a technicky k tomu

vybavených lůžkových jednotkách a pokud vykazuje ve standardní lůžkové péči typ H.

T – intenzivní a resuscitační lůžková péče
Pokud PZS poskytuje indikovanou resuscitační či lůžkovou ústavní péči v určitém oboru na vyčleněných, personálně, věcně a technicky k tomu vybavených lůžkových jednotkách a pokud vykazuje ve standardní lůžkové péči typ F.

P – intenzivní a intermediární lůžková porodnická péče
Pouze pro vybraná PZS (uvedená ve Věstníku MZ ČR).

S – péče na spinálních jednotkách
Pouze pro vybraná PZS (uvedená ve Věstníku MZ ČR).

U – následná péče, nebo následná ošetřovatelská péče, popř. následná intenzivní ošetřovatelská péče
Pokud PZS poskytuje na konkrétních lůžkových odděleních speciálně zaměřenou odbornou dlouhodobou léčebnou či léčebně rehabilitační lůžkovou zdravotní péči ve stanovených indikacích.

D – dlouhodobá intenzivní péče
Pokud PZS poskytuje indikovanou speciálně zaměřenou dlouhodobou intenzivní péči o základní životní funkce na vyčleněných, personálně a technicky k tomu vybavených lůžkových pracovištích.

M – intenzivní lůžková psychiatrická péče
Pokud PZS poskytuje na konkrétních lůžkových odděleních intenzivní a kontinuální diagnostiku a terapii psychiatrických onemocnění za použití trvalého monitorování kamerovým systémem se záznamovým zařízením a současně poskytuje emergentní psychiatrickou péči.

2.3. Péče vyžádaná, navržená, předepsaná

Péče vyžádaná, navržená či předepsaná OL je péče, kterou poskytuje odborný zdravotnický pracovník na základě požadavku, návrhu či předpisu ošetřujícího lékaře pojištěnce.

Lékař, který poskytuje péči na vyžádání ošetřujícího lékaře, sám ordinuje pouze takovou další péči, kterou nezbytně potřebuje k naplnění požadavku ošetřujícího lékaře – tzn. k poskytnutí požadované péče, pokud pro akutní změnu zdravotního stavu pojištěnce nehrozí nebezpečí z prodlení.

Není-li stanoveno jinak, dle § 18 zákona č. 48/1997 Sb.:

jiní zdravotničtí pracovníci, než lékaři mohou poskytovat hrazené služby pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře. Pokud to OL při indikaci výslovně nevyloučil, lze za podmínky zachování účelu/cíle poskytování hrazených služeb vymezeného indikací poskytovat hrazené služby také na základě indikace nelékařských zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, a to konkrétně fyzioterapeuta, ergoterapeuta či všeobecné nebo dětské sestry ve vlastním sociálním prostředí a logopeda. Logoped se specializovanou způsobilostí může poskytovat hrazené služby také bez splnění podmínky zachování účelu poskytování hrazených služeb. Poskytovat hrazené služby lze i na základě indikace klinického psychologa v rozsahu jeho způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

Uvede-li OL v indikaci konkrétní rozsah péče (tj. specifikaci procedur či zdravotních výkonů spolu s informací o jejich počtu a opakování v jednotlivých dnech) a zároveň výslovně vyloučí úpravu indikace, pak jsou fyzioterapeut, ergoterapeut či všeobecná nebo dětská sestra ve vlastním sociálním prostředí povinni rozsah péče stanovený OL dodržet.

Není-li stanoveno jinak, jiný odborný zdravotnický pracovník než OL poskytující péči na základě vyžádání, navržení nebo předepsání OL je oprávněn vykázat zdravotní pojišťovně péči nejvýše v rozsahu požadavku (návrhu či předpisu) OL.

Toto se nevztahuje na péči poskytnutou jako potřebnou neodkladnou péči při akutní změně zdravotního stavu pojištěnce.

V povinné zprávě navrhujícímu lékaři uvede poskytující lékař nebo příslušný nelékařský zdravotnický pracovník rozsah poskytnuté péče, případně může doporučit ošetřujícímu lékaři další postup či další péči.

Poskytující lékař nebo příslušný nelékařský zdravotnický pracovník je povinen uchovat originál či kopii požadavku OL ve zdravotnické dokumentaci pro případnou kontrolu.

Vyžádaná, navržená či předepsaná péče zahrnuje:

a) zdravotní výkony

- konziliární vyšetření, případně ošetření;
- komplementové vyšetření pojištěnce (např. funkční diagnostika, instrumentální vyšetření, vyšetření zobrazovací technikou, počítačově vyhodnocované metody);

- péči poskytnutou na operačním sále;
- konzultaci odborníka;
- zdravotní pitvu;
- laboratorní vyšetření materiálu;
- návštěvu odborníka tzn. vyžádané poskytnutí péče v domácím prostředí pojištěnce;
- fyzioterapeutickou a ergoterapeutickou péči;
- péči zdravotnického personálu v domácím prostředí pojištěnce (domácí péče).

Pro tuto péči jsou určeny tyto doklady: doklady typu 06 (příp. řádek dokladu 01, 01s, 02, 02s s uvedením řádkové odbornosti), ostatní povolené žádanky (Výměnný list, Průvodní list k pitvě, ostatní žádanky používané ve zdravotnictví), pokud obsahují náležitosti dokladu typu 06.

Upozornění:

- jsou-li požadující OL a poskytovatel vyžádané péče z různých PZS nebo z různých částí téhož PZS, která mají přidělená samostatná IČZ (viz kap. II. 1 Společné zásady), pak se poskytnutá péče, s výjimkou stomatologické, vykazuje vždy na vhodné variantě dokladu 06;
- jsou-li požadující OL a poskytovatel vyžádané péče ze stejného PZS, vykazuje se jedním ze dvou způsobů:
  1) na vhodné variantě dokladu 06;
  2) v řádcích dokladu 01, 01s, 02, 02s ošetřujícího lékaře s povinným uvedením smluvní odbornosti pracoviště, jehož pracovník vyžádanou či předepsanou péči poskytl. Za požadujícího OL je v tomto případě považován ten, jehož smluvní odbornost pracoviště je uvedena v záhlaví dokladu.

b) LP a ZP aplikované v souvislosti s vyžádanými výkony

Pro tuto péči jsou určeny doklady 03, 03s.

c) zdravotnické transporty

- pojištěnce (případně doprovodu);
- zdravotnických pracovníků v nezbytném případě;
- transfuzních přípravků, speciálních LP, tkání a orgánů k transplantaci.

Pro tuto péči jsou určeny doklady 34, 37, 39, případně 35.

d) lázeňskou léčebně rehabilitační péči

Pro tuto péči jsou určeny doklady 15, 16.

e) péči v ozdravovně

Pro tuto péči jsou určeny doklady 18, 23.

f) péči v odborném léčebném ústavu

Pro tuto péči jsou určeny doklady 02, 03, 17, 19, 21, 22.

g) LP na recept

Pro tuto péči jsou určeny doklady 10, 20 a recept na LP obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II[2].

h) ZP na poukaz

Pro tuto péči jsou určeny doklady 12, 13, 13P, 14[3].

[2] Humánní léčivé přípravky jsou předepisovány v souladu s §80 Zákona č. 378/2007 Sb.
[3] Preskripce v souladu s Kategorizací zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz.

II. Pravidla pro pořizování dokladů

V tomto dílu je detailně popsáno pořizování dokladů vyplňováním jednotlivých tiskopisů. Nejprve jsou uvedeny společné zásady, význam a vyplňování nejčastěji se vyskytujících údajů na dokladech a dále jednotlivé doklady vzestupně podle druhu dokladu. Vzory jednotlivých tiskopisů jsou zveřejněny na webových stránkách VZP ČR: https://www.vzp.cz/poskytovatele/tiskopisy.

Pro doklady pořízené tištěnými výstupy z počítače platí z hlediska obsahu jednotlivých uváděných údajů totéž jako pro údaje vyplňované na tiskopisech.

Pro vyplňování dokladů předávaných na datovém nosiči či elektronickou cestou platí přednostně pravidla stanovená v DR pro pořizování a předávání dokladů.

Příklad: Počet provedení vykazovaného výkonu – pokud není na tiskopisu dokladu uveden, započte se provedení výkonu jedenkrát. V příslušném DR dokladu musí být počet provedení výkonu uveden.

1. Společné zásady

Při tvorbě dokladů vyplňováním tiskopisů, není-li dále uvedeno jinak, platí:

- znaky se zapisují do určených, předtištěných pozic hůlkovým písmem nebo strojově;
- vykazované údaje se zarovnávají do pravé strany. V případě menšího rozsahu se nuly před číslem s výjimkou údaje DATUM neuvádějí;

  Příklad: 5. dubna 1993 – |0|5|0|4|9|3|
- koncové nuly na pozicích určených pro desetinnou část čísla a desetinná čárka se neuvádějí;

  Příklad: 320,00 – |3|2|0| | |

  320,03 – |3|2|0|0|3|
- povinně se uvádí datum vystavení, jméno pracovníka, který doklad vystavil, podpis statutárního zástupce PSZ (nebo pracovníka jím pověřeného s delegovanou pravomocí k podpisu) a doklad je opatřen čitelným otiskem razítka včetně IČZ nebo IČP poskytovatele (viz kap. II. 1.1). U dokladu na vyžádanou, navrženou či předepsanou péči je akceptován i zaručený elektronický podpis ve viditelné podobě. V případě elektronického dokumentu bude autorizace provedena způsobem smluvně uzavřeným mezi ZP a poskytovatelem s tím, že tento dokument bude obsahovat všechny údaje z razítka PZS včetně IČZ nebo IČP poskytovatele (v těchto případech nahrazuje razítko);

- nepovinně je možno uvést QR kód pro účely využití PZS. QR kód musí vyhovovat požadavkům standardního kódovacího systému a musí být zabezpečen proti případnému zneužití.

U datumových položek označuje dvojčíslí dne **DD**, dvojčíslí měsíce **MM** a poslední dvojčíslí roku **RR**, případně čtyřčíslí roku **RRRR.**

1.1. Společné údaje na dokladech

Kód pojišťovny – pokud není na dokladu logo zdravotní pojišťovny, vyplňuje se číslo zdravotní pojišťovny pojištěnce dle číselníku „Zdravotní pojišťovny“.

IČO – identifikační číslo organizace (PZS), přidělené ČSÚ.

IČZ – identifikační číslo PZS, nebo části PZS, je jednoznačný osmimístný číselný kód. Číslo přiděluje vždy místně příslušné pracoviště VZP na základě žádosti té zdravotní pojišťovny, která první uzavře smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb s daným PZS. Vyžaduje-li to potřeba, přidělí VZP kód IČZ i takovému PZS, který nemá smlouvu s žádnou zdravotní pojišťovnou. Tento způsob přidělování IČZ usnadňuje identifikaci PZS a předávání informací o nich mezi všemi zdravotními pojišťovnami. Je vyplňováno na příslušných tiskopisech (dokladech) 08, 09, 13P, 16, 22, 23, 31, 32, 35, 85.

IČP – identifikační číslo pracoviště je jednoznačný osmimístný číselný kód, který blíže identifikuje konkrétní zdravotnické pracoviště PZS nebo části PZS. Je přidělováno i samostatným lékařům, kteří mají s některou ze zdravotních pojišťoven uzavřenu smlouvu pouze na preskripci LP pro rodinné příslušníky. IČP přiděluje vždy místně příslušné pracoviště VZP, viz odstavec IČZ. Je vyplňováno na všech ostatních povolených dokladech, které nejsou vyjmenovány v odstavci IČZ.

Odbornost – uvádí se odbornost z číselníku „Smluvní odbornosti“.

a) Odbornost v záhlaví označuje smluvní odbornost jednotlivých pracovišť PZS.

b) Řádková odbornost označuje, že výkon uvedený v řádku byl poskytnut jiným pracovištěm jiné smluvní odbornosti stejného PZS na vyžádání pracoviště smluvní odbornosti uvedené v záhlaví dokladu. Není-li údaj o řádkové odbornosti vyplněn, znamená to, že výkon byl poskytnut pracovištěm smluvní odbornosti uvedené v záhlaví dokladu.

Čís. dokladu – číslo dokladu slouží k jeho jednoznačné identifikaci v rámci PZS a roku, za který byl vystaven a předložen zdravotní pojišťovně. Způsob číslování

dokladů si určují jednotlivá PZS sama podle svých zvyklostí a zavedeného způsobu evidence. Způsob číslování však musí respektovat požadavek průkaznosti ve smyslu zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

Var. symbol – variabilní symbol je určen k další identifikaci PZS např. pro možnost rozdělení na nákladová střediska. Jeho využití je ponecháno v kompetenci jednotlivých PZS.

Poř. č. – pořadové číslo označuje pořadí jednotlivých listů dokladů v dávce. Vyplňuje se při sestavování dávky.

Příjmení a jméno pacienta – slouží pro doplňující identifikaci pojištěnce.

Číslo pojištěnce – pojištěnci jsou zásadně identifikováni číslem pojištěnce uvedeným na jejich průkazu zdravotního pojištění. U devítimístného čísla pojištěnce se poslední pozice neuvádí. Údaj se zarovnává doleva.

V mimořádném případě, kdy není dostupný průkaz pojištěnce, ale jsou dostupné jeho osobní údaje, požádá PZS podle dohodnutého režimu zdravotní pojišťovnu o dohledání čísla pojištěnce a příslušnosti ke zdravotní pojišťovně.

Zahraniční pojištěnec nemá povinnost předem se registrovat u některé zdravotní pojišťovny v ČR. Má právo navštívit PZS přímo a až u PZS si zvolit výpomocnou zdravotní pojišťovnu.

Zahraniční pojištěnci se mohou prokázat některým z následujících dokladů:

a) potvrzením o registraci;

b) průkazem pojištěnce EU bydlícího v ČR;

c) průkazem pojištěnce EU pobývajícího v ČR;

d) průkazem EHIC;

e) potvrzením dočasně nahrazujícím průkaz EHIC;

f) formulářem E 112;

g) formulářem S 2.

Totožnost zahraničního pojištěnce by pak měla být ověřena i jiným osobním dokladem.

1. Za zdravotní služby poskytnuté osobě, která se prokázala doklady **a)**, **b)** nebo **c)**, účtuje PZS příslušné výpomocné zdravotní pojišťovně, která doklad vydala. Zdravotní služby se vykážou podle této Metodiky, tedy v druhu pojištění 4 a samostatnou fakturou se samostatnými dávkami.

2. V případě zdravotních služeb poskytnutých osobě, která se prokázala doklady **d)** nebo **e)**, je-li to vzhledem ke zdravotnímu stavu zahraničního pojištěnce možné, požádá PZS zahraničního pojištěnce o volbu výpomocné zdravotní pojišťovny.

Pokud zdravotní stav zahraničního pojištěnce samostatnou volbu neumožňuje, zvolí výpomocnou zdravotní pojišťovnu PZS. Dále v těchto případech zajistí PZS přepis údajů uvedených na originálním dokladu (na průkazu EHIC nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC) do části A formuláře „*Potvrzení o nároku cizího* pojištěnce *z členské země EU, EHP, Velké Británie a ze Švýcarska na čerpání lékařsky nezbytné péče po dobu přechodného pobytu v ČR*" – dále jen **Potvrzení o nároku.**

Dále je vždy třeba vyplnit část B Potvrzení o nároku. Zde je třeba uvést dobu, po kterou hodlá zahraniční pojištěnec na území ČR pobývat, a kód výpomocné zdravotní pojišťovny. Část B Potvrzení o nároku zahraniční pojištěnec podepíše.

Jedno vyhotovení Potvrzení o nároku předkládá PZS výpomocné zdravotní pojišťovně.

Jedno vyhotovení Potvrzení o nároku si zdravotnické zařízení ponechá.

Pokud zahraniční pojištěnec disponuje vlastní kopií (kopiemi) dokladu – *průkazu EHIC* nebo *Potvrzení dočasně nahrazující průkaz EHIC,* nebo pokud tyto kopie vyhotovil PZS, není nutné vyplňovat část A Potvrzení o nároku. Místo toho předloží PZS výpomocné zdravotní pojišťovně spolu s potvrzením o nároku tuto kopii dokladu.

PZS pak vykáže poskytnuté zdravotní služby podle této Metodiky, tedy v druhu pojištění 4 a samostatnou fakturou se samostatnými dávkami. Spolu s vykázáním zdravotních služeb doručí výpomocné zdravotní pojišťovně:

– kopii *průkazu EHIC* nebo *Potvrzení dočasně nahrazující EHIC* spolu s *Potvrzením o nároku* vyplněným v části B nebo

– Potvrzení o nároku vyplněné v části A i B.

3. Disponuje-li zahraniční pojištěnec formulářem **f)** nebo **g)** vystaveným jeho zahraniční zdravotní pojišťovnou, je povinen jej nejprve předložit zvolené výpomocné zdravotní pojišťovně v ČR k registraci. Pokud se zahraniční pojištěnec obrátí na PZS přímo, bez předchozí registrace u výpomocné zdravotní pojišťovny v ČR, požádá jej PZS, aby se nejdříve u některé zdravotní pojišťovny v ČR zaregistroval. Tam, kde to uzná PZS za vhodné, může také zařídit jeho registraci sám. V takovém případě jej požádá o volbu výpomocné zdravotní

pojišťovny v ČR a tuto skutečnost výpomocné zdravotní pojišťovně bezodkladně ohlásí. **Podmínkou úhrady** poskytnutých zdravotních služeb v takovém případě je předchozí domluva o podmínkách poskytnutí a úhrady zdravotních služeb mezi PZS a výpomocnou zdravotní pojišťovnou.

PZS si ponechá **originál *formuláře E 112* nebo *S 2* a přiloží jej k vyúčtování poskytnutých zdravotních služeb. Potvrzení o nároku není v tomto případě nutné vyplňovat.**

Diagnóza – (dále také jako Dg.) vyplňuje se podle zásad mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10); vždy povinně na nejvyšší počet znaků, který je v MKN 10 uveden, pokud není se zdravotní pojišťovnou dohodnuto jinak:

- diagnózy třímístné se zarovnávají doleva, poslední dvě místa se nevyplňují;
- u diagnózy čtyřmístné je předposlední místo číslice uváděná za tečkou, poslední místo se nevyplňuje;
- u diagnózy pětimístné jsou poslední dvě místa číslice uváděné za tečkou.

Příklad: Dg.	*J39.2 se napíše*	*|J|3|9|2*
	F70	*|F|7|0| |*
	M01.07	*|M|0|1|0|7|*

V případě, že pro klasifikaci nemocnosti je v MKN-10 dvoje klasifikační schéma (se znakem „+“ a „*“), je stanoveno, že diagnóza s křížkem je primární a musí tak být užita vždy. Pro kódování nesmí být kód s hvězdičkou nikdy použit samostatně. Nicméně, pro kódování nemocnosti může být pořadí kódů s křížkem a s hvězdičkou obrácené, pokud je péče poskytována primárně pro danou manifestaci nemoci. Pro tradiční klasifikaci a prezentaci dat pro úmrtnost a další aspekty zdravotní péče se používá kód s křížkem.

a) Základní diagnóza

Uvádí se **povinně.** Vyplní se kód základního onemocnění, popř. základního důvodu, které je (bylo) příčinou hospitalizace pacienta v zařízení poskytovatele lůžkové péče, nebo Dg., která byla důvodem poskytnutí ambulantní péče či důvodem kontaktu s PZS (viz MKN-10, II. díl, instrukční příručka).

U pacientů bez stanovení Dg. se uvádějí kódy z kap. MKN-10 – faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami.

Kód základní Dg. musí být vyplněn v souladu se závěrem v propouštěcí, resp. překladové zprávě nebo v ohledacím listu.

Na žádankách (návrzích či předpisech) na zdravotní péči se vyplňuje kód Dg., pro kterou je požadována (navržena či předepsána) péče uvedená na dokladu.

b) Ostatní diagnózy

Na prvním místě se uvede diagnóza onemocnění, které nejvíce ohrožuje zdraví či život nemocného, pokud již není uvedena jako základní diagnóza a byla léčena společně se základní diagnózou.

Dále se uvádějí kódy dalších onemocnění, které komplikují, tj. ovlivňují či odůvodňují frekvenci, trvání, objem a strukturu poskytnuté a vykázané péče.

Je-li v základní Dg. uveden kód Dg. z kap. MKN-10 – Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin, uvede se zde i kód Dg. z kap. MKN-10 – Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti.

Na žádankách (návrzích, předpisech či poukazech) na zdravotní péči se vyplňují kódy ostatních Dg. v případě, že základní diagnóza nevysvětluje plně indikaci vyžádané péče.

c) Řádková diagnóza

Vyplňuje se kód Dg., pro kterou byl konkrétní výkon poskytnut, vždy pokud je diagnóza rozdílná od uvedené diagnózy základní. Může být shodná s některou z diagnóz ostatních.

Pokud není diagnóza v řádku vyplněna, rozumí se, že výkon byl poskytnut pro diagnózu základní.

Příklad: Pacient je v dlouhodobé péči očního lékaře pro glaukom. Zároveň je u tohoto lékaře ošetřen s Dg. stenóza slzných cest.
V záhlaví uvedeno: Odbornost – 705, Základní diagnóza – H401

Datum	Kód	Počet	Odbornost	Diagnóza	
010722	75023	1			(Dg. je uvedena v záhlaví)
050722	75022	1		H045	(je nutno uvést ke každému řádku, kde se vyskytne)
050795	75215	1		H045	
050722					
050795	75217	1		H045	
050722					
150922	75023	1			(Dg. je uvedena v záhlaví)

Náhrady, ind. (KN, Kód náhr., Kód náhrady) – PZS je povinno indikovat úrazy a jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby. Pokud jsou kódy náhrad a jejich základní charakteristiky na tiskopisech předtištěny, jejich výskyt se uvádí proškrtnutím pozice („X“). V ostatních případech se uvádí kód náhrady dle číselníku „Náhrady za zdravotní péči“.

Upozornění: doklad, na kterém je uvedena náhrada, musí obsahovat pouze tu zdravotní péči, která byla poskytnuta v souvislosti s indikovanou náhradou.

Příklad: Pacient byl od 1. 3. dlouhodobě léčen pro určitou základní diagnózu. Od 15. 3. do 30. 3. byl současně ošetřován pro následky úrazu zaviněného jinou osobou. Na tohoto pacienta je proto nutné vystavit dva doklady. Na dokladu otevřeném 1. 3. se uvedou pouze výkony související s léčbou pro původní Dg. Na období od 15. 3. do 30. 3. se vystaví další samostatný doklad, obsahující zdravotní péči poskytnutou v důsledku úrazu s vyznačením kódu příslušné náhrady.

Lokal. – číselný kód podle číselníku „Lokalizace ve stomatologii“ určující umístění zubu, na kterém byl proveden stomatologický výkon, nebo pro který byl zhotoven stomatologický výrobek. Označení, kdy je třeba vykazovat lokalitu, je uvedeno pro výkony v číselníku „Výkony s povinnou lokalizací zubu“ a pro výrobky v atributu číselníku „Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků“.

Pokud výkon není lokalizován, lokalizace se neuvádí. Vykazuje-li se více různých výkonů se stejnou lokalizací, stačí uvést lokalizaci pouze k prvnímu výkonu. Výkon i výrobek se tedy vykazuje pro každou lokalizaci na zvláštním řádku.

Příklad: lokalizace u výplní prvního a druhého premoláru vpravo nahoře se v této kolonce vyplní takto:

|1|4|
|1|5|

extrakce špičáku vlevo dole v dočasné dentici se vyplní takto:

|7|3|

můstek vpravo nahoře 3-6 se dvěma mezičleny se vyplní takto:

81211 |1|3|
81201 |1|6|
81302 |1|4|
81302 |1|5|

Datum – datum provedení výkonu nebo podání ZUM ve tvaru DDMMRR. Povinný údaj, uváděný v řádku dokladu, je nezbytný pro určení ceny vykázaného výkonu nebo vykázané položky. Vykazuje-li se více různých výkonů ke stejnému dni, stačí uvést datum k prvnímu výkonu. U všech dalších výkonů, které se váží k tomuto datu, se již nemusí opakovaně vyplňovat až do uvedení data nového.

RR se nemusí vypisovat u každého řádku, ale může se uvádět pouze u prvního uvedení data v řádku, nebo při změně roku.

Dne – uvede se datum vystavení dokladu.

POUZE NA RECEPTECH, POUKAZECH NA ZP
A NA PŘEHLEDU VRÁCENÝCH ZP SE VYPLŇUJE:

Ad usum proprium nebo **Pro potřebu rodiny** – vypíše se na recept v případě, kdy lékař vystavil recept pro sebe, partnera, registrovaného partnera nebo své rodinné příslušníky.

Bydliště (adresa) – místo pobytu pacienta v době léčení v pořadí ulice, obec. U poukazů (doklady 12, 13, 14) se dále uvede telefonní číslo pacienta, pokud s tím pacient souhlasí.

Smluvní pojištěnci, tj. ti, kteří nejsou ze zákona účastníky veřejného zdravotního pojištění, ale kteří mají s komerční pojišťovnou uzavřenu pojistnou smlouvu o zdravotním pojištění, se prokazují jiným průkazem, než je průkaz EHIC, průkaz pro zaměstnané cizince nebo doklad dočasně nahrazující EHIC. Tito pojištěnci si LP i ZP musí hradit vždy.

Označení způsobu úhrady LP a ZP se provede v souladu s právním předpisem:

- v případě předepisování LP, který nemá být hrazen z veřejného zdravotního pojištění, uvádí se na receptu slova „Hradí pacient“;
- v případě předepisování zdravotnického prostředku, který nemá být hrazen z veřejného zdravotního pojištění, uvádí se na poukazu slova „Hradí pacient“.

Dne – uvede se datum vystavení receptu (poukazu).

Platnost poukazu prodloužena do – v případě poukazu na ZP (doklady 12, 13, 14) uvede předepisující datum, do kterého je poukaz platný; **vyplňuje se pouze v případě prodloužené lhůty pro uplatnění poukazu**, kterou určil předepisující v souladu s platnou legislativou.

Razítko poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře/předepisujícího – rozumí se lékaře/předepisujícího, který doklad vystavil. V případě poukazu na ZP (doklady 12, 13, 14) identifikace PZS v tištěné podobě obsahující: 1. jde-li o fyzickou osobu, jméno, popřípadě jména, a příjmení PZS, dále adresu místa poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo pracoviště zdravotnického zařízení, pokud bylo zdravotní pojišťovnou přiděleno, a kontaktní telefonní číslo, nebo 2. jde-li o právnickou osobu, název nebo obchodní firmu, adresu sídla, místo poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo pracoviště zdravotnického zařízení, pokud

bylo zdravotní pojišťovnou přiděleno, a kontaktní telefonní číslo; dále se uvede jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby oprávněné prostředek předepsat tiskacím písmem (dále také jako lékař/předepisující) a podpis osoby oprávněné prostředek předepsat. V případě otisku razítka musí být telefonní číslo místa poskytování zdravotní péče a IČP čitelné. V případě nečitelnosti je nutné vypsat informace vedle otisku razítka.

V případě listinného poukazu na ZP vystavovaného na žádost pacienta, který jej hodlá použít v jiném členském státě, se dále uvádějí odborná kvalifikace a kontaktní údaje osoby oprávněné prostředek předepsat, a to adresa elektronické pošty a telefonní číslo s uvedením mezinárodní předvolby, a údaj „Česká republika“.

Kód – číselný kód vydaného LP či ZP podle číselníků „Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků“.

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny – při preskripci LP nebo ZP uvedeného v číselnících léčivých přípravků a ZP, u kterého je nutné pro základní a zvýšenou úhradu schválení zdravotní pojišťovnou, nebo při požadavku úhrady nehrazeného LP a ZP je na tomto místě potvrzeno schválení zdravotní pojišťovny. Schválení zdravotní pojišťovnou zajišťuje osoba oprávněná prostředek předepsat (lékař/předepisující). Na dokladu se zaznamenává těmito způsoby:

V případě zdravotnických prostředků:

Jestliže je úhrada prostředku vázána na schválení příslušnou zdravotní pojišťovnou, pak

a) oprávněná osoba zdravotní pojišťovny na poukazu uvede poznámku „Schváleno zdravotní pojišťovnou“ nebo „Neschváleno zdravotní pojišťovnou“, datum rozhodnutí, evidenční číslo rozhodnutí, podpis a otisk razítka oprávněné osoby zdravotní pojišťovny;

b) předepisující na základě písemného souhlasu zdravotní pojišťovny na poukazu uvede poznámku „Schváleno zdravotní pojišťovnou“, datum rozhodnutí oprávněné osoby zdravotní pojišťovny o schválení úhrady, evidenční číslo rozhodnutí; nebo

c) předepisující na základě písemného souhlasu zdravotní pojišťovny s opakovaným předepisováním prostředku na poukazu uvede poznámku „Schváleno zdravotní pojišťovnou“, datum rozhodnutí oprávněné osoby zdravotní pojišťovny o schválení opakované úhrady a evidenční číslo rozhodnutí.

V případě LP:

Jestliže je úhrada LP vázána na schválení příslušnou zdravotní pojišťovnou, uvede se

1. v požadavku na vytvoření elektronického receptu číslo schválené žádanky o schválení a výši schválené úhrady;
2. na zadní straně receptu v listinné podobě výše schválené úhrady nebo, má-li být LP plně hrazen, slova „plná úhrada“ a dále
   a) poznámka „Schvaluji“ spolu s podpisem oprávněné osoby zdravotní pojišťovny otiskem razítka příslušné zdravotní pojišťovny;
   b) poznámka „Schváleno zdravotní pojišťovnou“, datum udělení souhlasu oprávněné osoby zdravotní pojišťovny spolu s podpisem předepisujícího lékaře a otiskem razítka PZS, u něhož předepisující lékař poskytuje zdravotní služby;
   c) číslo schválené žádanky o schválení a výši schválené úhrady.

Razítko výdejce – uvede se otisk razítka lékárny či výdejny LP nebo ZP včetně podpisu vydávajícího a data výdeje.

2. Vyplňování tiskopisů

2.1. VZP-01/2009 **Vyúčtování výkonů v ambulantní péči**, VZP-01s/2009 **Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči**

Doklad 01s je rozšířený oproti dokladu 01 pouze o položku **lokal.**, kterou se vykazuje lokalizace zubu.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady ind., Datum, Lokal., Razítko a podpis.**

Dále se vyplňuje:

Kód – číslo výkonu podle číselníku „Zdravotní výkony“.

Poč. – celkový počet provedení vykazovaného výkonu. Pokud není uveden, započte se provedení výkonu jedenkrát.

Pracoviště odbornosti 014, 015 a 019 vykazují pouze kódy z „Úhrady stomatologické péče“. Ostatní pracoviště vykazují stomatologickou péči jen kódy ze Seznamu zdravotních výkonů. Tyto dva způsoby úhrady ambulantní stomatologické péče nelze kombinovat.

2.2. VZP-02/2026 **Vyúčtování výkonů v lůžkové péči**, VZP-02s/2026 **Vyúčtování výkonů v lůžkové stomatologické péči** VZP-02p/2026 **Vyúčtování výkonů v lůžkové péči (pokrač.)** VZP-02sp/2026 **Vyúčtování výkonů v lůžkové stomatologické péči (pokrač.)**

Doklad 02s je rozšířený oproti dokladu 02 pouze o položku **lokal.**, kterou se vykazuje lokalizace zubu.

Vykazování lůžkové péče se provádí v souladu s ustanoveními kap. I. 2.2. Lůžková péče. Doklad se uzavírá při ukončení hospitalizace, resp. nejpozději 3 měsíce od data přijetí pacienta nebo od data posledního vyúčtování s tolerancí pěti dnů.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady ind., Lokal., Razítko a podpis.**

Dále se vyplňuje:

Str. – pořadové číslo listu dokladu. U jednolistového dokladu se údaj nevyplňuje.

Poč. – celkový počet listů dokladu. U jednolistového dokladu se údaj nevyplňuje.
Příklad: Str|1|Poč|5| - označuje, že jde o první list dokladu s celkovým počtem 5 listů.

Oba údaje se v této formě uvádějí pouze u papírových dokladů.

Poslal – číselný kód označující typ subjektu, který doporučil hospitalizaci. Vyplňuje se podle číselníku „Doporučení hospitalizace“.

Uk. léč. – důvod ukončení hospitalizačního účtu. Údaj se vyplňuje podle číselníku „Ukončení léčení“.

Datum přijetí, **Datum propuštění** – datum tvaru DDMMRR ve významu datum otevření, resp. uzavření účtu. Vykazované datum je blíže charakterizováno údajem **Uk. léč.** Při pokračování lůžkové péče na témže lůžku stejného PZS se datum propuštění nesmí rovnat datu přijetí na navazujícím účtu.

Datum – vyplňuje se podle kap. II. 1. Společné zásady. Vyplnění je povinné u každého výkonu v průběhu resuscitační či intenzivní péče, u operačních výkonů a výkonů, k nimž se vykazuje ZUM. Vykázané výkony provedené v různých čtvrtletích se vykazují samostatně za každé čtvrtletí zvlášť. Jako příklad lze uvést vykázání stejných OD při hospitalizaci zasahující do dvou čtvrtletí, které se provádí na dvou řádcích s příslušným počtem dnů a datem provedení jednoho z nich v daném čtvrtletí.

Kód – kód provedeného výkonu podle číselníku „Zdravotní výkony".

Počet – počet provedení příslušného výkonu dle číselníku „Zdravotní výkony" v souladu s kap. I. 2.2. Vykazování lůžkové péče. Nevyplněný údaj se započítává pouze jedenkrát.

Kategorie pacienta, dny – počty dnů, ve kterých splňoval pojištěnec kategorii dle číselníku „Kategorie pacienta" v souladu s kap. I. 2.2. Pokud je pacient na propustce, předpokládá se kategorie „0"; tato kategorie se na tiskopisu doplní (ručně) do volného prostoru pod kategorii „5" na rubové straně.

U hospitalizovaného pacienta staršího 6 let se povolení doprovodu uvádí v části **Sdělení** (podle pravidel pro schvalování zdravotní pojišťovnou, uvedených v kap. II. 1.1, odst. **Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny).**

Tiskopis vyúčtování výkonů v lůžkové péči může být vícelistový, pokračovací list má předtištěno v záhlaví pouze **IČP, Čís. dokladu, Str., Poř. č., Příjmení a jméno pacienta.**

Na dokladech 02s a 02 (i s hlavičkovou odborností 6_5 – maxillofaciální chirurgie) nelze vykazovat kódy z „Úhrady stomatologické péče". Vykazují se kódy příslušných autorských odborností ze Seznamu zdravotních výkonů.

2.3. VZP-03/2006 **Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky,** VZP-03s/2006 **Stomatologické výrobky**

Doklad 03s je rozšířen oproti dokladu 03 o položku **lokal.**, kterou se vykazuje lokalizace zubu. Doklad je možné vykazovat jen v návaznosti na jeden z dokladů 01, 02 nebo 06. Pokud je vykazován ZP (skupina = 3), tak se na dokladu 03s nevyplňuje lokalizace.

Vykazovat lze pouze LP, radiofarmaka, výrobky transfuzních stanic, ZP, stomatologické výrobky apod. (dále jen ZUM), které zdravotní pojišťovna neproplácí jiným způsobem. **Nelze tedy vykazovat ty LP a ZP,** na které byl

vystaven recept nebo poukaz, které jsou hrazeny hospitalizačním lékovým paušálem nebo jsou zahrnuty přímo v hodnotě výkonu. Výkony, k nimž nelze vykazovat ZUM, nemají v číselníku „Zdravotní výkony“ vyznačenu možnost jejich vykazování.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištěnce, Datum, Lokal., Razítko a podpis.**

Dále se vyplňuje:

Sk – jednomístný číselný údaj dle číselníku „Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků“. Není-li skupina vyplněna, doplní se automaticky Sk = 1.

Kód – číselný údaj označující ZUM dle číselníku „Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků“. V případě, že ZUM není uveden v číselnících, je nutné jej účtovat fakturou za cenu schválenou zdravotní pojišťovnou.

Množství – spotřebované množství ZUM v poměru k měrným jednotkám uvedeným v odpovídajícím číselníku. Rozsah údaje je 10 znaků, 7 míst pro celou část čísla a 3 místa pro desetinnou část čísla. Množství musí být povinně vyplněno.

Příklad: Měrná jednotka je jedno balení. Balení obsahuje 10 ks. Spotřebován je pouze 1 kus a ten se vykáže 1: 10 = 0,1.

Upozornění: stejné stomatologické výrobky s povinným vykazováním lokalizace je třeba uvést každý na samostatném řádku.

Cena – cena za vykázané množství, kterou je PZS oprávněn účtovat:

- **Pro ZULP ve výši**
  a) nejvyšší možné úhrady pro konečného spotřebitele;
  b) nejvyšší možné ceny pro konečného spotřebitele, je-li nižší než úhrada pro konečného spotřebitele podle písmene a);
  c) smluvní ceny zdravotní pojišťovny, je-li nižší, než úhrada pro konečného spotřebitele podle písmene a) a cena pro konečného spotřebitele podle písmene b).
- **Pro ZUM ve výši**
  a) ceny, za kterou byl ZUM pořízen, nejvýše však do hodnoty maximální úhrady zdravotní pojišťovnou;
  b) sjednané úhrady, je-li taková zdravotní pojišťovnou sjednána.

Rozsah údaje je 9 znaků, 7 míst pro celou část čísla a 2 místa pro desetinnou část čísla. Cena musí být povinně vyplněna. U podskupin 12 transfuzní přípravky, 13 radiofarmaka, 14 parenterální výživa pro domácí terapii, 15 autologní transfuzní přípravky, 16 léčivé přípravky moderní terapie, 17 tkáně a buňky, 19 konopí pro léčebně použití se cena vyplňuje pouze tehdy, pokud není v číselníku „Individuálně připravované léčivé přípravky, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka“ uvedena úhrada zdravotní pojišťovnou.

Do volného prostoru vlevo u příslušného řádku se uvede následující hodnota:

- Z – pokud je pro vykázaný ZULP požadována zvýšená úhrada (druhá úhrada LP z číselníku „HVLP“);
- T – pokud je pro vykázaný ZULP požadována třetí úhrada LP z číselníku „HVLP“;
- 4 – pokud je pro vykázaný ZULP požadována čtvrtá úhrada LP z číselníku „HVLP_DU“;
- 5 – pokud je pro vykázaný ZULP požadována pátá úhrada LP z číselníku „HVLP_DU“;
- 6 – pokud je pro vykázaný ZULP požadována šestá úhrada LP z číselníku „HVLP_DU“;
- 7 – pokud je pro vykázaný ZULP požadována sedmá úhrada LP z číselníku „HVLP_DU“;
- 8 – pokud je pro vykázaný ZULP požadována osmá úhrada LP z číselníku „HVLP_DU“;
- 9 – pokud je pro vykázaný ZULP požadována devátá úhrada LP z číselníku „HVLP_DU“;
- D – pokud je pro vykázaný ZULP požadována úhrada vysoce inovativního LP (dále jen VILP);
- C – pokud je pro vykázaný ZULP požadována druhá úhrada VILP;
- B – pokud je pro vykázaný ZULP požadována třetí úhrada VILP;
- E – pokud je pro vykázaný ZULP požadována čtvrtá úhrada VILP;
- F – pokud je pro vykázaný ZULP požadována pátá úhrada VILP;
- G – pokud je pro vykázaný ZULP požadována šestá úhrada VILP;
- H – pokud je pro vykázaný ZULP požadována sedmá úhrada VILP;
- I – pokud je pro vykázaný ZULP požadována osmá úhrada VILP;
- J – pokud je pro vykázaný ZULP požadována devátá úhrada VILP;

- K – pokud je pro vykázaný ZULP požadována desátá úhrada VILP;
- L – pokud je pro vykázaný ZULP požadována jedenáctá úhrada VILP;
- M – pokud je pro vykázaný ZULP požadována dvanáctá úhrada VILP;
- N – pokud je pro vykázaný ZULP požadována třináctá úhrada VILP;
- O – pokud je pro vykázaný ZULP požadována čtrnáctá úhrada VILP;
- P – pokud je pro vykázaný ZULP požadována patnáctá úhrada VILP;
- Q – pokud je pro vykázaný ZULP požadována šestnáctá úhrada VILP;
- R – pokud je pro vykázaný ZULP požadována sedmnáctá úhrada VILP;
- S – pokud je pro vykázaný ZULP požadována osmnáctá úhrada VILP;
- U – pokud je pro vykázaný ZULP požadována devatenáctá úhrada VILP;
- V – pokud je pro vykázaný ZULP požadována dvacátá úhrada VILP;
- X – v případě schválení úhrady zdravotní pojišťovnou u ZULP, které mají nulovou úhradu.

Upozornění: Biologické implantáty nelze v žádném případě vykazovat v ambulantně poskytované péči.

Pokud se vykazuje ZUM samostatně, použije se na dokladu 01 nespecifikovaný kód (v číselníku uvedený textem „kód slouží pouze pro vykazování účtu 03“), přičemž doklad 01 musí splňovat veškeré náležitosti vyplňování dle kap. II. 1. Společné zásady.

2.4. VZP-05/2009 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče

Tento doklad umožňuje vykázání jednorázové (obvykle akutní) péče.

Doklad se používá především pro vykazování péče pracoviště LPS (vyjma stomatologické LPS), ambulantně poskytnuté péče příjmovou ambulancí lůžkového oddělení (pokud pojištěnec není přijat do lůžkové péče) a vykazování jednorázově poskytnuté péče pojištěncům pobývajícím přechodně mimo trvalé bydliště. Dále je možno na tomto dokladu vykazovat i vybranou, skupinově poskytovanou léčebnou či preventivní péči.

Doklad nelze použít v případě zastupování na pracovišti OL a preventivních pediatrických prohlídkách dětí za přítomnosti rodičů.

Doklad neslouží pro vykázání zdravotní péče poskytnuté na vyžádání a pro vykázání poskytnuté stomatologické péče, kromě uvedených skupinových preventivních akcí. Stomatologická LPS je vykazována dokladem 01s.

Dále prostřednictvím tohoto dokladu nemohou být vykázány výkony smluvní odbornosti koronera.

Je-li zapotřebí vykázat ZULP či ZUM, je nutno poskytnutou péči vykázat dokladem 01.

Při vyplňování jednotlivých řádků dokladu se nemusí uvádět opakující se shodné položky z předchozích řádků, vyjma kódu výkonu a náhrady. Je-li tedy stejnému pojištěnci poskytnuto v jednom dni více výkonů pro stejnou diagnózu, potom se datum, číslo pojištěnce a diagnóza uvede pouze u prvního výkonu.

Vícenásobné provedení stejného výkonu je třeba vykázat do několika řádků pod sebou.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištěnce, Diagnóza, Datum, Razítko a podpis.**

Dále se vyplňuje:

Kód – kód provedeného výkonu podle číselníku „Zdravotní výkony“.

KN – PZS je povinen indikovat případy, které opravňují zdravotní pojišťovnu k nárokování odpovídající finanční náhrady vůči jinému subjektu či osobě. Na dokladu se uvedou odpovídající kódy dle číselníku „Náhrady za zdravotní péči“. V případě, že se k pacientovi váže více typů náhrad než výkonů, uvedou se tyto kódy náhrad samostatně na dalších řádcích, přičemž ostatní údaje v řádku se již nevyplňují.

2.5. VZP-06/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření

Tiskopisy slouží jak k vyžádání (resp. předepsání) zdravotní péče OL (dále jen požadující), tak současně k jejich vyúčtování zdravotnickým pracovníkem, jenž požadovanou péči poskytl (dále jen poskytovatel). Tiskopis VZP-06, včetně všech jeho speciálních variant (viz níže), **je oprávněn vystavit pouze OL**, a to za dodržení zákonem stanovených omezení.

Tiskopisy jsou jednolistové, obsahují díl A a díl B.

Díl A je určen k vyžádání péče a slouží zároveň poskytovateli jako doklad o oprávněnosti vyúčtování vyžádané či předepsané péče. U speciálních variant tiskopisu VZP-06 je tento díl strukturován dle specifik požadované péče. Tyto tiskopisy se použijí:

- k vyžádání konziliárního vyšetření, vyšetření či ošetření specialistou, k doporučení převzetí do péče (VZP-06k);
- k vyžádání komplementového vyšetření, tj. vyšetření metodami radiodiagnostickými, ultrazvukem, magnetickou rezonancí, metodami nukleární medicíny apod. (VZP-06z);
- k předpisu fyzioterapeutické a ergoterapeutické péče (VZP-06ft);
- k vyžádání a předpisu domácí péče prostřednictvím nelékařských zdravotnických pracovníků, poskytujících zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta (VZP-06dp);
- k předpisu ošetřovatelské a léčebně rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních poskytovatelů sociálních služeb nebo v lůžkových PZS v rámci zvláštní ambulantní péče (VZP-06orp).

Díl B slouží k vyúčtování vyžádané či předepsané zdravotní péče, pokud poskytovatel předává zdravotní pojišťovně doklady v papírové formě.

Požadující vyplňuje požadavek vždy v dílu A tiskopisu a předá jej poskytovateli. Požadavek musí být přesně zaznamenán v dokumentaci pro případnou kontrolu.

Poskytovatel může poskytnutou péči vyúčtovat:

a) na tiskopisu VZP-06

Pokud požadavek obdrží vyplněný na dokladu, vyplní díl B přímo na tomto originálu požadavku a předá ho zdravotní pojišťovně, čímž dokládá i oprávněnost vyúčtované péče.

V případě požadavku vyplněného na jiném povoleném dokladu musí poskytovatel na jím vystavený tiskopis VZP-06 opsat do dílu A z požadavku údaje: IČP a Odbornost požadujícího, Číslo pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Datum vystavení požadavku, Kód náhrady. Originál požadavku uschová pro případnou kontrolu jako doklad oprávněnosti vyúčtování.

b) na datovém nosiči

Poskytovatel musí doplnit z požadavku údaje: IČP a Odbornost požadujícího, Číslo pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Datum vystavení požadavku, Kód náhrady (dle DR).

SPOLEČNÉ ZÁSADY PRO VYPLŇOVÁNÍ DOKLADŮ VZP-06

Díl A – vyplňuje požadující:

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Číslo pojištěnce, Pacient, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Variabilní symbol, Kód náhrady**.

Pozn. v případě, že se jedná o péči indikovanou přímo na operačním sále, uvede se IČP a odbornost OL požadujícího operační výkony.

Dále se vyplňuje:

Datum – datum vypsání požadavku ve tvaru DDMMRR.

Odeslán ad – název, obor, resp. odbornost pracoviště, na kterém je požadováno poskytnutí péče.

Požadováno – specifikace požadované péče. Není-li uvedeno jinak, předpokládá se, že se jedná o jednorázový požadavek. Zde může OL uvést, že vylučuje další indikaci nelékařským zdravotnickým pracovníkem, a to slovy: „Vylučuji úpravu indikace“.

Poznámka – uvedou se informace nezbytné ke kvalitnímu poskytnutí zdravotní péče (např. epikríza zdravotního stavu pacienta, údaje o dosavadní léčbě, výsledky vyšetření).

Razítko a podpis požadujícího – razítko a podpis požadujícího lékaře včetně telefonního spojení.

Díl B – vyplňuje poskytovatel:

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Čís. dokladu, Poř. č., IČP, Odbornost, Var. symbol a Datum.** Dále se vyplňuje:

Kód – kód provedeného výkonu podle číselníku „Zdravotní výkony“.

Poč. – celkový počet provedení výkonu ke stejnému datu. Pokud nebude údaj vyplněn, předpokládá se, že výkon byl proveden jednou.

Dne – den podepsání poukazu.

Razítko a podpis – razítko a podpis pracovníka zodpovědného za vyúčtování poskytnuté péče.

2.5.1 VZP-06k/2009 **Poukaz na vyšetření/ošetření K**

V dílu A požadující navíc vyplní:

Odeslán ad – specifikace oboru, případně konkrétního pracoviště, pro které je poukaz určen, eventuálně požadované či dohodnuté datum provedení požadavku.

Požadováno – křížkem v rámečku se označí příslušný požadavek, případně se slovy doplní jeho specifikace.

Doporučeno – křížkem v rámečku se označí příslušné doporučení, případně se slovy doplní jeho specifikace.

Důvod požadavku (doporučení) – medicínské zdůvodnění požadavku.

Pokud bylo poskytnuto **vyžádané ošetření:**

a) v průběhu hospitalizace pacienta vykáže poskytovatel tuto péči
- na dokladu 06, jsou-li požadující a poskytovatel péče z různých PZS (bez ohledu na počet potřebných návštěv);
- v řádku dokladu VZP-02 nebo 02s ošetřujícího (požadujícího) lékaře, v případě stejného PZS;

b) pokud pacient není hospitalizován
- na dokladu VZP-06 buď jednorázově, nebo s jednou následnou kontrolou;
- v řádku dokladu VZP-01, 01s ošetřujícího (požadujícího) lékaře ve stejném PZS. Pokud však nestačí dvě návštěvy pacienta, bude tato péče považována za převzetí do péče a poskytovatel ji vykáže na vlastním dokladu VZP-01, 01s.

V případě **převzetí do péče** na základě „doporučení převzetí do péče“ vykazuje poskytovatel tuto péči na vlastním dokladu VZP-01, 01s při převzetí do péče ambulantní, nebo na vlastním dokladu VZP-02, 02s při převzetí do péče lůžkové.

2.5.2 VZP-06z/2009 **Poukaz na vyšetření/ošetření Z**

V dílu A požadující dále vyplní:

Odeslán ad – specifikace oboru, případně konkrétního pracoviště, pro které je poukaz určen, eventuálně požadované či dohodnuté datum provedení požadovaného vyšetření.

Požadováno – křížkem v rámečku se označí příslušný předtištěný, případně slovy specifikovaný požadavek.

Jednoznačná specifikace požadovaného vyšetření

Speciální požadavek

Klinická diagnóza (slovy)

Důvod požadavku, ev. užší specifikace – medicínské zdůvodnění požadavku.

V dalších informacích o pacientovi musí být upozorněno na přítomnost cizích předmětů v těle pacienta, zejména kovových.

2.5.3 VZP-06ft/2026 **Poukaz na vyšetření/ošetření FT**

Požadující vyplní v dílu A dále tyto údaje:

Odeslán ad – doporučené rehabilitační pracoviště, eventuálně požadované či dohodnuté datum provedení požadavku, přičemž poukaz je platný 14 kalendářních dní a poskytování péče musí být zahájeno do 40 kalendářních dní od vystavení poukazu, indikovaná péče musí být poskytnuta do 5 měsíců od jeho vystavení.

Stav vyžadující FT – pro posouzení oprávněnosti indikace je rozhodující uvedení konkrétního stavu (nejčastěji specifikace poruchy funkce), který vyžaduje fyzioterapii nebo ergoterapii, a to včetně stručné epikrízy. Je možné přiložit popis výsledků provedených fyzikálních vyšetření či zobrazovacích metod, případně lze přiložit lékařské zprávy.

Účel, kterého má být dosaženo – lékařem očekávané cíle ergoterapie (např.: zvýšení soběstačnosti, zlepšení funkce ruky, výběr a nácvik používání vhodné kompenzační pomůcky) či fyzioterapie (např. zvýšení stability stoje, úprava stereotypu pohybu, zvýšení svalové síly).

Požadováno – pro úhradu zdravotní pojišťovnou je nezbytné, aby OL uvedl důvod požadavku a lokalizaci postižení pacienta. Dále může lékař nepovinně určit, zda je požadována ergoterapie, fyzikální terapie, kinezioterapie či jejich kombinace nebo uvést konkrétní zdravotní výkony z číselníku „Zdravotní výkony“ a jejich počet a opakování v jednotlivých dnech.

Pokud to OL při indikaci výslovně nevyloučil, lze za podmínky zachování účelu poskytování hrazených služeb vymezeného indikací poskytovat hrazené služby na základě indikace fyzioterapeuta, ergoterapeuta se specializovanou způsobilostí.

Ergoterapeut či fyzioterapeut se specializovanou způsobilostí není oprávněn dopisovat konkrétní rozsah péče do dílu A dokladu 06 Poukaz na vyšetření/ošetření FT. Navrhované konkrétní výkony a jejich frekvenci uvede ergoterapeut či fyzioterapeut se specializovanou způsobilostí do vlastní zdravotnické dokumentace a péči v tomto rozsahu vykáže zdravotní pojišťovně.

Rizika na straně pacienta, kontraindikace, upozornění – v rámci ochrany pacienta i provádějícího je nezbytné, aby předepisující uvedl kompletní relativní

kontraindikace a další stavy zvyšující riziko vzniku komplikací. Předepisující je povinen upozornit na nutnost kontroly krevního tlaku a pulsu, včetně přerušení fyzioterapie při překročení určitých hodnot. Dále je povinen uvést umístění kovů v těle, např. kardiostimulátoru. Předepisující též zaznamená profesionální či jiné specifikace, které mohou ovlivňovat způsob i cíl léčby. Případně lze uvést i limity terapie (např. ohledně zátěže, zakázané pohyby apod.).

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese – uvede se adresa v případě, kdy je požadováno poskytnutí fyzioterapie v domácím prostředí pojištěnce.

Lékařská kontrola dne – datum objednání k plánované kontrole lékařem.

2.5.4 VZP-06dp/2026 **Poukaz na vyšetření/ošetření DP**

V dílu A požadující dále vyplní:

Ad zařízení domácí péče – název a adresa zařízení domácí péče, které má požadovanou péči poskytovat, eventuálně požadované či dohodnuté datum začátku péče.

V případě delegované preskripce OL na sestru v domácí péči uvede OL v předpisu domácí péče (díl A dokladu 06dp) informaci o stanoveném rozsahu zdravotnických prostředků, které je sestra oprávněna konkrétnímu pacientovi předepisovat samostatně (pozn.: jedná se o vymezené ZP podle přílohy č. 1, oddílu C, tabulky č. 1 zákona č. 288/2025 Sb., o kategorizaci zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz hrazených z veřejného zdravotního pojištění). OL uvede také časové období, jehož se bude delegace preskripce na sestru v domácí péči týkat. Delegace preskripce se uplatní jen po dobu, na kterou je poskytování péče OL doporučeno (max. na dobu platnosti poukazu).

Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP – vyplňuje se vzestupně od čísla 1. Číslem 1 se opatří každý první poukaz, i pokud nenavazuje poukaz další. Pořadové číslo poukazu umožňuje vystavením následujícího poukazu prodloužit, změnit, event. ukončit předcházejícím poukazem vyžádanou péči (bez nutnosti vyplňovat na následujícím formuláři již uvedené a nezměněné informace o pacientovi s výjimkou údajů v záhlaví dílu A dokladu).

Nepřerušenou DP se rozumí péče vyžádaná poukazy, kdy následující poukaz je vystaven vždy nejpozději 1. den po skončení platnosti předchozího.

Následující poukaz ruší od data vystavení platnost poukazu předchozího a může být vystaven jen na základě nového lékařského vyšetření.

Platnost do – datum, do kterého je poukaz platný. Předpis domácí zdravotní péče všeobecným praktickým lékařem, u kterého je pacient registrován má platnost nejvýše 3 měsíce. Při indikaci OL v rámci hospitalizace má platnost nejvýše 14 dnů po ukončení hospitalizace. V případě doporučení domáčí péče OL v jiných odbornostech se lhůty pro poskytování domácí péče řídí platnou legislativou.

Informace o pacientovi:
Požadující vyplní všechny údaje potřebné pro kvalitní a účelné poskytování péče v domácím prostředí:

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon – přesná adresa, na které má být péče poskytována, případně telefonní číslo.

Další příslušníci domácnosti na této adrese – zaškrtne se „ano“, pokud žije ve stejné domácnosti další osoba.

Kontaktní osoba pro DP – jméno a příjmení kontaktní osoby, její vztah k pacientovi, v případě místa bydliště odlišného od pacientova i přesná adresa bydliště, případně telefonní číslo.

Pacient v péči pečovatelské služby – zaškrtne se „ano“, či „ne“.

Mobilita pacienta – zaškrtne se varianta „a“ v případě plně mobilního pacienta, v případě pacienta s omezenou mobilitou se zaškrtne „b“ a doplní se specifikací omezení mobility.

Smyslové omezení – v případě existence smyslového omezení se uvede, o jaké se jedná, jinak se uvede „není“.

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu – zaškrtne se varianta „a“ v případě pacienta schopného sebeobsluhy, v případě pacienta s omezenou schopností sebeobsluhy se zaškrtne „b“ a doplní se specifikace omezení.

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulinu a diety

Další informace – ostatní informace, které mohou ovlivnit kvalitu poskytování vyžádané péče.

Účel předepsané DP, kterého má být dosaženo – medicínské zdůvodnění a očekávaný efekt požadované domácí péče.

Požadováno – OL nepovinně určí konkrétní zdravotní výkony z číselníku „Zdravotní výkony“, slovní specifikaci požadavku, doporučený počet konkrétních výkonů v jednom dni a požadovanou frekvenci v týdnu. Pokud to OL při indikaci výslovně nevyloučil, lze za podmínky zachování účelu poskytování

hrazených služeb vymezeného indikací poskytovat hrazené služby na základě indikace všeobecné nebo dětské sestry se specializovanou způsobilostí poskytovatele domácí péče.

Všeobecná nebo dětská sestra se specializovanou způsobilostí není oprávněna dopisovat konkrétní rozsah péče do dílu A dokladu 06 Poukaz na vyšetření/ošetření DP. Navrhované konkrétní výkony a jejich frekvenci uvede všeobecná nebo dětská sestra se specializovanou způsobilostí do zdravotnické dokumentace a péči v tomto rozsahu vykáže zdravotní pojišťovně.

2.5.5 VZP-06orp/2026 Poukaz na vyšetření/ošetření ORP

ORP – je zkratka pro **o**šetřovatelskou a léčebně **r**ehabilitační **p**éči poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v lůžkových PZS v rámci zvláštní ambulantní péče.

V dílu A požadující dále vyplní:

Pořadové číslo poukazu nepřerušené ORP – vyplňuje se vzestupně od čísla 1. Číslem 1 se opatří každý první poukaz, i pokud nenavazuje poukaz další. Pořadové číslo poukazu umožňuje vystavením následujícího poukazu prodloužit, změnit, event. ukončit péči vyžádanou předcházejícím poukazem (bez nutnosti vyplňovat na následujícím formuláři již uvedené a nezměněné informace o pacientovi s výjimkou údajů v záhlaví dílu A dokladu). Nepřerušenou ORP se rozumí péče vyžádaná poukazy, kdy následující poukaz je vystaven vždy nejpozději 1. den po skončení platnosti předchozího.

Následující poukaz ruší od data vystavení platnost poukazu předchozího a může být vystaven jen na základě nového lékařského vyšetření.

Platnost do – datum, do kterého je poukaz platný. Předpis ORP ošetřujícím lékařem má platnost nejvýše 3 měsíce.

Informace o pacientovi:

Požadující ošetřující lékař vyplní všechny údaje potřebné pro kvalitní a účelné poskytování ORP v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo u lůžkových PZS. V případě, že půjde o indikaci ORP v rámci zvláštní ambulantní péče u lůžkových PZS, bude odbornost indikujícího i provádějícího pracoviště uvedená na dokladech 06 identická, tzn. „004“.

Mobilita pacienta – zaškrtne se příslušná varianta. V případě pacienta s omezenou mobilitou se doplní specifikací – konkretizací omezení mobility,

v případě, že je pacient zcela imobilní, se doplní slovně klinický nález – příčina imobility.

Smyslové omezení – v případě existence smyslového omezení se uvede, o jaké se jedná, jinak se uvede „není“.

Přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiných osob – zaškrtne se příslušná varianta. V případě, že se jedná o indikaci ORP u pacienta, který nemá stupeň závislosti (doposud) přiznaný, se vyplňuje dále uvedená „schopnost základní sebeobsluhy“.

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu – nevyplňuje se v případě, že se vyplňuje **přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiných osob.** Zaškrtne se příslušná varianta. V případě pacienta s omezenou schopností sebeobsluhy, resp. pacienta, který nemá žádnou schopnost sebeobsluhy (je zde prokazatelně vysoká závislost na pomoci druhé osoby) se doplní slovně klinický nález – příčina omezené či žádné schopnosti sebeobsluhy.

Údaje o současné medikaci a způsobu její aplikace, včetně aplikace inzulínu

Požadavek na aplikaci léku zdravotní sestrou je oprávněný jen ve výjimečných případech (odůvodněných zdravotním stavem pacienta), kdy je prokazatelně nutné podání LP pro vysoké riziko možných komplikací v případě, že by příslušný LP podán nebyl. Aplikace inzulínu zdravotní sestrou je odůvodněná v případě, že si ho pacient nemůže spolehlivě aplikovat sám.

Způsob podání stravy / výživy – doplní se slovně klinický nález – příčina indikace ošetřovatelské péče v případě, že v této souvislosti je indikován výkon odbornosti 913. Prostá potřeba krmení nebo kontrola, zda pacient jí, není medicínskou indikací pro ošetřovatelskou intervenci zajišťovanou kvalifikovaným zdravotnickým personálem.

Další informace – ostatní konkrétní a specifikované informace, které mohou ovlivnit poskytování vyžádané péče a jsou důležité pro její odůvodnění např. upozornění na inkontinenci a uvedení konkrétního stupně inkontinence, alergie atd.

Účel předepsané ORP, kterého má být dosaženo – medicínské zdůvodnění a očekávaný efekt požadované péče. Pozor, nelze indikovat péči ORP pro činnosti, které patří mezi základní povinnosti při poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo lůžkových ZZ a jsou z prostředků veřejného zdravotního pojištění **nehrazené** (pomoc při zvládání běžných úkonů

péče o vlastní osobu, pomoc při vlastní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, aktivizační činnosti, nácvik soběstačnosti apod.).

Požadováno – OL nepovinně určí konkrétní zdravotní výkony z číselníku „Zdravotní výkony“, slovní specifikaci požadavku, např. při opakované frekvenci během jednoho dne interval mezi jednotlivými výkony. Při indikaci léčebně rehabilitační péče (v odbornosti 913) je pak nezbytné specifikovat požadovanou proceduru, konkrétní techniku, metodu, oblast těla, délku trvání a požadovaný počet výkonů v jednom dni, resp. požadovanou frekvenci v týdnu. V případě, že OL uvedl konkrétní zdravotní výkony a je vzhledem ke zdravotnímu stavu odůvodněná indikace pro provedení výkonu v době od 22:00 do 6:00 a/nebo o sobotách a nedělích (svátcích), zaškrtnou se v daném řádku u příslušného čísla výkonu jedna nebo obě předepsané kolonky „křížkem“. Při indikaci bonifikačních čísel výkonů se musí jednat o ojedinělé, zdravotním stavem řádně a prokazatelně odůvodněné situace, zejména v nočních hodinách.

Pokud to OL při indikaci výslovně nevyloučil, lze za podmínky zachování účelu poskytování hrazených služeb vymezeného indikací poskytovat hrazené služby na základě indikace všeobecné nebo dětské sestry se specializovanou způsobilostí v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Všeobecná nebo dětská sestra se specializovanou způsobilostí není oprávněna dopisovat konkrétní rozsah péče do dílu A dokladu 06 Poukaz na vyšetření/ošetření ORP. Navrhované konkrétní výkony a jejich specifikaci uvede všeobecná nebo dětská sestra se specializovanou způsobilostí do zdravotnické dokumentace a péči v tomto rozsahu vykáže zdravotní pojišťovně. Při indikaci léčebně rehabilitační péče všeobecnou nebo dětskou sestrou se specializovanou způsobilostí je pak nezbytné do zdravotnické dokumentace specifikovat požadovanou proceduru, konkrétní techniku, metodu, oblast těla, délku trvání a požadovaný počet výkonů v jednom dni, resp. požadovanou frekvenci v týdnu.

2.6. VZP-08/2006 **Průvodní list dávky**

Vyplňuje se:

Číslo dávky – jednoznačné číslo dávky v rámci PZS a roku.

IČZ – identifikační číslo PZS (viz kap. II. 1. Společné zásady).

Charakter dávky – určuje stav předkládaných dokladů v dávce:

P – původní, tj. taková dávka, která obsahuje doklady poprvé předkládané;

O – opravná, tj. taková dávka, která obsahuje doklady opravené (nevztahuje se na recepty a poukazy na ZP).

Typ dávky (viz kap. III. 1. Dávky).

Období – označuje měsíc, ve kterém byly předkládané doklady uzavřeny. Datem uzavření se rozumí datum posledního vyúčtovaného kontaktu OL s pacientem nebo datum výdeje LP či ZP. Pokud je smluvně dohodnuté účtovací období delší než jeden měsíc, uvádí se dvojčíslí posledního kalendářního měsíce účtovaného období. Údaj se zapisuje ve tvaru MMRRRR.

Počet listů v dávce – celkový počet listů všech dokladů v dávce; slouží ke kontrole kompletnosti předávané dávky.

V případě předávání dávek na datovém nosiči se uvádí počet dokladů v dávce.

Celková hodnota dávky – je možno uvést celkovou hodnotu dokladů v dávce v členění:

hodnota v bodech;

hodnota v Kč za LP, přímo účtovaný materiál atd. (do této hodnoty se nezahrnují body v Kč).

Průvodní list dávky se opatřuje čitelným otiskem razítka, datem a podpisem statutárního zástupce PZS nebo pověřeného pracovníka s delegovanou pravomocí k podpisu.

2.7. VZP-09/2006 **Průvodní list datového nosiče**

Vyplňuje se:

Počet předaných dávek – uvede se celkový počet předávaných dávek.

IČZ – identifikační číslo PZS (viz kap. II. 1. Společné zásady).

Průvodní list datového nosiče se opatřuje čitelným otiskem razítka, datem a podpisem statutárního zástupce PZS nebo pověřeného pracovníka s delegovanou pravomocí k podpisu.

2.8. VZP-10/2025 **Recept**

Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplní lékař **Kód pojišťovny, Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), Dne, Razítko poskytovatele, Jmenovka, podpis a telefon lékaře, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.**

Lékař dále předepíše předpis hromadně vyráběného LP chráněným názvem, lékovou formou, koncentrací (sílou), velikostí balení, individuálně připravovaný LP s použitím lékopisných názvů nebo jejich synonym nebo zkratek uvedených v lékopisu a příp. uvede požadovaný symbol:

- „**(!)**“, jde-li o záměrné překročení nejvyšší dávky LP určené lékopisem, překročení dávkování musí být vypsána slovy v jazyce latinském;
- Pokud právní předpis nestanoví jinak, uvede se text:
  - „**Nezaměňovat**" v případě, kdy lékař trvá na vydání předepsaného LP;
  - „**Zvýšená úhrada“,** jde-li o předpis LP, který má podle jiného právního předpisu stanovenou zvýšenou (druhou) úhradu, nebo „Zvýšená třetí úhrada“ jde-li o předpis LP, který má podle jiného právního předpisu třetí úhradu, a předpisující lékař požaduje využití jedné z těchto zvýšených úhrad;
  - Případně oba symboly (texty);
- „**Pohotovost**“, jde-li o recept vystavený LPS včetně zubní péče nebo lůžkovou pohotovostní službou;
- „**Neodkladná péče**“, je-li LP předepsán na účet veřejného zdravotního pojištění nesmluvním lékařem v rámci jím poskytnuté nutné a neodkladné péče;
- **Diagnóza** – uvádí se povinně hlavní diagnóza vážící se k předepisovanému LP, pokud je u něj požadována zvýšená úhrada;
- V případě, že předepisuje LP, jehož úhrada z veřejného zdravotního pojištění je z hlediska jeho odbornosti omezena (omezená preskripce) uvede na druhou stranu tiskopisu:
  - jméno, případně jména, příjmení a odbornost lékaře, který předpis LP doporučil a jeho **IČP**;
  - nebo označení „Na doporučení odborného lékaře“ spolu s jeho **IČP**. Doporučení odborného lékaře musí být nejpozději v den předepsání LP založeno ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

  V případě omezené preskripce lze na recept předepsat dva různé LP, jen pokud je u nich doporučující lékař stejný.
- Návod k použití LP.

– Jestliže se má výdej LP opakovat, uvede předepisující lékař na receptu pokyn k opakovanému výdeji, a to příznakem „**Opakovací recept**“, a doplní údaj o celkovém počtu výdejů.

  V tomto případě lze na recept předepsat dva různé LP, jen pokud mají stejný počet opakování.

Poř. č. – dle kap. II. 1. Společné zásady.

Sk. – kód podle číselníku „Skupiny číselníků léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků“. Na recept je možné předepsat pouze LP skupiny 1 (hromadně vyráběné LP) a 2 (individuálně vyráběné LP).

Kód – kód vydaného LP podle příslušného číselníku léčivých přípravků.

Úhrada – uvede se úhrada vydaného množství LP, kterou je lékárna oprávněna nárokovat zdravotní pojišťovně vyjma úhrady za signální výkon a doplatku nad ochranný limit pojištěnce.

Doplatek do limitu – částka doplatku započitatelného do ochranného limitu pojištěnce, uhrazená pojištěncem nebo jeho zákonným zástupcem lékárně při nepřekročení ochranného limitu pojištěnce.

Doplatek nad limit – částka doplatku započitatelného do ochranného limitu pojištěnce, kterou z důvodu překročení ochranného limitu pojištěnce uhradí zdravotní pojišťovna lékárně.

Vydal – podpis osoby, která vydala LP.

Razítko výdejce – dle kap. II. 1. Společné zásady.

Pokud je LP doprodáván za původní (vyšší) cenu dle platného Cenového předpisu (v současnosti režim tříměsíčního doprodeje v případě změny maximální ceny), tak lékárna na receptu u příslušného předepisovaného LP uvede slovo „**Doprodej**“.

Druhá strana receptu je vyhrazena pro záznamy zdravotní pojišťovny, pro vyznačení delegované preskripce a pro záznamy lékárny.

V případě použití tiskopisu pro výpis z receptu se v lékárně pořizuje výpis LP z receptu takto:

- na tiskopisu se přeškrtne nadpis „RECEPT“ a doplní slovo „výpis“;
- dále se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vypisovanému LP;
- do spodní části tiskopisu se navíc uvede kdy (vystaveno dne) a kým (lékař a IČP) byl původní předpis vystaven;

- do řádku „Dne“ se uvede datum pořízení výpisu;
- pořízení výpisu se potvrdí podpisem a razítkem lékárny.

Upozornění: Lékárna nemusí na papírový tiskopis receptu (výpisu) dopisovat ty údaje, které předává zdravotní pojišťovně v elektronické podobě. Výjimkou je položka „Poř. č.“, záměna předepsaného LP a taxace v případě II. 2.8. VZP-10/2024 Receptu, respektive výpisu na individuálně připravovaný LP.

2.9. VZP-12/2022 Poukaz na brýle a optické pomůcky

Poukaz je oboustranný tiskopis, který se použije k vykazování pouze jedné optické pomůcky a je výdejcem vykázán až po vydání optické pomůcky pojištěnci.

Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplní lékař nebo zubní lékař (dále jen lékař) nebo jiný zdravotnický pracovník se specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilostí podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (dále jen předepisující) na přední straně poukazu **Kód pojišťovny, IČP, Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), Dg., Dne vystavení poukazu, Razítko poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře/předepisujícího, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.** Lékař/předepisující dále vyplní:

Předpis – předepisovaná skla a jiné optické pomůcky. Pokud je zaškrtnuta výměna skel, nelze uplatnit nárok na obrubu, a opačně.

Záměna prostředku – pokud předepisující s ohledem na zdravotní stav pacienta nebo oprávněná osoba zdravotní pojišťovny v rámci souhlasu s úhradou prostředku z veřejného zdravotního pojištění trvá na vydání předepsaného prostředku, uvede se na poukazu text **„Nezaměňovat“**.

Výše a podmínky úhrady – na volné místo na poukazu se pod větou „Výše a podmínky úhrady“ uvedou údaje vztahující se k výši a podmínkám úhrady předepsaného prostředku z veřejného zdravotního pojištění, a to včetně vyznačení jiné než první úhrady podle seznamu všech zdravotnických prostředků hrazených na základě předepsání na poukaz vydávaného podle zákona č. 48/1997 Sb. (příznak 2. a 3. úhrady se uvede v podobě „druhá úhrada“, nebo „třetí úhrada“).

Lékař/předepisující je povinen požádat pacienta, aby na zadní stranu poukazu potvrdil prohlášení o tom, zda brýle nebo optickou pomůcku dostává poprvé, či kdy naposledy dostal optickou pomůcku určitého typu, brýle nebo pouze skla.

Výdejce pomůcky vyplní:

Přední strana poukazu:

Poř. č. – dle kap. II. 1. Společné zásady.

Kód – kód podle číselníku "Zdravotnické prostředky".

Záměna prostředku – provedenou záměnu vydávající vyznačí na poukazu.

Úhrada – úhrada jednotlivých položek předkládaná výdejcem pomůcky k úhradě zdravotní pojišťovně.

Doplatek pojištěnce – doplatek pojištěnce rovnající se rozdílu mezi celkovou cenou optické pomůcky a úhradou zdravotní pojišťovny.

Zadní strana poukazu:

Datum uplatnění – datum uplatnění poukazu na brýle a optické pomůcky (tzn. datum předložení poukazu pojištěncem u výdejce poukazu).

Výdejce si nechá potvrdit od pojištěnce převzetí pomůcky v části „**Potvrzuji, že mi byly vydány"**:

A) celé brýle;

B) výměna skel do vlastní obruby, zatržením jedné z obou alternativ;

C) jiná optická pomůcka: název pomůcky.

Dne – datum vydání optické pomůcky.

Razítko oční optiky – dle kap. II. 1. Společné zásady razítko výdejce.

Není-li u osoby oprávněné k výdeji zdravotnického prostředku k dispozici předepsané množství nebo druh pomůcky, vystaví tato osoba na chybějící pomůcku výpis z poukazu; na původní poukaz se uvede poznámka „Pořízen výpis". Pro výpis se použije nový tiskopis „Poukaz na brýle a optické pomůcky" s tím, že:

- do volného prostoru pod okénko s textem „POUKAZ NA BRÝLE A OPTICKÉ POMŮCKY" se uvede slovo „výpis";
- dále se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vypisované pomůcce;
- do části „Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny" na rubové straně tiskopisu se navíc uvede kdy (vystaveno dne) a kým (lékař/předepisující a IČP) byl původní poukaz vystaven;
- do řádku „Dne" na lícové straně tiskopisu se uvede datum pořízení výpisu;
- pořízení výpisu se potvrdí podpisem a razítkem PZS pořizujícího výpis.

Kromě výše uvedeného způsobu pořízení výpisu na tiskopis je možné výpis pořídit formou kopie poukazu. V tomto případě musí vydávající dodržet následující postup:

- kopie poukazu musí být oboustranná;
- na kopii uvede slovo „Výpis“;
- na kopii škrtne údaje, které nejsou rozhodné pro vypisovanou pomůcku;
- přední stranu kopie opatří datem vystavení výpisu a razítkem PZS včetně podpisu osoby, která výpis pořizuje;
- standardním způsobem se vyznačí výdej a uplatnění poukazu, tj. uvede se datum výdeje a uplatnění, razítko vydávajícího PZS a podpis vydávajícího.

Pozn.: Pro výpis z poukazu se používá stejné DR jako pro poukaz a předává se v dávce poukazů na brýle a optické pomůcky.

2.10. VZP-13/2022 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

Poukaz je tiskopis, který se používá k vyúčtování pouze jednoho druhu ZP a je výdejcem vykázán až po vydání ZP pojištěnci. Opravy ZP, pokud jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, se vyúčtují na samostatném poukazu pod kódem opravy dle číselníku „Zdravotnické prostředky“.

Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplní lékař nebo zubní lékař (dále jen lékař) nebo jiný zdravotnický pracovník se specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilostí podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (dále jen předepisující) na **přední straně** poukazu **Kód pojišťovny, IČP, Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), Dg., Dne vystavení poukazu, Razítko poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře/předepisujícího, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.**

IČP delegujícího OL – v případě delegované preskripce OL na sestru v domácí péči uvede předepisující (sestra v domácí péči) IČP OL, který předpis zdravotnického prostředku sestrou v domácí péči doporučil.

<u>Lékař/předepisující dále na poukazu vyplňuje</u>:

Druh a označení pomůcky – název pomůcky podle číselníku „Zdravotnické prostředky“.

Sk – skupina ZP dle číselníku „Zdravotnické prostředky“ (atribut TYP).

Kód – kód podle číselníku „Zdravotnické prostředky“.

Počet – předepisované množství v poměru k jednotkám uvedeným v číselníku „Zdravotnické prostředky“ v poli TBAL. Rozsah údaje je 5 znaků, 3 celá čísla a 2 místa desetinná.

Pomůcka trvalá, dočasná – způsobem uvedeným na tiskopise se vyznačí, zda předávaná pomůcka, označená v číselníku „Zdravotnické prostředky“ jako zapůjčovaná, je pacientovi dána do trvalého užívání (zapůjčena na dobu neurčitou), nebo zapůjčena na omezenou dobu.

Pomůcka dočasná na počet měsíců – počet měsíců, na který se předpokládá zapůjčení dočasné pomůcky.

Výše a podmínky úhrady – na volné místo na poukazu se pod větou „Výše a podmínky úhrady“ uvedou údaje vztahující se k výši a podmínkám úhrady předepsaného prostředku z veřejného zdravotního pojištění, a to včetně vyznačení jiné než první úhrady podle seznamu všech zdravotnických prostředků hrazených na základě předepsání na poukaz vydávaného podle zákona č. 48/1997 Sb. (příznak 2. a 3. úhrady se uvede v podobě „druhá úhrada“, nebo „třetí úhrada“).

U skupiny „ZP 02.01.01 - ZP absorpční“ pro inkontinentní pacienty lékař/předepisující uvede stupeň postižení inkontinence, od kterého se dále odvíjí úhrada:

1. úhrada – na tiskopis se uvede „Inkontinence I. stupně“
2. úhrada – na tiskopis se uvede „Inkontinence II. stupně“
3. úhrada – na tiskopis se uvede „Inkontinence III. stupně“

Záměna prostředku – pokud předepisující s ohledem na zdravotní stav pacienta nebo oprávněná osoba zdravotní pojišťovny v rámci souhlasu s úhradou prostředku z veřejného zdravotního pojištění trvá na vydání předepsaného prostředku, uvede se na poukazu text **„Nezaměňovat“**.

Na zadní straně poukazu na předtištěných schématech vyznačí lékař/předepisující doplňující informace o předepsané pomůcce a zároveň zde pacient svým podpisem potvrdí prohlášení, kdy naposledy obdržel pomůcku (s výjimkou skupiny obvazů). Je-li poukaz vytisknut pomocí PC bez podtisku rubové strany, tak se při vyplňování výše uvedených údajů dodržuje značení velikostí předepsané pomůcky dle doporučeného vzoru tiskopisu poukazu.

Lékař/předepisující, výdejce nebo zdravotní pojišťovna doplní na přední straně poukazu

Vlastnictví zdravotní pojišťovny ANO/NE – způsobem uvedeným na tiskopise se vyznačí, zda předávaný zdravotnický prostředek je pojištěnci vydán (vlastníkem je pojištěnec) nebo zapůjčen (vlastnictví zdravotní pojišťovny).

Ev. č. – u zapůjčovaných zdravotnických prostředků, respektive jejich oprav, u sériově vyráběných zdravotnických prostředků, u kterých je úhrada oprav uvedena v zákoně č. 48/1997 Sb., se uvede dvanáctimístné evidenční číslo pomůcky ve tvaru, kde:

prvních 5 míst je smluvní číslo dodavatele;

dalších 7 míst je číslo ZP přidělené dodavatelem. Zarovnává se doleva.

Výdejce pomůcky dále doplní na přední straně poukazu, a to i v případě vyúčtování opravy, údaje:

Poř. č. – dle kap. II. 1. Společné zásady.

Pomůcka nová/repasovaná – způsobem uvedeným na tiskopise vyznačí, zda pojištěnci zapůjčená pomůcka je nová, nebo repasovaná.

Pozn.: Pokud není na formuláři vyhrazen prostor pro uvedení dvou předchozích údajů, vepíší se do volného místa uvozené zkratkou ev. č. Při neuvedení, že se jedná o novou pomůcku, má se za to, že je repasovaná. Například ev. č. 223592456123, nová.

Záměna prostředku – provedenou záměnu vydávající vyznačí na poukazu.

Úhrada – úhrada vydaného množství pomůcky, kterou je lékárna nebo výdejna oprávněna nárokovat na zdravotní pojišťovně.

Doplatek pojištěnce – doplatek pojištěnce rovnající se rozdílu mezi celkovou cenou pomůcky a úhradou zdravotní pojišťovny.

Datum uplatnění – datum uplatnění poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku (tzn. datum předložení poukazu pojištěncem u výdejce poukazu).

Pozn.: pro účely úhrady nájemného pronajímaných zdravotnických prostředků je v případě opakovaně vykázaného dokladu datum uplatnění plněno hodnotou prvního dne měsíce, za který je pronájem zdravotnického prostředku zdravotní pojišťovně účtován (platí pouze pro zdravotnické prostředky skupiny 10 – ZP respirační, inhalační a pro aplikaci enterální výživy, které mají podle přílohy č. 3, oddílu C, tabulky č. 1 zákona č. 48/1997 Sb., definovanou výši úhradového limitu bez DPH na 1 den pronájmu).

Razítko výdejce – dle kap. II. 1. Společné zásady. U evidovaných pomůcek pacient na zadní straně poukazu svým druhým podpisem potvrdí převzetí předepsané pomůcky.

Pomůcku převzal dne – datum převzetí (vydání) pomůcky.

Není-li u osoby oprávněné k výdeji zdravotnického prostředku k dispozici předepsané množství nebo druh pomůcky, vystaví tato osoba na chybějící pomůcku výpis z poukazu; na původní poukaz se uvede poznámka „Pořízen výpis“. Pro výpis se použije nový tiskopis „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“ s tím, že:

- do volného prostoru vpravo za okénkem s textem „POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU“ se uvede slovo „výpis“;
- dále se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vypisované pomůcce;
- do části „Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny“ se navíc uvede kdy (vystaveno dne) a kým (lékař/předepisující a IČP) byl původní poukaz vystaven;
- do řádku „Dne“ na lícové straně tiskopisu se uvede datum pořízení výpisu;
- pořízení výpisu se potvrdí podpisem a razítkem PZS pořizujícího výpis.

Kromě výše uvedeného způsobu pořízení výpisu na tiskopis je možné výpis pořídit formou kopie poukazu. V tomto případě musí vydávající dodržet následující postup:

- na kopii uvede slovo „Výpis“;
- na kopii škrtne údaje, které nejsou rozhodné pro vypisovanou pomůcku (původně uvedené množství) a uvede vypisované množství;
- přední stranu kopie opatří datem vystavení výpisu a razítkem PZS včetně podpisu osoby, která výpis pořizuje;
- standardním způsobem se vyznačí výdej a uplatnění poukazu, tj. uvede se datum výdeje a uplatnění, razítko vydávajícího PZS a podpis vydávajícího.

Upozornění: Lékárna či výdejna nemusí na papírový tiskopis poukaz dopisovat ty údaje, které předává zdravotní pojišťovně v elektronické podobě. Výjimkou je položka „Poř. č.“.

Pozn.: Pro výpis z poukazu se používá stejné DR jako pro poukaz a předává se v dávce poukazů na léčebnou a ortopedickou pomůcku.

2.11. VZP-13P/2006 Přehled vrácených zdravotnických prostředků

Doklad vyplňuje dodavatel ZP, který dle smlouvy s VZP zajišťuje zapůjčování a cirkulaci ZP označených v číselníku „Zdravotnické prostředky“ symbolem „R“.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňuje **IČZ, Číslo pojištěnce, Kód, Dne, Razítko výdejce.** Dále se vyplňuje:

za měsíc____ rok____ – měsíc a rok vrácení ZP.

Název a adresa dodavatele ZP – úplný název a adresa.

Evidenční číslo ZP – dvanáctimístné evidenční číslo pomůcky ve tvaru, kde:

prvních 5 míst je smluvní číslo dodavatele;

dalších 7 míst je číslo ZP přidělené dodavatelem. Zarovnává se doleva.

Datum vrácení – ve tvaru DDMMRR, kdy byla pomůcka vrácena dodavateli.

Sdělení – místo pro poznámky.

Vystavil – jméno pracovníka.

2.12. VZP-14/2022 Poukaz na foniatrickou pomůcku

Poukaz je tiskopis, který se používá k vyúčtování pouze jednoho druhu foniatrické pomůcky a je výdejcem vykázán až po vydání foniatrické pomůcky pojištěnci.

Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplní lékař nebo zubní lékař (dále jen lékař) nebo jiný zdravotnický pracovník se specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilostí podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (dále jen předepisující): **Kód pojišťovny, IČP, Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), Dg., Dne vystavení poukazu, Razítko poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře/předepisujícího.** Lékař/předepisující dále vyplní údaje:

Indikační skupina – číselný kód podle číselníku „Zdravotnické prostředky“ označující stupeň postižení pacienta.

Max. úhrada – informativní údaj podle číselníku „Zdravotnické prostředky“ o výši úhrady, kterou na sluchadlo poskytuje zdravotní pojišťovna.

Značka sluchadla – značka a slovní popis sluchadla.

Kód – kód podle číselníku „Zdravotnické prostředky“.

Příslušenství – slovní popis doplňků pomůcky.

Záměna prostředku – pokud předepisující s ohledem na zdravotní stav pacienta nebo oprávněná osoba zdravotní pojišťovny v rámci souhlasu s úhradou prostředku z veřejného zdravotního pojištění trvá na vydání předepsaného prostředku, uvede se na poukazu text **„Nezaměňovat“**.

V dolní části poukazu si lékař/předepisující nechá potvrdit od pacienta prohlášení o tom, ve kterém roce dostal naposledy sluchadlo. Na zadní straně vyplňuje

lékař/předepisující schémata audiometrického vyšetření a slovní audiometrie se sluchadlem. Nutno uvést tři typy vyzkoušených sluchadel stejné kategorie.

Výše a podmínky úhrady – na volné místo na poukazu se pod větou „Výše a podmínky úhrady“ uvedou údaje vztahující se k výši a podmínkám úhrady předepsaného prostředku z veřejného zdravotního pojištění, a to včetně vyznačení jiné než první úhrady podle seznamu všech zdravotnických prostředků hrazených na základě předepsání na poukaz vydávaného podle zákona č. 48/1997 Sb. (příznak 2. a 3. úhrady se uvede v podobě „druhá úhrada“, nebo „třetí úhrada“).

Výdejce pomůcky doplní na přední straně poukazu údaje:

Úhrada – úhrada jednotlivých položek předkládaná výdejcem sluchadla k úhradě zdravotní pojišťovně.

Doplatek pojištěnce – doplatek pojištěnce rovnající se rozdílu mezi celkovou cenou sluchadla a úhradou zdravotní pojišťovny.

Datum uplatnění – datum uplatnění poukazu na foniatrickou pomůcku (tzn. datum předložení poukazu pojištěncem u výdejce poukazu).

Záměna prostředku – provedenou záměnu vydávající vyznačí na poukazu.

Výdejce si dále nechá potvrdit od pojištence převzetí pomůcky v části **„Potvrzuji, že mi bylo vydáno“**:

A) **sluchadlo** nebo

B) **příslušenství ke sluchadlu** – zatržením.

Dne – uvede se datum vydání pomůcky.

Podpis – podpisem stvrdí pojištěnec převzetí výrobku.

Razítko výdejce – razítkem dle kap. II. 1. Společné zásady a podpisem potvrdí výdejce pomůcky její vydání pojištěnci.

Není-li u osoby oprávněné k výdeji zdravotnického prostředku k dispozici předepsané množství nebo druh pomůcky, vystaví tato osoba na chybějící pomůcku výpis z poukazu; na původní poukaz se uvede poznámka „Pořízen výpis“. Pro výpis se použije nový tiskopis „Poukaz na foniatrickou pomůcku“ s tím, že:

- do volného prostoru vpravo za okénkem s textem „POUKAZ NA FONIATRICKOU POMŮCKU“ se uvede slovo „výpis“;
- dále se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vypisované pomůcce;

- do části „Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny“ se navíc uvede kdy (vystaveno dne) a kým (lékař/předepisující a IČP) byl původní poukaz vystaven;
- do řádku „Dne“ v horní části tiskopisu se uvede datum pořízení výpisu;
- pořízení výpisu se potvrdí podpisem a razítkem PZS pořizujícího výpis.

Kromě výše uvedeného způsobu pořízení výpisu na tiskopis je možné výpis pořídit formou kopie poukazu. V tomto případě musí vydávající dodržet následující postup:

- na kopii uvede slovo „Výpis“;
- na kopii škrtne údaje, které nejsou rozhodné pro vypisovanou pomůcku;
- kopii opatří datem vystavení výpisu a razítkem PZS včetně podpisu osoby, která výpis pořizuje;
- standardním způsobem se vyznačí výdej a uplatnění poukazu, tj. uvede se datum výdeje a uplatnění, razítko vydávajícího PZS a podpis vydávajícího.

Pozn.: Pro výpis z poukazu se používá stejné DR jako pro poukaz a předává se v dávce poukazů na foniatrickou pomůcku.

2.13. VZP-15/2025 Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči

Zákon č. 48/1997 Sb. v platném znění a Vyhláška č. 2/2015 Sb. o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče rozlišují v návrhové činnosti pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči dvě kategorie lékařů:

a) doporučující lékař – určen Vyhláškou č. 2/2015 Sb. pro jednotlivé indikace;
b) navrhující lékař – lékař registrujícího poskytovatele (registrující praktický lékař), lékař ambulantního poskytovatele, který poskytnutí léčebně rehabilitační péče jako hrazené ze zdravotního pojištění doporučil, nebo ošetřující lékař při hospitalizaci (dále také jako navrhující lékař) – určen zákonem.

V případech, kdy doporučujícím lékařem je registrující praktický lékař, lékař ambulantního poskytovatele nebo ošetřující lékař při hospitalizaci, stává se pro potřebu návrhové činnosti jak doporučujícím, tak navrhujícím lékařem, se současným splněním všech povinností, které má navrhující lékař uvedené v Metodice a v Příloze č. 5 zákona č. 48/1997 Sb.

Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči (dále jen návrh), jež podává navrhující lékař prostřednictvím formuláře zdravotní pojišťovny, musí být kompletně buď v papírové, nebo elektronické formě, a to včetně příloh.

Lázeňskou léčebně rehabilitační péči včetně určení stupně naléhavosti poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu doporučuje pojištěnci ošetřující (doporučující) lékař přímo na návrhu v části lékařská zpráva, nebo formou přílohy.

Návrh i případná příloha musí vždy obsahovat jednoznačnou identifikaci doporučujícího ošetřujícího lékaře (IČP, odbornost, podpis lékaře).

Doporučující a navrhující ošetřující lékař je povinen mít základní údaje o doporučení lázeňské léčebně rehabilitační péče ve zdravotní dokumentaci pojištěnce (doporučení indikační skupiny a odpovídající diagnózy pro tento pobyt, formu pobytu, délku pobytu v případě příspěvkové péče poskytované jako opakovaný pobyt, případně informaci o nutnosti a důvodech průvodce).

Není-li doporučující lékař zároveň navrhujícím, je povinen zajistit předání doporučení bezprostředně nejpozději do 5 pracovních dnů registrujícímu praktickému lékaři, případně jinému lékaři ambulantního poskytovatele (navrhujícímu lékaři).

V návrhu musí být do předtištěných míst vyplněny všechny požadované údaje, nehodící se údaje je nutno proškrtnout. Návrh je možné vyplnit též podle osnovy (viz lékařská zpráva). Nevyplňují se části vyhrazené zdravotní pojišťovně a LZ.

V případě, že navrhující lékař zjistí kontraindikace lázeňské léčebně rehabilitační péče, vrátí doporučení zpět ošetřujícímu lékaři. Navrhující lékař zajistí veškerá potřebná vyšetření, resp. stanoviska stanovená Vyhláškou č. 2/2015 Sb. a Přílohou č.5 k zákonu č. 48/1997 Sb. v platném znění dle požadované indikace.

Před odesláním řádně vystaveného a lékařem potvrzeného návrhu na příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny si navrhující lékař ponechá kopii návrhu, která po doplnění evidenčního čísla zůstává ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

Není-li navrhující lékař zároveň doporučujícím, pak zajistí předání lékařské zprávy z lázeňského léčení doporučujícímu ošetřujícímu lékaři.

Zdravotní pojišťovna po ověření, zda jde o jejího pojištěnce, převezme návrh s tím, že příslušnost pobočky zdravotní pojišťovny se zde řídí podle příslušnosti navrhujícího lékaře.

Po schválení návrhu zdravotní pojišťovnou se uchová kopie návrhu pro potřeby zdravotní pojišťovny. Návrh se předkládá určenému LZ, které po vyplnění adresy PZS a termínu nástupu zajistí předvolání pacienta prostřednictvím kopie návrhu, případně zvacím dopisem obsahujícím relevantní údaje včetně poučení pacienta. Návrh zůstává v evidenci příslušného oddělení lázní, a kopie v dokumentaci lázeňského ošetřujícího lékaře. Tento režim se vztahuje na komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči, u příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče je režim upraven s určitými odchylkami (viz Komentář k příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péči).

Pro vyplnění a vystavení Návrhu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči dále platí:

Řádně vyplněný návrh – podle níže uvedených pravidel Metodiky – navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka PZS. Bez těchto náležitostí, jakož i data vystavení, zdravotní pojišťovna návrh nepřevezme.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **IČP** a **Odbornost** navrhujícího lékaře. Dále se uvádí:

Ev. č. – evidenční číslo doplňují dle svých potřeb příslušní lékaři a odborní pracovníci.

Čís. vysílajícího ÚP – uvede se číslo vysílající pobočky zdravotní pojišťovny, která schvaluje poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče.

Pacient – uvede se příjmení a jméno, číslo pojištěnce, úplná a přesná adresa bydliště včetně PSČ. Jako součást adresy bydliště se uvede telefonní číslo a e-mailová adresa, pokud jsou známy.

Zák. zástupce – je-li pacientem nezletilé dítě nebo jiná osoba nezpůsobilá k právním úkonům, uvedou se všechny předtištěné údaje o zákonném zástupci pacienta.

Podpis pojištěnce/zák. zástupce – svým podpisem pojištěnec/zákonný zástupce souhlasí s textem žádosti o povolení pobytu pacienta, pojištěnce zdravotní pojišťovny, v léčebně rehabilitační péči, včetně prohlášení. Pojištěnec/zákonný zástupce svým podpisem rovněž potvrzuje, že byl upozorněn na právní důsledky nedodržení léčebného režimu v léčebně rehabilitační péči.

V případě elektronicky podaného návrhu prostřednictvím DR zajistí navrhující lékař seznámení pacienta se všemi skutečnostmi vyplněného návrhu a s obsahem prohlášení. Splnění této povinnosti průkazně uvede ve zdravotnické dokumentaci.

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy) – zdravotní stav pacienta je třeba popsat slovy, nestačí pouhý kód Dg. Tyto informace slouží k lepší orientaci zdravotní pojišťovny i LZ.

Indikace – uvede se kód podle Indikačního seznamu. **Důležité upozornění:** před předtištěný obdélník pro vyplnění indikace je nutné v případě příspěvkové péče poskytované jako opakovaný pobyt doplnit údaj o délce léčebného pobytu – jde o údaje uvedené ve sloupci č. 3, respektive č. 4 Indikačního seznamu.

vzor: 21 VII/1 nebo 14 VII/1

Dg. – kód Dg. nemoci podle MKN, pro kterou je pacient k lázeňské léčebně rehabilitační péči indikován.

Komplexní – příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče – nepožadovaný, nehodící se typ lázeňské péče se proškrtne.

I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče – nevhodné se proškrtne. Jako příklad lze uvést dětského pacienta, který se vyznačí proškrtnutím volby „I.“ i „II.“.

Vyznačení pořadí naléhavosti **I.** vyžaduje dodržet termín nástupu lázeňské léčebně rehabilitační péče do jednoho měsíce ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou. Datum nástupu a název LZ doplní po předchozím projednání s lázněmi přímo PZS. Vystavený a takto doplněný návrh odešle PZS na pracoviště zdravotní pojišťovny podle svého sídla v dostatečném časovém předstihu. A to tak, aby pacient odjel do lázní vybaven nejen propouštěcí zprávou, ale i potvrzeným návrhem od zdravotní pojišťovny. Do tohoto stupně naléhavosti patří také překlady z lůžka na lůžko, kdy vystavený návrh nevyžaduje schválení zdravotní pojišťovnou.

Vyznačení pořadí naléhavosti **II.** vyžaduje dodržet termín nástupu lázeňské léčebně rehabilitační péče nejpozději do tří měsíců ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou.

Vyznačení pořadí naléhavosti **D** znamená, že se jedná o dětského pacienta nebo dorost do 18 let, kdy je nutné dodržet termín nástupu nejpozději do šesti měsíců ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou. Věkovou hranicí pro nástup na lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost se rozumí den dovršení 18 let.

Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče – ANO, **NE –** nevhodné se proškrtne. Průvodcem se rozumí osoba zletilá, způsobilá k právním

úkonům. Přepravu a pobyt průvodci hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn pacient, kterému je doprovod indikován a schválen zdravotní pojišťovnou.

Doporučené místo pro lázeňskou léčbu – vyplňuje se v případě preference lázeňského místa, jinak zůstane nevyplněno.

Dne – uvede se datum vystavení návrhu. Od data vystavení návrhu je povinen navrhující lékař zajistit předání návrhu do 5 pracovních dnů na zdravotní pojišťovnu.

Razítko a podpis – navrhujícího nebo doporučujícího lékaře či lékařů.

Potvrzení odborníka pro nemoci z povolání – v případě, že lázeňská léčebně rehabilitační péče je indikována pro nemoc z povolání a navrhující lékař není odborníkem pro nemoci z povolání, je navrhující lékař povinen zajistit potvrzení návrhu odborníkem ještě před datováním návrhu. Potvrzení nemusí být uvedeno na návrhu v případě, že bude doloženo např. cestou potvrzení, resp. kopie rozhodnutí o uznání nemoci z povolání.

Lékařská zpráva – musí obsahovat důvody doporučení a očekávaný efekt lázeňské rehabilitační léčby od doporučujícího lékaře. Je možno ji zaslat v několika přílohách (např. starší komplexní vstupní vyšetření obsahující anam. údaje a aktuální vyšetření s doporučením lázní, část nálezů apod.) Toto doporučení vždy obsahuje identifikační údaje pojištěnce i doporučujícího lékaře, diagnózu pro lázeňskou léčbu slovy i kódem dle MKN, kód indikací dle Indikačního seznamu.

Lékařskou zprávu lze nahradit propouštěcí zprávou lůžkového PZS, pokud obsahuje všechny požadované údaje vztahující se k základní Dg. pro lázeňskou léčbu, není starší 6 měsíců a nedošlo u pojištěnce k zásadní změně zdravotního stavu. Jinak je nutné údaje obsažené v propouštěcí zprávě aktualizovat. Současně musí být splněny požadavky na vyšetření u jednotlivých indikačních skupin dle Vyhlášky č. 2/2015 Sb. a Přílohy č.5 k zákonu č. 48/1997 Sb. v platném znění dle požadované indikace.

Pokud doporučující ošetřující lékař nezvolí formu doporučení zvláštní přílohou, uvede zde doporučení lázeňské léčebně rehabilitační péče včetně IČP, odbornosti, podpisu, razítka a data doporučení.

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAM. DATA (u dětí podrobně)

- u dospělých prodělaná předchozí onemocnění, operace, úrazy, dosavadní způsob léčby (ambulantní, hospitalizační) a důležité údaje o předchozí lázeňské léčbě (Dg., indikační skupina, měsíc a rok poslední lázeňské léčby);
- u dětí zvlášť podrobně vč. genetické zátěže, zhodnocení psychosomatické zralosti, intelektuálních schopností, sociální adaptability, rodinného prostředí.

B: NO

- nynější onemocnění, tj. současné potíže pacienta, pro které je lázeňská léčba navrhována, včetně nynější terapie.

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV

- fyzikální vyšetření včetně výšky a hmotnosti a výsledky všech odborných vyšetření ve smyslu Přílohy č.5 k zákonu č. 48/1997 Sb. v platném znění dle požadované indikace a Vyhlášky č. 2/2015 Sb., tj. část A povinná vyšetření.

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ

- vyšetření v rozsahu daném Vyhláškou č. 2/2015 Sb. pro jednotlivé indikační skupiny, Přílohou č. 5 k zákonu č. 48/1997 Sb. v platném znění dle požadované indikace a zdravotním stavem pacienta.

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR, VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

a) hlavní Dg., která je indikací k lázeňské léčbě;
b) vedlejší Dg.;

vždy je nutné zhodnocení funkčního stavu.

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

- sebeobsluha, zvláštní obsluha, nutnost dietního stravování, kontraindikace některých procedur, postižení smyslových orgánů, pohybová omezení, inkontinence.

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

- v případě požadavku průvodce pro pobyt na úhradu z veřejného zdravotního pojištění specifikovat úkony, které bude průvodce pro pacienta vykonávat 24 hodin/7 dní v týdnu (není potřebné uvádět u doprovodu dětí do dovršení 6 roku života).

IČP a **Odbornost** doporučujícího lékaře se vyplňují dle kap. II. 1. Společné zásady tehdy, když doporučující lékař není současně navrhujícím lékařem.

Pokud pacient nastupuje lázeňské léčení z vlastního sociálního prostředí, musí být celou dobu lázeňského pobytu vybaven LP, které pravidelně užívá.

V případě žádosti o prodloužení léčby u indikací určených Indikačním seznamem zašle ošetřující lékař LZ na místně příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny kopii původního lázeňského návrhu, lékařskou zprávu s popisem aktuálního zdravotního stavu a popisem průběhu dosavadní léčebně rehabilitační péče včetně dosaženého terapeutického efektu. Dále uvede cíl a přepokládaný efekt další léčby včetně zdůvodnění, proč nelze další péči poskytovat ambulantní formou.

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

V této pro potřeby zdravotní pojišťovny vyhrazené části návrhu zdravotní pojišťovna posuzuje předložený návrh v jednotlivých položkách. Své stanovisko potvrdí čitelným podpisem oprávněné osoby zdravotní pojišťovny, vč. uvedení data posouzení návrhu.

Alternativou vyplnění stanoviska zdravotní pojišťovny přímo v návrhu je vystavení vlastního dokumentu zdravotní pojišťovny, který je přílohou původního návrhu a musí obsahovat všechny náležitosti uvedené v návrhu v části pro zdravotní pojišťovnu.

Při přeložení pojištěnce mladšího 18 let ze ZZ poskytovatele lůžkové péče do LZ a přímém přeložení z akutní lůžkové péče do LZ se schválení zdravotní pojišťovnou nevyžaduje (až na tuto výjimku probíhá zpracování návrhu standardním způsobem). Následná revizní činnost není tímto dotčena. Žádá-li ošetřující lékař při hospitalizaci přímé přeložení, pak podává návrh zdravotní pojišťovně, a kromě toho ještě předává kopii návrhu spolu s překladovou zprávou přímo LZ, do kterého je překlad předjednán.

Schvaluji – pokud oprávněná osoba zdravotní pojišťovny předložený návrh schvaluje ve všech položkách, proškrtne slovo „Zamítám“ a na lince 1, 2 a 3 **doplní** vhodná LZ z Registru lázeňských PZS zdravotní pojišťovny.

Poznámka – volné místo lze využít k poznámce zdravotní pojišťovny (např. platnost od, platnost do a jiné).

Stanovisko zdravotní pojišťovny se doplní podpisem oprávněné osoby zdravotní pojišťovny s uvedením data podpisu. Takto vyhotovený návrh se jako objednávka služeb odešle do LZ uvedeného v prvním pořadí (na lince 1), a to ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., od data převzetí návrhu zdravotní pojišťovnou od lékaře, který návrh podává.

Zamítám – konkrétní zdůvodnění se uvede v Rozhodnutí ve správním řízení. Zamítnutý návrh odesílá zdravotní pojišťovna zpět navrhujícímu lékaři, kopie návrhu zůstává zdravotní pojišťovně.

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ

Předtištěné údaje (název a adresa lázní, datum nástupu pacienta) v této části návrhu doplňuje příslušné oddělení LZ ve lhůtě tří pracovních dnů od data doručení návrhu. Návrh se opatří otiskem razítka a podpisem odpovědného pracovníka. Kopii návrhu spolu s **předvoláním pacienta** je LZ povinno odeslat (spolu s ostatními informacemi o nástupu, poučením pacienta, prospekty apod.) tak, aby pacient byl vyrozuměn **nejpozději do 5 dnů přede dnem určeného nástupu**. Po ukončení léčebného pobytu pacienta se kopie návrhu **přikládá k Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče** (VZP-16/2025) jako potvrzená objednávka zdravotní pojišťovny.

Pokud LZ uvedené v návrhu na prvním pořadí nemá k dispozici lůžko v časovém rozmezí daném stupněm naléhavosti, je povinno návrh odeslat na LZ uvedené v návrhu na druhém pořadí, LZ ve druhém pořadí pak případně na LZ ve třetím pořadí, a to vždy ve lhůtě tří pracovních dnů ode dne doručení návrhu ze zdravotní pojišťovny nebo LZ. Datem doručení a odeslání se rozumí razítko podatelny LZ. V případě, že ani LZ poslední v pořadí nenalezne lůžko pro pacienta, je povinno do tří pracovních dnů ode dne doručení návrhu odeslat návrh po předběžném projednání situace zpět na vysílající zdravotní pojišťovnu. O dalším postupu léčby takového pacienta rozhodne lékař, který doporučuje lázeňskou léčebně rehabilitační péči, po dohodě s oprávněnou osobou zdravotní pojišťovny.

V případě, kdy pacient již obdržel kopii návrhu nebo jinou formu předvolání a vznikla některá z překážek, která brání nástupu pacienta na lázeňskou léčbu ve stanoveném termínu (jako např. úmrtí v rodině, ošetřování člena rodiny, neodkladná hospitalizace, kontraindikační onemocnění), je pacient povinen neprodleně oznámit zdravotní pojišťovně vznik takové skutečnosti. LZ přitom může, po předchozím telefonickém projednání se zdravotní pojišťovnou, pacienta předvolat znovu, pokud náhradní termín nástupu nepřesahuje dobu vymezenou pořadím naléhavosti. Tento další termín oznámí LZ pacientovi písemně. Po nástupu pacienta LZ přepíše původní termín nástupu na den uvedený v písemném oznámení pacientovi.

Komentář k příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péči

Zdravotní pojišťovna u příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče nehradí náklady spojené s ubytováním, stravováním a přepravou pacienta (ani průvodce) do lázní a zpět.

Poskytování příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče musí být vždy v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb. (včetně Indikačního seznamu)

a s Vyhláškou č. 2/2015 Sb. a musí být dodržena určená délka léčby pro jednotlivé indikace.

Návrh na příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči, schválený zdravotní pojišťovnou, obdrží pacient od zdravotní pojišťovny. Při převzetí návrhu budou pacientovi poskytnuty informace o vhodných lázeňských místech a smluvních LZ, vč. adres a telefonního spojení.

Pacient může využít klientských služeb zdravotní pojišťovny, nebo přímo kontaktovat vybrané lázeňské zařízení (osobně, telefonicky, e-mailem apod.).

Doba platnosti návrhu u příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče je 6 měsíců ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou. Navrhující lékař proškrtne slovo „Komplexní“ a vyplní pouze indikaci a Dg. Oprávněná osoba zdravotní pojišťovny rovněž vyznačí příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

LZ si při umísťování pacienta čerpajícího příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči samo určuje nástup podle svých potřeb a dispozic. Datum nástupu pacienta zaznamená na návrh jako nedílnou součást vyúčtování poskytnuté péče.

Postup při přehlášení pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně v době po podání návrhu zdravotní pojišťovně:

LZ uvede v pokynech pro pojištěnce, že pokud před nástupem na lázeňskou léčebně rehabilitační péči nebo v průběhu léčení změní svůj pojistný vztah a stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, je jeho povinností oznámit tuto skutečnost LZ. Návrh odešle LZ spolu s odůvodněním a žádostí k potvrzení nové zdravotní pojišťovně, a to i v případě, že pacient změnu nenahlásí a LZ **před nástupem na lázeňské léčení** zjistí, že se pojištěnec přihlásil k nové zdravotní pojišťovně. Pokud nová zdravotní pojišťovna původní návrh potvrdí, zašle ho zpět LZ; v opačném případě informuje LZ i pojištěnce o zamítnutí nebo změně návrhu. LZ současně změnu ohlásí původní zdravotní pojišťovně.

Pozn.: Zjistí-li se přehlášení pacienta k jiné zdravotní pojišťovně při nástupu, během lázeňského léčení, po jeho absolvování, případně až při vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče zdravotní pojišťovně, tak zdravotní pojišťovny hradí léčbu za ty dny, ve kterých byl pacient pojištěncem dané zdravotní pojišťovny.

2.14. VZP-16/2025 Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče

Při komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péči jsou zdravotní pojišťovnou plně hrazeny náklady na ubytování, stravování a léčení ve standardní úrovni. Přepravu pojištěnce (doprovodu) hradí zdravotní pojišťovna pouze v případě, kdy je indikována ošetřujícím lékařem. U příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče poskytuje zdravotní pojišťovna pouze příspěvek ve výši nákladů na standardní vyšetření a léčení.

Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče se uzavírá za léčení v uplynulém měsíci vždy po uplynutí kalendářního měsíce a předkládá se jako dávka dokladů v termínu dohodnutém ve smlouvě, výhradně na předepsaném dokladu **Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče – tiskopis VZP-16/2025**. Originál zašle LZ na danou zdravotní pojišťovnu. Celkový počet předaných dokladů se vyznačí na průvodním listu dávky.

Po ukončení léčení se navíc vystaví papírová forma dokladu za celou dobu léčení, pokud se průběžné vyúčtování provádí:

a) přímo tiskopisem a jedná se o pojištěnce, jehož vyúčtování potvrzuje podpisem zákonný zástupce;
b) elektronickou formou.

Pokud byl návrh vyřizován v papírové podobě, je třeba jej přiložit. Návrh v elektronické formě přepošle LZ na zdravotní pojišťovnu spolu s vyúčtováním pouze v případě, když pojištěnec v době od schválení návrhu zdravotní pojišťovnou změnil zdravotní pojišťovnu.

Za správné a včasné vystavení dokladů a jejich předání na příslušné spádové pracoviště zdravotní pojišťovny odpovídá ta organizační složka LZ, která je oprávněna tyto doklady pořizovat.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **IČZ, Čís. dokladu, Příjmení a jméno pacienta, Číslo pojištěnce.** Dále se vyplňuje:

Indikace – kód označující lázeňskou léčbu podle Vyhlášky č. 2/2015 Sb. a Přílohy č. 5 k zákonu č. 48/1997 Sb.

Čís. vysílajícího ÚP – uvede se číslo příslušného pracoviště zdravotní pojišťovny, které schválilo poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče podle Návrhu.

K P a **D** – podle konkrétního případu se vyznačí jeden ze tří předtištěných symbolů („komplexní“, „příspěvková“ a „děti a dorost“) tak, že nehodící dva symboly se proškrtnou.

Lázeňské zařízení – uvede se celý název PZS podle Registru lázeňských smluvních zařízení, ve kterém byl pacient léčen.

Lázeňská léčebna – uvede se konkrétní místo, ve kterém byl pacient léčen.

Datum nástupu pacienta – uvede se skutečný den přijetí pacienta k lázeňské léčebně rehabilitační péči, resp. průvodce pro pobyt k ubytování a stravování.

Datum ukončení léčby – den ukončení lázeňské léčby pacienta.

Datum odjezdu pacienta – uvede se skutečný den odjezdu pacienta, resp. jeho průvodce pro pobyt v lázních. Toto datum se nemusí shodovat s datem ukončení léčby a není proto směrodatné pro vyúčtování.

Kód ukončení léčby – uvede se vždy ten z předtištěného seznamu kódů, který je důvodem k uzavření vyúčtování.

Předčasné ukončení léčby na žádost pacienta povoluje vedoucí lékař léčebny. Ukončení léčby z jiných důvodů, např. svévolné opuštění léčebny nebo předčasné propuštění pacienta pro porušení léčebného režimu, se uvede ve „Sdělení“. Lázně vyúčtují zdravotní pojišťovně v těchto případech pouze skutečně vynaložené náklady na pobyt, který pacient již absolvoval.

Průvodce pro pobyt – pro vyúčtování nákladů na ubytování a stravování je nutno uvést příjmení a jméno průvodce pacienta a jeho číslo pojištěnce. Náklady na úhradu doprovodu se vykazují na číslo pojištěnce – pacienta, a to i v případě, kdy průvodce není pojištěncem zdravotní pojišťovny, které se vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče předkládá.

Vyúčtování nákladů za **ubytování, stravování a léčení** pacienta, případně i průvodce:

Datum: od – uvede se datum, od kterého se vyúčtovávají náklady za podmínek uvedených v tomtéž řádku.

Poč. dnů – uvede se skutečný počet dnů léčebného pobytu pacienta.

Cena/den – uvede se cena ubytování, stravování a léčení za jeden den podle platného ceníku.

Cena (Kč) – uvede se celková cena jako výsledek násobku počtu uvedených dnů a ceny za 1 den.

Kategorie ubyt. – uvede se příslušná kategorie ubytování (dle platného číselníku) pacienta a jeho průvodce podle ceníku.

Kód	Specifikace kategorie
A	Dospělí – samostatné lůžko 2x v pokoji minimálně 12 m2 obytné plochy, šatník 2x, sedací možnost 2x, noční lampička 2x, uzamykatelná skříňka (zásuvka) 2x, stůl, osvětlení pokoje, odkládací stěna, koš na odpadky, WC, sprcha nebo vana, telefon nebo signalizace na pokoji, televizor.
B	Dospělí – samostatné lůžko 2x v pokoji minimálně 12 m2 obytné plochy, šatník 2x, sedací možnost 2x, noční lampička 2x, uzamykatelná skříňka (zásuvka) 2x, stůl, osvětlení pokoje, odkládací stěna, koš na odpadky, umyvadlo s tekoucí teplou a studenou vodou, telefon nebo signalizace na pokoji nebo na chodbě, dostupné sociální zařízení splňující hygienické normy ve vazbě na počet lůžek v objektu.
AD	Děti a dorost – samostatné lůžko 2–3x, sedací možnost 2–3x, stůl, noční lampička 2–3x, noční stolek (samostatná skříňka) 2–3x, šatní skříň 2–3x, úložný prostor na lůžkoviny 2–3x, osvětlení pokoje, odkládací stěna, koš na odpadky, umyvadlo s tekoucí teplou a studenou vodou, telefon nebo signalizace na pokoji nebo na chodbě, dostupné sociální zařízení splňující hygienické normy ve vazbě na počet lůžek v objektu.
BD	Děti a dorost – samostatné lůžko 4–6x, sedací možnost 4–6x, stůl, noční stolek (samostatná skříňka) 4–6x, úložný prostor na lůžkoviny 4–6x, šatní skříň (event. na chodbě) 4–6x, osvětlení pokoje, odkládací stěna, koš na odpadky, umyvadlo s tekoucí teplou a studenou vodou, dostupné sociální zařízení splňující hygienické normy ve vazbě na počet lůžek v objektu.
KWD	Průvodce – odpovídá standardu ubytování dospělých v kategorii A.
BEZ	Průvodce – odpovídá standardu ubytování dospělých v kategorii B.

Poč. lůžek v pokoji – uvede se číslo odpovídající počtu lůžek na pokoji, ve kterém je pojištěnec ubytován.

Kód přerušení – uvede se vždy ten z předtištěného seznamu kódů přerušení léčby, který je důvodem k přerušení léčení. Přerušením se rozumí takové období, které nepřesahuje dobu trvání lázeňské léčebně rehabilitační péče uvedenou v Návrhu. Po dobu přerušení léčby je pacientovi rezervováno lůžko, náklady s tím spojené hradí zdravotní pojišťovna pouze v případě, že se jedná o přerušení z důvodu pobytu na akutním lůžku (jedná-li se o přerušení léčby na žádost pacienta nebo z jiného důvodu, zdravotní pojišťovna náklady spojené s rezervováním lůžka nehradí).

Pozn.: na samostatném řádku v oddílu **Pacient – ubytování** *se vykazuje změna ubytování a doba přerušení léčby z důvodu hospitalizace pacienta nebo na jeho žádost se souhlasem vedoucího lékaře léčebny (jiná situace by neměla nastat, jinak lze využít místa pro „Sdělení“).*

Prodloužení léčby – uvede se počet dnů prodloužení léčby nad délku schváleného léčebného pobytu podle Indikačního seznamu (viz sl. 3).

Cena (Kč) za pobyt celkem – uvede se celková cena v Kč za účtované období léčby pacienta, případně včetně průvodce.

Řádně vyplněné doklady včetně data vystavení potvrzuje odpovědný pracovník LZ svým podpisem a čitelným otiskem razítka. Každý doklad o vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče podepisuje pacient (zákonný zástupce). V případě papírové formy vyúčtování předkládá LZ zákonnému zástupci k podpisu celkové vyúčtování za léčení pacienta (tj. kompletní účet za celou dobu léčby). Bez těchto náležitostí zdravotní pojišťovna doklady nepřevezme.

2.15. VZP-17/2022 Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně

Základní pravidla pro poskytování léčebně rehabilitační péče v odborných léčebnách pro dospělé s OD 00022 (dále jen léčebna) jsou uvedena v platných právních předpisech.

Zdravotní péči v odborných léčebnách pro dospělé s OD 00022 doporučuje ošetřující lékař. V případě, kdy je pacient indikován k lůžkové léčebně rehabilitační péči z vlastního sociálního prostředí, podává zdravotní pojišťovně návrh registrující praktický lékař nebo lékař ambulantního poskytovatele; v případě indikace léčebně rehabilitační péče ošetřujícím lékařem při hospitalizaci podává zdravotní pojišťovně návrh tento OL. Žádá-li OL překlad, pak podává návrh zdravotní pojišťovně, a kromě toho ještě předává kopii návrhu spolu s překladovou zprávou přímo léčebně, do které je překlad předjednán. Návrh se podává buď na čtyřdílném průpisovém tiskopisu **Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně** (tiskopis se vyplňuje psacím strojem), vytištěný pomocí PC, nebo elektronicky prostřednictvím DR. Návrh včetně příloh musí být kompletně buď v papírové, nebo v elektronické formě. Na jednotlivých očíslovaných dílech tiskopisu je v záhlaví vyznačeno, pro koho jsou určeny:

díl 1 **ošetřujícímu lékaři léčebny k dokumentaci (potvrzená objednávka léčebně)**

díl 2 **k vyúčtování**

díl 3 **zdravotní pojišťovně k dokumentaci**

díl 4 **navrhujícímu lékaři k dokumentaci**

Pokud navrhující lékař vyplňuje návrh na PC, vystavuje ho pouze v jednom vyhotovení (dále jen PC originál). Potřebné díly návrhu 2, 3 a 4 se pořizují formou kopie v průběhu vyřizování návrhu.

Postup vyplňování tiskopisu
Navrhující lékař vyplní všechny požadované údaje kromě oddílu „Stanovisko zdravotní pojišťovny“ a zajistí podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce pod prohlášením.

V případě, že pacient není v důsledku svého zdravotního stavu schopen opatřit návrh svým podpisem, seznámí navrhující lékař pacienta s obsahem prohlášení a opatří návrh svým podpisem namísto pacientova s uvedením důvodu tohoto postupu.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Dne, Diagnóza základní a vedlejší.**

Dále se vyplňuje:

Ev. číslo – na jednotlivé díly tiskopisu návrhu (originál PC i jeho kopie) se uvádí evidenční číslo, které si doplňují podle svých potřeb příslušní lékaři a odborní pracovníci, kteří s těmito díly pracují.

Čís. návrhu – číslo návrhu přidělené zdravotní pojišťovnou; v případě návrhu předávaného v DR je to „číslo dokladu“ přidělené navrhujícím PZS.

Rok návrhu – zadá zdravotní pojišťovna.

Pacient – uvede se příjmení a jméno, číslo pojištěnce a úplná adresa bydliště včetně PSČ a kontaktního telefonu a dále kontaktní e-mailová adresa, pokud je známa (důležité údaje pro léčebnu i zdravotní pojišťovnu).

Zák. zástupce – je-li pacientem osoba nezpůsobilá k právním úkonům, uvedou se všechny předtištěné údaje o zákonném zástupci takového pacienta.

Podpis pacienta (zák. zástupce) – svým podpisem zákonný zástupce souhlasí s textem žádosti o povolení pobytu pacienta, pojištěnce zdravotní pojišťovny, v odborné léčebně, včetně prohlášení, a potvrzuje, že byl upozorněn na právní důsledky nedodržení léčebného režimu.

V případě elektronicky podaného návrhu prostřednictvím DR zajistí navrhující lékař seznámení pacienta se všemi skutečnostmi vyplněného návrhu a s obsahem prohlášení, splnění této povinnosti průkazně uvede ve zdravotnické dokumentaci.

Indikace – do vydání předpisů definujících indikace pro léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně se indikace neuvádí.

Typ – uvede se příslušný kód I, II, nebo III. V případě překladu z lůžka na lůžko (návrh vystaven ošetřujícím lékařem při hospitalizaci) se uvede kód I, pokud ošetřujícím lékařem při hospitalizaci není požadován překlad z lůžka na lůžko uvede se kód II, v případě návrhu na hospitalizaci pacienta indikovaného z vlastního sociálního prostředí se uvede kód III.

Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče – stručně se uvede důvod, pro který je nezbytné poskytnutí léčebně rehabilitační péče lůžkovou formou.

Navrhovaná léčebna – navrhující lékař vybere pro pacienta vhodné léčebné místo podle seznamu odborných léčeben s OD 00022 a uvede jej na lince **1,** doplňkově i na lince **2**. V případě překladu z lůžka na lůžko se uvede název léčebny po předchozím projednání ošetřujícího lékaře s určeným zástupcem léčebny.

Dne – uvede se datum vystavení návrhu.

Navrhující poskytovatel je povinen předat návrh do 5 pracovních dnů od data vystavení návrhu na příslušnou zdravotní pojišťovnu, a to způsobem určeným jejím ředitelem.

V případě překladu z lůžka na lůžko musí být dodržen termín nástupu na léčebně rehabilitační péči ihned po propuštění, s max. tolerancí 10 kalendářních dnů. Pokud se v případě návrhu vystaveného ošetřujícím lékařem za hospitalizace nejedná o překlad z lůžka na lůžko, musí být dodržen termín nástupu na léčebně rehabilitační péči do 1 měsíce ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou, jinak návrh pozbývá platnost.

V případě hospitalizace pacienta indikovaného z vlastního sociálního prostředí nesmí termín nástupu přesáhnut dobu 3 měsíců ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou, jinak návrh pozbývá platnost.

Postup schvalování návrhu

Navrhující lékař po vyplnění požadovaných údajů v návrhu oddělí díl 4 návrhu (pořídí si kopii PC originálu), který zůstává ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Zbývající díly (PC originál) lékař odešle na jemu příslušnou zdravotní pojišťovnu.

Zdravotní pojišťovna ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., zajistí ověření formálních náležitostí, převezme návrh v rozsahu dílů 1–3 (PC originál) a zajistí

vyjádření oprávněné osoby zdravotní pojišťovny. Po potvrzení návrhu oprávněnou osobou zdravotní pojišťovny a oddělení dílu 3 (pořízení kopie PC originálu) pro potřeby zdravotní pojišťovny se odešle návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 (PC originál), na určenou adresu léčebny. Díl 1 (PC originál) si ponechává léčebna k dokumentaci a díl 2 (kopii PC originálu) přikládá k vyúčtování pro zdravotní pojišťovnu.

Léčebna na základě potvrzeného návrhu, který obdržela od zdravotní pojišťovny, zajistí předvolání pacienta na vhodný termín pobytu vlastním způsobem.

Řádně vyplněný formulář navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka zdravotnického zařízení na každém dílu návrhu zvlášť (PC originál). Bez těchto náležitostí, jakož i data vystavení (důležitý údaj pro plynutí stanovených lhůt), zdravotní pojišťovna návrh nepřevezme.

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

V této části návrhu zdravotní pojišťovna schvaluje, upravuje nebo zamítá předložený návrh. Své stanovisko potvrdí podpisem, svou jmenovkou a čitelným otiskem razítka zdravotní pojišťovny, vč. uvedení data posouzení návrhu.

Schvaluji léčebnu – pokud oprávněná osoba zdravotní pojišťovny předložený návrh schválí, doplní název léčebny a proškrtne slova „Upravuji – zamítám“.

Upravuji – proškrtne se slovo „zamítám“, doplní se např. jiná léčebna.

Zamítám (důvod) – V tomto případě odešle oprávněná osoba zdravotní pojišťovny nepotřebné díly návrhu (PC originál) se zdůvodněním zamítnutí zpět navrhujícímu lékaři (díl 3 návrhu nebo kopie PC originálu zůstává na zdravotní pojišťovně).

Při přímém přeložení z akutní lůžkové péče do léčebny se nevyžaduje schválení zdravotní pojišťovnou (vystavení a předávání návrhu probíhá výše uvedeným způsobem). Následná revizní činnost není tímto dotčena. Schválení a podání návrhu zdravotní pojišťovně se nevyžaduje v případě ambulantní léčebně rehabilitační péče a akutní lůžkové léčebně rehabilitační péče.

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Uvedené položky se vyplní plně a výstižně v případě, že nejsou uvedeny v přiložené odborné lékařské zprávě, která je součástí návrhu.

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA

RA: (i sourozenci): uvedou se nemoci a úmrtí v rodině, které mohou mít vliv na současný zdravotní stav pacienta.

OA: uvedou se prodělaná závažná onemocnění, operace, úrazy.

Očkování: zde lékař uvede provedená očkování pacienta, jsou-li zřetele hodná.

Alergie: na LP, potraviny, jiné, ev. jaká léčba.

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které): uvede se předchozí pobyt v zařízení poskytovatele následné péče (léčebně OLÚ, lázeňské léčebně), včetně uvedení data, místa a dlouhodobého léčebně rehabilitačního plánu z předcházející hospitalizace (pokud jsou uvedené informace ošetřujícímu lékaři známy).

B: NO: uvedou se současné obtíže – podrobný popis zdravotního stavu pacienta, pro který je pobyt v léčebně navrhován, včetně uvedení cíle léčebného pobytu, průběh nynějšího onemocnění, dosavadní terapie (včetně dlouhodobého léčebně rehabilitačního plánu od poskytovatele ambulantní specializované péče).

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV **(event. odborná vložka nebo překladová zpráva):** uvede se kompletní objektivní nález a popis funkčního postižení včetně mobility, přítomnosti dekubitů (lokalizace, velikost), stomie, údaje o kontinenci a soběstačnosti pacienta (včetně uvedení Barthel indexu)**,** lékařem určená potřeba dietního stravování, (v případě přiložených zpráv se uvede počet listů příloh).

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ **související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C** a další údaje dle úvahy lékaře, pokud souvisejí s onemocněním, nebo je požaduje léčebna.

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení): navrhující lékař uvede skutečnosti rozhodné pro indikaci doprovodu, rozhodnutí o indikaci doprovodu náleží léčebně. Pokud bude léčebna indikovat doprovod, požádá o schválení příslušnou zdravotní pojišťovnu (součástí žádosti je kopie potvrzeného návrhu).

Zdravotní pojišťovna hradí dopravu pouze ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního poskytovatele, který je schopen požadovanou zdravotní službu poskytnout. Pokud je návrh do léčebny, která není nejbližším poskytovatelem požadované zdravotní péče a je indikována doprava, musí být pacient seznámen s výše uvedenou skutečností. Seznámení vždy potvrdí svým podpisem na návrhu.

ODBORNÁ LÉČEBNA

Pokud léčebna uvedená v návrhu na prvním pořadí nemůže přijmout z objektivních důvodů pojištěnce v časovém rozmezí platnosti návrhu, je povinna celý návrh odeslat do léčebny uvedené na druhém pořadí, a to vždy ve lhůtě tří pracovních dnů (ve výjimečných případech max. do 5 pracovních dnů) ode dne doručení návrhu ze zdravotní pojišťovny. Datem doručení a odeslání se rozumí razítko podatelny léčebny. V případě, že ani léčebna ve druhém pořadí nemá pro pacienta volné lůžko, je povinna do tří pracovních dnů (ve výjimečných případech max. do 5 pracovních dnů) ode dne doručení návrhu odeslat návrh po předběžném projednání situace zpět na vysílající zdravotní pojišťovnu. O dalším postupu léčby takového pacienta rozhodne lékař, který doporučuje léčebně rehabilitační péči, případně oprávněná osoba zdravotní pojišťovny po dohodě s ním.

V případě, kdy pacient již obdržel od léčebny výzvu k nástupu k hospitalizaci, a vznikla překážka, která brání nástupu pacienta na léčebně rehabilitační péči ve stanoveném termínu, může léčebna předvolat pacienta znovu, pokud náhradní termín nástupu nepřesahuje dobu vymezenou platností návrhu.

V případě, kdy si zdravotní stav pacienta v průběhu léčení v léčebně vyžádá z důvodu nezbytnosti stabilizace zdravotního stavu krátkodobý pobyt na akutním lůžku, a to v maximální délce 10 kalendářních dnů, nebude zdravotní pojišťovna požadovat k pokračování léčby v léčebně vystavení nového návrhu. Jedná se tedy o pokračování jedné hospitalizace.

Při výše uvedeném důvodu přerušení léčby a pobytu na akutním lůžku na více než 10 dní je úhrada další hospitalizace možná pouze na základě potvrzení nového návrhu. Totéž platí v případě přerušení léčby na více než 3 dny z oprávněných důvodů ze strany poskytovatele.

V případě přerušení léčení více než 72 hodin z osobních důvodů na straně pacienta je další pobyt v léčebně možný pouze na základě potvrzení nového návrhu.

Pozn.: Vyúčtování za léčebně rehabilitační péči v léčebně se provede pomocí dokladu 02 „Vyúčtování výkonů v lůžkové péči“.

Pozn.: Dojde-li k přehlášení pacienta k jiné zdravotní pojišťovně při nástupu, nebo během léčení, pak zdravotní pojišťovny hradí léčbu za ty dny, ve kterých byl pacient pojištěncem dané zdravotní pojišťovny.

2.16. VZP-18/2022 **Návrh na umístění dítěte v ozdravovně**

Základní pravidla pro poskytování péče v dětských ozdravovnách jsou uvedena v zákoně č. 48/1997 Sb. Vlastní návrhová činnost lékaře, jakož i schvalování

a objednávání ozdravenské péče pro děti od 3 do 15 let se realizuje pomocí čtyřdílného tiskopisu **Návrh na umístění dítěte v ozdravovně**.

Návrh na umístění dítěte v ozdravovně (dále jen návrh) podává navrhující lékař na předtištěném formuláři, vytištěný pomocí PC, nebo elektronicky prostřednictvím DR. Návrh včetně příloh musí být kompletně buď v papírové, nebo v elektronické formě.

Jednotlivé díly návrhu (A4) jsou očíslovány a odlišeny svým názvem a barvou (podle toho, komu jsou určeny):

díl 1 **potvrzená objednávka ozdravovně k dokumentaci**

díl 2 **spádové zdravotní pojišťovně k dokumentaci**

díl 3 **zdravotní pojišťovně k dokumentaci**

díl 4 **navrhujícímu lékaři k dokumentaci**

Pokud navrhující lékař vyplňuje návrh na PC, vystavuje ho pouze v jednom vyhotovení v rozsahu dílu 1 (dále jen PC originál). Potřebné díly návrhu 2, 3 a 4 se pořizují formou kopie v průběhu vyřizování návrhu.

Ozdravný pobyt iniciuje ošetřující lékař dítěte (praktický lékař pro děti a dorost a pediatr) na základě zdravotního stavu dítěte. Dalším krokem v návrhové činnosti je vlastní žádost rodiče dítěte, nebo jeho zákonného zástupce, o povolení pobytu dítěte v dětské ozdravovně.

Navrhující lékař v návrhu vyplní všechny požadované údaje do předtištěných rámečků, tj. v oddílu „Výsledek lékařského vyšetření“ a „Stanovisko navrhujícího lékaře“. Před odesláním řádně vystaveného návrhu na vysílající pracoviště zdravotní pojišťovny lékař oddělí díl 4 návrhu (pořídí kopii PC originálu), který po doplnění evidenčního čísla zůstává ve zdravotnické dokumentaci dítěte.

Vysílající zdravotní pojišťovna po ověření, zda jde o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1–3 s tím, že příslušnost zdravotní pojišťovny se zde řídí podle příslušnosti navrhujícího lékaře k pracovišti zdravotní pojišťovny. Po schválení návrhu zdravotní pojišťovnou ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb. a oddělení dílu 3 (kopie PC originálu) pro potřeby zdravotní pojišťovny se předkládá návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 (PC originál), dětské ozdravovně s tím, že díl 1 (PC originál) si ponechává dětská ozdravovna k dokumentaci a díl 2 (kopii PC originálu) přikládá k vystavenému individuálnímu účtu pro spádovou zdravotní pojišťovnu.

Dětská ozdravovna na základě potvrzeného návrhu**,** který obdržela od zdravotní pojišťovny, zajistí předvolání dítěte na vhodný termín pobytu vlastním formulářem.

Po vyplnění a vystavení návrhu (PC originálu) jej navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka PZS na každém dílu návrhu zvlášť. Bez těchto náležitostí, jakož i data vystavení (důležitý údaj pro plynutí stanovené lhůty platnosti návrhu) zdravotní pojišťovna návrh nepřevezme.

Ev. číslo – evidenční číslo si po oddělení jednotlivých dílů (kopie PC originálu) doplňují podle svých potřeb příslušní lékaři a odborní pracovníci, kteří s těmito díly dále pracují.

Číslo vysílajícího pracoviště zdravotní pojišťovny – uvede se číslo pracoviště zdravotní pojišťovny, která schvaluje poskytnutí ozdravenské péče.

Čís. návrhu – číslo návrhu přidělené zdravotní pojišťovnou.

Rok návrhu – zadá zdravotní pojišťovna.

VYPLNÍ ŽADATEL:

Příjmení a jméno dítěte – uvede se příjmení a jméno.

Číslo pojištěnce – vyplní se číslo uvedené na průkazu pojištěnce.

Škola a (třída) – uvede se název a sídlo školy a třída navštěvovaná dítětem.

Sourozenci žijící (počet a, stáří) – stáří jednotlivých sourozenců se uvede postupně za sebou, oddělené čárkami.

Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy)

Rodiče (zákonný zástupce) – uvede se příjmení a jméno, adresa zaměstnavatele, číslo telefonu do zaměstnání, úplná a přesná adresa bydliště včetně PSČ a telefonu otce i matky (zákonného zástupce). V případě obtížného spojení s jedním z rodičů je možné uvést jméno, adresu a telefon prarodiče. Jako součást adresy bydliště se uvede e-mail, pokud je známý.

Dne – datum žádosti.

Podpis rodiče (zákonného zástupce) – svým podpisem rodič (zákonný zástupce) souhlasí s textem žádosti o povolení pobytu dítěte, pojištěnce zdravotní pojišťovny, v dětské ozdravovně, včetně prohlášení, a potvrzuje, že byl upozorněn na právní důsledky nedodržení ozdravenského režimu.

V případě elektronicky podaného návrhu prostřednictvím DR zajistí navrhující lékař seznámení pacienta se všemi skutečnostmi vyplněného návrhu a s obsahem prohlášení, splnění této povinnosti průkazně uvede ve zdravotnické dokumentaci.

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ

V tomto oddílu se vyplňují všechny předtištěné údaje a takto zaměřené lékařské vyšetření nesmí být starší 1 měsíce.

Nemoci a úmrtí v rodině – uvádějí se skutečnosti, které mohou mít vliv na současný zdravotní stav dítěte.

Prodělaná závažná onemocnění (včetně nemocí infekčních) – závažnější prodělané nemoci, případně jejich četnost, operace, závažnější úrazy.

Očkování – zde lékař potvrdí, že je dítě řádně očkováno podle platného očkovacího schématu. Popřípadě uvede, které očkování chybí a z jakého důvodu.

Váha

Výška

Nynější zdravotní obtíže a rizika – uvést současné obtíže dítěte, pro které je pobyt v ozdravovně navrhován, včetně nynější terapie, alergické reakce na léky, potraviny atd.

Případné laboratorní vyšetření – vyšetření krevního obrazu, biochemické vyšetření, sedimentace erytrocytů, vyšetření moče, ev., i jiné dle úvahy navrhujícího lékaře.

Ostatní somatický nález – uvést pohybová omezení, postižení smyslových orgánů, nutnost dietního stravování, inkontinenci, zhodnocení psychosomatické zralosti, intelektuální schopnosti, sociální adaptabilitu, rodinné prostředí.

STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE

Typ ozdravenského programu a odůvodnění návrhu – zdravotní stav dítěte je třeba popsat slovy, nestačí pouhé číselné označení, neboť tyto informace slouží k lepší orientaci zdravotní pojišťovny i dětské ozdravovny. Uvedou se důvody, které vedly ke zdravotnímu oslabení dítěte, a co je očekáváno od pobytu v ozdravovně.

Rozhodnutí o indikaci doprovodu náleží léčebně. Pokud bude léčebna indikovat doprovod, požádá o schválení příslušnou zdravotní pojišťovnu (součástí žádosti je kopie potvrzeného návrhu).

Typ ozdravenského programu:

I. – zdravotní oslabení vlivem nepříznivého životního prostředí
II. – zdravotní problémy spojené s nesprávným životním stylem
III. – rekonvalescence nevyžadující specializovanou léčbu v lázeňské nebo odborné léčebně

Dle kap.II.1. Společné zásady se vyplňují **IČP, Odbornost.** Dále se uvádí:

Doporučená ozdravovna – navrhující lékař vybere pro dítě vhodnou ozdravovnu podle Adresáře zdravotnických zařízení ČR a uvede ji na linku 1, doplňkově i na linku 2.

Doporučená délka pobytu – uvede se počet dnů pobytu dítěte v ozdravovně. Délka pobytu zpravidla nepřesahuje 21 dnů.

Dne – uvede se datum vystavení návrhu. Od data vystavení návrhu je PZS povinen předat návrh do 5 pracovních dnů na vysílající zdravotní pojišťovnu, a to způsobem určeným jejím ředitelem. Časové rozmezí 6 měsíců platnosti návrhu plyne ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou.

Razítko PZS, jmenovka a podpis lékaře – stvrzuje platnost návrhu.

Dítě musí být na celou dobu v ozdravovně vybaveno LP, které pravidelně užívá.

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

V této pro potřeby zdravotní pojišťovny vyhrazené části návrhu zdravotní pojišťovna schvaluje, případně zamítá, předložený návrh. Své stanovisko potvrdí otiskem svého razítka a čitelným podpisem, vč. uvedení data posouzení návrhu.

Schvaluji ozdravovnu – pokud oprávněná osoba zdravotní pojišťovny předložený návrh schválí, proškrtne slova „Upravuji – Zamítám (důvod)“. Na předtištěnou linku uvede dvě vhodné ozdravovny z Registru smluvních dětských ozdravoven.

Upravuji – volné místo lze využít k úpravám návrhu (změna navržené ozdravovny, délky pobytu) a proškrtnout slova „Zamítám (důvod)“.

Zamítám (důvod) – důvody zamítnutí návrhu je nutné předem projednat s navrhujícím lékařem. V tomto případě odešle oprávněná osoba zdravotní pojišťovny nepotřebné díly návrhu (PC originál) zpět navrhujícímu lékaři a díl 3 (kopie PC originálu) zůstává na zdravotní pojišťovně.

Stanovisko zdravotní pojišťovny se doplňuje otiskem razítka zdravotní pojišťovny a podpisem jejího zástupce, resp. pracovníka pověřeného k podpisu návrhu. Takto vyhotovený návrh (PC originál) se – po oddělení dílu 3 (kopie PC

originálu) – jako objednávka služeb odešle do dětské ozdravovny uvedené v prvém pořadí (na lince 1), a to ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb. od data převzetí návrhu zdravotní pojišťovnou od navrhujícího lékaře.

DĚTSKÁ OZDRAVOVNA

Dětská ozdravovna zasílá předvolání dítěte, spolu s ostatními informacemi o nástupu, poučením apod. tak, aby rodiče dítěte (jeho zákonný zástupce) byli vyrozuměni **nejpozději 14 dnů přede dnem určeného nástupu.** Po ukončení ozdravenského pobytu dítěte se **díl 2 (kopie PC originálu) přikládá k individuálnímu Vyúčtování ozdravenské péče** jako potvrzená objednávka zdravotní pojišťovny.

Pokud dětská ozdravovna uvedená v návrhu na prvém pořadí nemá k dispozici lůžko v časovém rozmezí daném dobou platnosti návrhu, je povinna celý návrh (díly 1 a 2) odeslat do ozdravovny uvedené v návrhu na druhém pořadí, a to vždy ve lhůtě tří pracovních dnů ode dne doručení návrhu ze zdravotní pojišťovny.

Datem doručení a odeslání se rozumí razítko podatelny ozdravovny. V případě, že ani ozdravovna ve druhém pořadí nenalezne lůžko pro dětského pacienta, je povinna odeslat návrh zpět na vysílající zdravotní pojišťovnu do tří pracovních dnů ode dne doručení návrhu a po předběžném projednání situace s touto zdravotní pojišťovnou. O dalším postupu při umísťování takového dítěte rozhodne navrhující lékař ve spolupráci s oprávněnou osobou zdravotní pojišťovny v době platnosti návrhu. Nedodržení výše uvedených termínů je považováno za porušení smluvních podmínek.

V případě, kdy rodiče dítěte (zákonný zástupce) již obdrželi předvolání k nástupu do ozdravovny a vznikla některá z překážek, které brání nástupu dítěte ve stanoveném termínu (jako např. úmrtí v rodině, neodkladná hospitalizace, kontraindikační onemocnění), jsou rodiče dítěte (zákonný zástupce) povinni neprodleně oznámit vysílající zdravotní pojišťovně vznik takové skutečnosti. Dětská ozdravovna přitom může, po předchozím telefonickém projednání se zdravotní pojišťovnou, dítě předvolat znovu, pokud náhradní termín nástupu nepřesahuje dobu vymezenou pro platnost návrhu. Tento další termín oznamuje ozdravovna písemně. Po nástupu dítěte ozdravovna přepíše původní termín nástupu na dílu 1 a 2 (PC originálu) na den uvedený v písemném oznámení pacientovi.

Postup při přehlášení pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně v době po podání návrhu zdravotní pojišťovně: V těchto případech jsou uplatněna stejná pravidla a postupuje se stejně jako v případě návrhů na lázeňskou léčebně rehabilitační péči (viz odstavec „Postup při přehlášení pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně v době po podání návrhu zdravotní pojišťovně“ v kapitole II. 2.13 včetně poznámky za tímto odstavcem).

2.17. VZP-19/2022 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně

Základní pravidla pro poskytování péče v dětských odborných léčebnách jsou uvedena v zákoně č. 48/1997 Sb. Nemoci, u nichž se dětem a mladistvým do 18 let poskytuje zdravotní péče v odborných dětských léčebnách, a indikační zaměření těchto léčeben jsou uvedeny v indikačním seznamu pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách.

Zdravotní péči v dětských odborných léčebnách doporučuje ošetřující lékař. Vlastní návrh však podává registrující všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost a pediatr nebo ošetřující lékař při hospitalizaci, a to buď na čtyřdílném průpisovém tiskopisu **Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně** (tiskopis se vyplňuje psacím strojem), vytištěný pomocí PC, nebo elektronicky prostřednictvím DR. Návrh včetně příloh musí být kompletně buď v papírové, nebo v elektronické formě. Na jednotlivých očíslovaných dílech tiskopisu je v záhlaví vyznačeno, pro koho jsou určeny:

díl 1 **potvrzená objednávka léčebně k dokumentaci**

díl 2 **zdravotní pojišťovně k dokumentaci**

díl 3 **zdravotní pojišťovně k dokumentaci**

díl 4 **navrhujícímu lékaři k dokumentaci**

Pokud navrhující lékař vyplňuje návrh na PC, vystavuje ho pouze v jednom vyhotovení (dále jen PC originál). Potřebné díly návrhu 2, 3 a 4 se pořizují formou kopie v průběhu vyřizování návrhu.

Postup schvalování návrhu

Navrhující lékař po vyplnění požadovaných údajů v návrhu oddělí díl 4 návrhu (pořídí si kopii PC originálu), který zůstává ve zdravotnické dokumentaci dítěte. Zbývající díly (PC originál) lékař odešle na jemu příslušnou zdravotní pojišťovnu.

Zdravotní pojišťovna po ověření, zda se jedná o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1–3 (PC originál). Zde se k návrhu event. vyjádří oprávněná osoba zdravotní pojišťovny. Po schválení návrhu zdravotní pojišťovnou ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb. a oddělení dílu 3 (pořízení kopie PC originálu) pro potřeby zdravotní pojišťovny se odešle návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 (PC originál), dětské léčebně. Díl 1 (PC originál) si ponechává dětská léčebna k dokumentaci a díl 2 (kopii PC originálu) přikládá k vystavenému individuálnímu účtu pro zdravotní pojišťovnu.

Dětská léčebna na základě potvrzeného návrhu, který obdržela od zdravotní pojišťovny, zajistí předvolání dítěte na vhodný termín pobytu vlastním způsobem.

Pokud je pacient překládán přímo z nemocnice do dětské odborné léčebny, zdravotní pojišťovna návrh neposuzuje. Součástí zdravotnické dokumentace v léčebně je překladová zpráva, ze které musí být patrná indikace k pobytu v léčebně.

Řádně vyplněný formulář navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka PZS na každém dílu návrhu zvlášť (PC originál).

Postup vyplňování tiskopisu

Navrhující lékař vyplní všechny požadované údaje kromě oddílu „Stanovisko revizního lékaře“ a zajistí podpis rodiče nebo zákonného zástupce pod prohlášením.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP** a **Odbornost, Dne, Jméno, Příjmení, Číslo pojištěnce, Diagnóza základní a vedlejší.**

Dále se vyplňuje:

Ev. č. – na jednotlivé díly tiskopisu návrhu (originálu PC i jeho kopie) se uvádí evidenční číslo, které si doplňují podle svých potřeb příslušní lékaři a odborní pracovníci, kteří s těmito díly pracují.

Rodič (zákonný zástupce) – uvedou se údaje o zákonném zástupci pacienta (jméno a příjmení, vztah, možnost kontaktu, telefon).

Přesná adresa vč. PSČ – úplná a přesná adresa bydliště včetně PSČ a telefonu (důležité údaje pro léčebnu i zdravotní pojišťovnu). Jako součást adresy bydliště se uvede e-mail, pokud je známý.

Zaměstnavatel – podle okolností název a sídlo zaměstnavatele, resp. osoby samostatně výdělečně činné.

Podpis rodiče (zák. zástupce) – svým podpisem rodič (zákonný zástupce) souhlasí s textem žádosti o povolení pobytu dítěte, pojištěnce zdravotní pojišťovny, v dětské odborné léčebně, včetně prohlášení, a potvrzuje, že byl upozorněn na právní důsledky nedodržení ozdravenského režimu.

V případě elektronicky podaného návrhu prostřednictvím DR zajistí navrhující lékař seznámení pacienta se všemi skutečnostmi vyplněného návrhu a s obsahem prohlášení, splnění této povinnosti průkazně uvede ve zdravotnické dokumentaci.

Zdůvodnění pobytu v léčebně – stručně se uvede důvod, pro který je nutné léčení tímto způsobem.

Navrhovaná léčebna – navrhující lékař vybere pro pacienta vhodné léčebné místo podle seznamu dětských odborných léčeben a uvede jej na lince **1,** doplňkově i na lince **2**.

Dne – uvede se datum vystavení návrhu. Navrhující PZS je povinen předat návrh do 5 pracovních dnů od data vystavení návrhu na příslušnou zdravotní pojišťovnu, a to způsobem určeným jejím ředitelem. Časové rozmezí 6 měsíců platnosti návrhu plyne ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou.

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

V této části návrhu zdravotní pojišťovna schvaluje, upravuje nebo zamítá předložený návrh. Své stanovisko potvrdí podpisem, jmenovkou oprávněné osoby zdravotní pojišťovny a čitelným otiskem razítka zdravotní pojišťovny.

Schvaluji léčebnu – pokud oprávněná osoba zdravotní pojišťovny předložený návrh schválí, doplní název léčebny a proškrtne slova „Upravuji – zamítám“.

Upravuji – proškrtne se slovo „zamítám“, doplní se např. jiná léčebna.

Zamítám (důvod) – důvody zamítnutí návrhu je nutné předem projednat s navrhujícím lékařem. V tomto případě odešle oprávněná osoba zdravotní pojišťovny nepotřebné díly návrhu (PC originál) zpět navrhujícímu lékaři (díl 3 návrhu nebo kopie PC originálu zůstává na zdravotní pojišťovně).

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA

RA: (i sourozenci): uvedou se nemoci a úmrtí v rodině, které mohou mít vliv na současný zdravotní stav dítěte.

OA: uvedou se prodělaná závažná onemocnění dítěte, operace, úrazy.

Očkování: zde lékař potvrdí, že je dítě řádně očkováno podle současně platné vyhlášky MZ ČR o očkování. Popřípadě uvede, které očkování chybí a z jakého důvodu.

Alergie: na LP, potraviny, jiné, ev. jaká léčba.

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO: uvedou se současné obtíže dítěte, pro které je pobyt v léčebně navrhován, včetně dosavadní terapie.

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV **(event. odborná vložka nebo překladová zpráva):** uvedou se výška, váha, patolog. odchylky, zvláště pokud jsou ve vztahu k pobytu v léčebně.

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ **související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:** dle úvahy lékaře, pokud souvisejí s onemocněním, nebo je požaduje léčebna.

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ: uvede se zdůvodnění doprovodu pacienta, navržený způsob přepravy, potřeba dietního stravování apod. Doprovod dítěte do věku 6 let není nutné schvalovat zdravotní pojišťovnou, nad 6 let ano. Indikující lékař může pobyt doprovodu navrhovat, ale konečné rozhodnutí náleží odborné léčebně. Pokud bude léčebna požadovat umístění doprovodu u dítěte staršího 6 let, požádá o schválení příslušnou zdravotní pojišťovnu.

Postup při přehlášení pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně v době po podání návrhu zdravotní pojišťovně:
V těchto případech se postupuje jako u návrhů na lázeňskou léčebně rehabilitační péči (viz odstavec „Postup při přehlášení pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně v době po podání návrhu zdravotní pojišťovně“ v kapitole II. 2.13 včetně poznámky za tímto odstavcem). Pokud je pacient překládán přímo z nemocnice do dětské odborné léčebny (návrh neposuzuje zdravotní pojišťovna), tak zdravotní pojišťovny uhradí léčbu za ty dny, ve kterých byl pacient pojištěncem dané zdravotní pojišťovny.

2.18. VZP-20/2006 **Výpis z receptu**

Pokud se výpis LP z receptu pořizuje v lékárně na zvláštní tiskopis, vyplňuje se na rozdíl od receptu takto:

- na výpis z receptu se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vypisovanému LP;
- do spodní poloviny tiskopisu se uvede, pod jakým sériovým číslem (výpis z receptu číslo; jestliže je na receptu toto číslo uvedeno), kdy (vystaveného dne) a kým (lékař a IČP) byl původní předpis vystaven;
- pořízení výpisu se potvrdí podpisem a razítkem lékárny.

Upozornění: Lékárna nemusí na papírový tiskopis výpisu z receptu dopisovat ty údaje, které předává zdravotní pojišťovně v elektronické podobě. Výjimkou je položka „Poř. č.“, záměna předepsaného LP a taxace v případě výpisu na individuálně připravovaný LP.

2.19. VZP-21/2025 Žádanka o schválení

Doklad se používá jako žádost o posouzení naplnění podmínek nároku pojištěnce na poskytnutí zdravotní služby jako hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění v případech vyjmenovaných v ustanovení § 19 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. mimo případy léčebné lázeňské rehabilitační péče, zdravotní péče poskytované v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách a nezbytné letecké dopravy, a to ve správním řízení dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, (dále jen „posouzení nároku“). Účastníkem řízení je pojištěnec, o jehož nároku se rozhoduje. PZS, který pojištěnci poskytuje zdravotní služby, je povinen pojištěnci a zdravotní pojišťovně poskytnout součinnost za účelem vedení řízení, z tohoto důvodu doklad vyplňuje vždy PZS jako žadatel. Zdravotní pojišťovna se k žádosti vyjádří ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., resp. zákonem č. 500/2004 Sb. Doklad se používá také jako žádost o vykázání zdravotní služby, kterou PZS nemůže vykázat bez schválení zdravotní pojišťovnou, a to v případech mimo ustanovení § 19 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. tj. mimo správní řízení. Kopii dokladu zdravotní pojišťovna vrátí žadateli (pokud stanovisko neoznámí jiným prokazatelným způsobem) a originál si založí (v případě podání dokladu 21 v DR, předá i odpověď v DR).

Výkonu, LP, ZP, ostatní – proškrtnutím či jiným zřetelným označením se uvede druh položky předkládané k posouzení nároku.

Čís. schválení – oprávněná osoba zdravotní pojišťovny určí (případně v informačním systému zdravotní pojišťovny je generováno) jednoznačné číslo žádanky v rámci roku a zdravotní pojišťovny, pod kterým bude evidována.

Pojištěnec (poskytovatel zdravotní služby) – jméno pojištěnce, který žádá o posouzení nároku nebo označení PZS, jehož prostřednictvím pojištěnec žádá o posouzení nároku.

Čís. pojištěnce, IČP – uvede se číslo pojištěnce a IČP toho PZS, u kterého (kterým) bude zdravotní služba po posouzení nároku zdravotní pojišťovnou poskytnuta.

Sk – skupina podle číselníku „Skupiny číselníků léčivých přípravků, ZP a stomatologických nebo ortodontických výrobků“.

Kód – uvádí se v případě, kdy číslo výkonu, LP či ZP je uvedeno v přísl. číselníku. Kód výkonu se zarovnává k pravé straně.

Název – položka, která se předkládá zdravotní pojišťovně k posouzení nároku.

Počet provedení, balení, ks, km – vyplní se požadované množství nebo počet opakování do kolonky provedení v případě, že je žádáno o posouzení nároku na vícenásobné využití.

Platnost do *(vyplňuje zdravotní pojišťovna)* – datum ve tvaru DDMMRR označující omezení odsouhlasené úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění na určité časové období, ve kterém může pojištěnec čerpat předmětnou péči.

Jestliže zdravotní pojišťovna dospěje k závěru, že nejsou naplněny podmínky pro poskytnutí zdravotní služby jakožto hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, uvede se datum, kdy zdravotní pojišťovna o tomto nevyhovujícím stanovisku rozhodla.

Specifikace požadavku – uvede se konkrétní důvod, pro který je posouzení zdravotní pojišťovnou vyžádáno.

Zdůvodnění – lékařská zpráva nebo epikríza (popřípadě doplněná o relevantní doklady, které jsou shrnuty lékařskou epikrízou), která obsahuje údaje a výsledky vyšetření, ze kterých jednoznačně vyplývá naplnění podmínek pro úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění, uvedených v příslušných platných předpisech.

Pokud není stanovena úhrada pro kód LP či ZP, je nutno uvést jeho cenovou kalkulaci a v případě ZP i dodavatele. Nestačí-li místo pro zdůvodnění, pokračuje se na druhé straně tiskopisu, případně v příloze.

Dne, razítko a podpis žadatele – osobní potvrzení žádosti.

Stanovisko zdravotní pojišťovny – razítko a podpis oprávněné osoby zdravotní pojišťovny, dospěla-li zdravotní pojišťovna k závěru, že jsou naplněny podmínky poskytnutí služby jakožto hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

IČZ výdejny *(vyplňuje zdravotní pojišťovna; pouze v případě cirkulovatelných zdravotnických prostředků)* – IČZ výdejce, u kterého je schválený zdravotnický prostředek v režimu cirkulace pro pojištěnce k dispozici.

Evidenční číslo schváleného zdravotnického prostředku *(vyplňuje zdravotní pojišťovna)* – pouze u evidovaných zdravotnických prostředků.

2.20. VZP-22/2013 Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví

Doklad se používá k hlášení případů poškození zdraví, které vykazují známky zavinění fyzickou či právnickou osobou.

V podstatě se jedná o jakékoliv případy újmy na zdraví (např. úrazy, otravy), které podléhají ohlašovací povinnosti podle ustanovení § 55 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

Lékař je povinen vyplnit všechny kolonky tiskopisu s tím, že neodpovídá za správnost informací získaných od zraněného, pokud si nemůže ověřit správnost údajů v osobních dokladech. V případě pracovního úrazu je třeba uvést toho zaměstnavatele, u něhož k pracovnímu úrazu došlo. Na toto je třeba upozornit zraněného s několika pracovními poměry. V případě poskytování zdravotní péče osobě neidentifikovatelné vyplní lékař pouze kolonky, k nimž se může vyjádřit na základě jemu známých skutečností. Kolonky, které nebude moci vyplnit z důvodu neznalosti všech skutečností (s výjimkou údajů Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce), označí slovem „neznámé“. Vyplněné tiskopisy zašle PZS zdravotní pojišťovně bez zbytečného prodlení poté, kdy u zraněného zjistí příjmení, jméno a číslo pojištěnce.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, Bydliště (adresa), Diagnóza.**

Dále se uvádí:

Zaměstnavatel, povolání, druh vykonávané práce – u zaměstnavatele uvést název a adresu. V případě pracovního úrazu se uvede ten zaměstnavatel, u něhož došlo k pracovnímu úrazu.

Datum, hodina a místo úrazu – dle sdělení svědků či poškozeného, Policie ČR nebo jiných orgánů. Místem úrazu se rozumí především **obec (příp. okres)** a poté

podrobnější popis místa.

Stručný děj a příčiny úrazu – dle výpovědi zraněného, svědků apod. Dále se zde uvede, zda ke zranění došlo v důsledku fyzického napadení (text „Ke zranění došlo v důsledku fyzického napadení“, „Ke zranění nedošlo v důsledku fyzického napadení“, nebo „Není známo, zda ke zranění došlo v důsledku fyzického napadení“).

Ke zranění došlo v důsledku dopravní nehody – varianty: ano, ne, nevím (nehodící se škrtá).

Jedná se o úraz – prac., neprac., nevím (například se může jednat prac. úraz při autonehodě) Nehodící se škrtá.

Byla zraněnému odebrána krev k prokázání přítomnosti alkoholu či jiné omamné látky – varianty: ano, ne (nehodící se škrtá).

Bylo zraněnému vystaveno Potvrzení pracovní neschopnosti – varianty: ano, ne (nehodící se škrtá). Je míněno „Potvrzení pracovní neschopnosti“, vystavené lékařem toho PZS, kde je zraněný ošetřen a které odesílá „Hlášení úrazu“ příslušné zdravotní pojišťovně.

Kdy a kam byl zraněný odeslán na další vyšetření nebo do lůžkové péče – vyplnění údaje (datum, čas a místo) je nutné pro další sledování případu.

Zraněný byl hospitalizován v našem ZZ počínaje dnem – je nutné vyplnit, i kdyby nebylo vystaveno potvrzení o pracovní neschopnosti (např. u dětí, u důchodců, …).

Vystavil – jmenovka a vlastnoruční podpis lékaře vystavujícího hlášenku.

Dne – hlášení je nutno vyhotovit ihned po zjištění zavinění úrazu třetí osobou.

Podpis a razítko poskytovatele – zástupce PZS, které doklad vystavilo. IČZ na otisku razítka musí být čitelné. V případě nečitelnosti nutno vypsat IČZ nad otisk razítka.

2.21. VZP-23/2022 **Vyúčtování ozdravenské péče**

Náklady na zdravotní péči v dětských ozdravovnách jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou. Vyúčtování poskytnuté ozdravenské péče se provádí výhradně na předepsaných dokladech.

Vyúčtování ozdravenské péče se uzavírá za ozdravenskou péči v uplynulém měsíci vždy po uplynutí kalendářního měsíce a předkládá se jako dávka dokladů

v termínu dohodnutém ve smlouvě, výhradně na předepsaném dokladu **Vyúčtování ozdravenské péče – tiskopis VZP-23/2022.** Jde o třídílný samopropisovací tiskopis, z něhož první dva díly, tj. originál a kopii, zašle dětská ozdravovna spádovému pracovišti zdravotní pojišťovny, které kopii dále postoupí vysílajícímu pracovišti zdravotní pojišťovny. Celkový počet předaných dokladů se vyznačí na průvodním listu dávky.

Po ukončení ozdravenské péče je vystavena a zákonným zástupcem dítěte potvrzena papírová forma dokladu za celou dobu ozdravenské péče. Tento doklad se vystavuje i v případě, kdy je vyúčtování prováděno:

a) průběžně nebo jednorázově (za celou dobu pobytu) elektronickou formou;

b) průběžně papírovou formou dokladů.

Pokud byl návrh vyřizován v papírové podobě, přiloží se příslušný díl 1 „Návrhu na ozdravenskou péči“. Návrh v elektronické formě přepošle dětská ozdravovna na zdravotní pojišťovnu spolu s vyúčtováním pouze v případě, když pojištěnec v době od schválení návrhu zdravotní pojišťovnou zdravotní pojišťovnu změnil.

Za správné a včasné vystavení dokladů a jejich předání na příslušné spádové pracoviště zdravotní pojišťovny odpovídá ta organizační složka dětské ozdravovny, která je oprávněna tyto doklady pořizovat.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **IČZ, Čís. dokladu, Příjmení a jméno pacienta, Číslo pojištěnce.**

Čís. návrhu – uvede se číslo návrhu podle „Návrhu na ozdravenskou péči“.

Rok návrhu – uvede se rok podle „Návrhu na ozdravenskou péči“.

Čís. vysílajícího ÚP – uvede se číslo pracoviště zdravotní pojišťovny, které schválilo poskytnutí ozdravenské péče podle Návrhu.

Ozdravenský program – číselný kód označující typ ozdravenského programu.

Dětská ozdravovna – uvede se celý název PZS podle Registru smluvních dětských ozdravoven, ve kterém pacient absolvoval ozdravenskou péči.

Ozdravenská léčebna – uvede se konkrétní místo, ve kterém pacient absolvoval ozdravenskou péči.

Datum nástupu na ozdravenskou péči – uvede se skutečný den přijetí pacienta k ozdravenské péči.

Datum ukončení ozdravenské péče – uvede se den ukončení ozdravenské péče pacienta.

Datum odjezdu – uvede se skutečný den odjezdu pacienta. Toto datum se nemusí shodovat s datem ukončení ozdravenské péče.

Kód ukončení ozdravenské péče – uvede se vždy ten z předtištěného seznamu kódů, který je důvodem k uzavření vyúčtování.

Předčasné ukončení pobytu – ukončení z důvodu hospitalizace dítěte nebo na žádost jeho rodičů (zákonného zástupce), popř. z jiných kvalifikovaných důvodů povoluje vedoucí lékař dětské ozdravovny. Jiný důvod předčasného ukončení pobytu (např. svévolné opuštění dětské ozdravovny nebo předčasné propuštění pacienta pro porušení ozdravenského režimu) se uvede ve „Sdělení“. Dětská ozdravovna vyúčtuje zdravotní pojišťovně v těchto případech pouze skutečně vynaložené náklady na pobyt, který pacient již absolvoval.

Vyúčtování nákladů za **ubytování, stravování a ozdravenský program** pacienta:

Datum od – uvede se datum, od kterého se vyúčtovávají náklady za podmínek uvedených v tomtéž řádku.

Poč. dnů – uvede se skutečný počet dnů ozdravenské péče pacienta.

Cena/den – uvede se cena ubytování, stravování a ozdravenského programu za jeden den podle platného ceníku.

Cena (Kč) – uvede se celková cena jako výsledek násobku počtu uvedených dnů a ceny za 1 den.

Kód přerušení – uvede se vždy ten z předtištěného seznamu kódů přerušení ozdravenské péče, který je důvodem k přerušení ozdravenské péče. Přerušením se rozumí takové období, které nepřesahuje dobu trvání ozdravenské péče uvedené v Návrhu. Po dobu přerušení ozdravenské péče je pacientovi rezervováno lůžko, náklady s tím spojené hradí zdravotní pojišťovna.

Pozn.: na samostatném řádku v oddílu Pacient – ubytování se vykazuje změna ubytování a doba přerušení ozdravenské péče z důvodu hospitalizace pacienta nebo na jeho žádost se souhlasem vedoucího lékaře dětské ozdravovny (jiná situace by neměla nastat, jinak lze využít místa pro „Sdělení“).

Prodlužky z celkového počtu dnů – uvede se počet dnů prodloužení ozdravenské péče z celkového počtu dnů pobytu pacienta, přičemž prodloužení pobytu musí být vždy předem projednáno s RL, který návrh schvaloval.

Cena (Kč) za pobyt celkem – uvede se celková cena v Kč za účtované období ozdravenské péče pacienta.

Řádně vyplněné papírové doklady včetně data vystavení potvrzuje odpovědný pracovník dětské ozdravovny svým podpisem a čitelným otiskem razítka. Doklad o celkovém vyúčtování ozdravenské péče podepisuje rodič dítěte (zákonný zástupce). Bez těchto náležitostí zdravotní pojišťovna doklady nepřevezme. Úhradu poskytnuté a řádně vyúčtované ozdravenské péče provede spádové pracoviště zdravotní pojišťovny.

2.22. VZP-30/2006 **Registrační list**

Doklad slouží k registraci pojištěnce k lékaři. Registrační list v papírové podobě má dva listy označené čísly I. a II. List I. zůstává v evidenci lékaře a list II. pojištěnci. Jestliže pojištěnec změní zdravotní pojišťovnu, má tato možnost požadovat od lékaře doložení kopie registračního listu I. pojištěnce nebo prohlášení lékaře o tom, že má v pacientově zdravotní dokumentaci založen jeho registrační list I.

Všechny požadované údaje se vyplňují do předtištěných rámečků listu I. Na list II. se údaje v předtištěných rámečcích propíší. Po vyplnění listu I. se oba listy oddělí, každý zvlášť pojištěnec podepíše, a teprve poté registrující lékař doplní na list II. IČP (viz kap. II. 1. Společné zásady) a potvrdí ho svým podpisem a otiskem razítka.

Číslo pojištěnce – vyplní se číslo z průkazu pojištěnce.

Jméno a příjmení pojištěnce, adresa jeho trvalého bydliště, resp. přechodného pobytu se vyplňuje hůlkovým písmem nebo na psacím stroji. Adresa se zaznamenává v pořadí údajů:

ulice (obec), číslo,

obec (dodací pošta),

PSČ.

Datum reg. – uvede se datum registrace v tvaru DDMMRR.

Podpis pojištěnce (zák. zástupce) – svým podpisem se pojištěnec, resp. zákonný zástupce nezletilých dětí, popřípadě jiných osob zavazuje, že uhradí tu část cestovních nákladů lékaře v návštěvní službě, která přesáhne zdravotní pojišťovnou stanovený a hrazený počet km dojezdu při návštěvní službě.

Po uzavření registrace se pojištěnci nebo zákonnému zástupci pojištěnce předá list II se základním poučením.

Přeregistrace pojištěnce u jiného praktického lékaře, praktického zubního nebo ženského lékaře před uplynutím stanovené zákonné lhůty z jiného důvodu než při změně pracoviště smluvního lékaře zdravotní pojišťovny nebo trvalého pobytu pojištěnce je možná pouze se souhlasem zdravotní pojišťovny. Rovněž pojištěnec mladší 6 měsíců může být přeregistrován před uplynutím stanovené zákonné lhůty s podmínkou písemného souhlasu původně registrujícího lékaře. Při další registraci (přeregistraci pojištěnce) si lékař vyžádá od pojištěnce platný list II.

Lékař, od kterého byla z důvodu přeregistrace vyžádána písemná informace potřebná k zajištění návaznosti zdravotní péče, uschová písemnou žádost spolu s listem I registračního listu pojištěnce vyřazeného z jeho evidence. Uschované doklady slouží pro případnou kontrolu.

2.23. VZP-31/2006 **Faktura za období**
VZP-32/2006 **Faktura za dávky**

Vyplňuje se:

IČZ – identifikační číslo zařízení (viz kap. II. 1. Společné zásady).

Číslo faktury – číslo faktury přidělené odpovědným pracovníkem PZS.

IČO – identifikační číslo organizace přidělené ČSÚ.

Pořadové číslo – nevyplňuje se.

Poskytovatel – název PZS předkládajícího fakturu k proplacení.

Peněžní ústav – název peněžního ústavu PZS.

Číslo účtu, Kód peněžního ústavu – číslo bankovního spojení.

Den vystavení fa.

Den odeslání fa.

Splatnost faktury do … kalendářních dnů ode dne doručení!

Fakturováno za období – číslo měsíce, za který je poskytnutá péče účtována,

Roku – rok, za který je poskytnutá péče účtována.

Celkem Kč – uvede se účtovaná finanční částka.

Číslo dávky, měsíc/rok (pouze u faktury za dávky) – uvede se číslo dávky, případně období ve tvaru MMRR (měsíc/rok), za které je poskytnutá zdravotní péče účtována. Číslo dávky a období musí být shodné s údaji průvodního listu

dávky. Pokud se dávka dokladů vztahuje k některému z minulých období, je vyplnění sloupce „měsíc/rok“ povinné.

Razítko a podpis – dle pravidel uvedených v kap. II. 1. Společné zásady.

Pořadové číslo fa. ve VZP, Den doručení fa. a **Den splatnosti fa.** – vyplňuje zdravotní pojišťovna. Splatnost faktury se řídí termíny dohodnutými ve smlouvě.

2.24. VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu

Příkaz ke zdravotnímu transportu (dále jen Příkaz) je tiskopis s jednou průpisovou nebo označenou kopií pro indikaci zdravotnických transportů, přepravy zemřelého pojištěnce na patologicko-anatomickou nebo zdravotní pitvu a z patologicko-anatomické nebo zdravotní pitvy, a přepravy v mimořádných případech dle § 36, odst. 3, písm. b) – d) zákona č. 48/1997 Sb.

Zdravotnický transport vyžádá lékař, pokud je pro pojištěnce ze zdravotních důvodů indikován.

Příkaz je třeba použít i v případě indikace **sekundární přepravy pacienta vozidlem PPNP** (vyplní se pouze jeho „díl A“). **Sekundárním převozem PPNP** se rozumí přeprava pacienta mezi PZS, kdy se stav pacienta vyznačuje závažným ohrožením životních funkcí, nebo vyžaduje jejich pečlivé monitorování nutné k rozpoznání případně se rozvíjejících komplikací. Účelem sekundární přepravy je překlad do jiného PZS nebo na speciální vyšetření, nebo přeprava dárců orgánů k transplantaci (za splnění podmínky nutnosti soustavného poskytování neodkladné péče).

Příkaz pro cestu do PZS, kde má být pojištěnci poskytnuta zdravotní péče, **vyplňuje** vždy ten odesílající OL, který poskytnutí zdravotní péče požaduje, v odůvodněných případech i lékař ZZS.

Současně s Příkazem pro cestu do PZS **musí** odesílající OL vystavit i Příkaz pro cestu zpět, pokud požaduje poskytnutí péče od jiných odborných zdravotnických pracovníků než lékařů.

Lékař, který poskytl pojištěnci zdravotní péči v PZS, je povinen zhodnotit, zda je indikován zdravotnický transport pojištěnce do místa pobytu. V případě, že ano, **vyplní** Příkaz pro cestu zpět. Doklad pro přepravu z pitvy vystaví lékař, který pitvu provedl.

Lékař požadující zdravotnický transport vyplní následující údaje dílu A.

Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplňuje **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Jméno a Příjmení pacienta, Číslo pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní Dg., Kód náhr.** Jako základní Dg. uvede Dg. pro indikaci zdravotního transportu. Dále uvádí:

Na den, ev. hod. – datum dne, na který požaduje transport pojištěnce, a eventuálně hodinu, je-li nezbytné, aby byl pojištěnec dopraven ke zdravotní péči na určitou hodinu.

Důvod k transportu – medicínské odůvodnění požadovaného transportu, event. speciální podmínky pro transport pojištěnce, které nejsou obsaženy v pokynech pro posádku. V případě transportu k jinému než nejbližšímu PZS, uvede odůvodnění léčby u vzdálenějšího PZS. Pokud se jedná o speciální požadavek, vyznačí navíc:

na zdravotní pitvu: transport na patologicko-anatomickou nebo zdravotní pitvu; vždy se uvede typ určené pitvy dle Listu o prohlídce zemřelého

ze zdravotní pitvy: transport z patologicko-anatomické nebo zdravotní pitvy; vždy se uvede typ určené pitvy dle Listu o prohlídce zemřelého

VITAL: transport lékaře či jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému výkonu nebo přeprava transfuzních přípravků, spec. LP, buněk, tkání a orgánů k transplantaci nezbytných vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta a bezprostřednímu ohrožení jeho života. Dále se uvede jméno požadovaného zdravotnického pracovníka nebo druh a množství požadovaného materiálu. Výzva se telefonicky předá přepravci. Přeprava se vykazuje vždy na číslo pojištěnce příjemce

infekční převoz: pokud se jedná o transport pojištěnce s infekční Dg., prováděný ve zvláštním režimu podle hygienických předpisů

sekundární přeprava: pro plánovanou přepravu vozidlem PPNP se uvede vždy požadovaný typ posádky (RLP nebo RZP)

převoz pacienta s hmotností nad 140 kg: pokud se jedná o převoz imobilního pacienta nad 140 kg, uvede se hmotnost pacienta.

Odkud, Nejbližší SZZ a Kam – uvede se adresa včetně PSČ a popisného čísla, pokud je známo. V případě transportu z patologicko-anatomické nebo zdravotní pitvy je „Odkud“ místo provedení zdravotní pitvy a „Nejbližší SZZ“ je místo odkud byl zemřelý převezen na pitvu (uvedeno na dokladu „List o prohlídce zemřelého“).

Hradí ZP – ošetřující lékař označí symbolem x „Odkud“ a symbolem x „Nejbližší SZZ“. V případě, že v důvodu transportu lékař zdůvodní nutnost léčby ve vzdálenějším PZS, označí symbolem x „Kam“.

Pokud pojištěnec požaduje transport do jiného než k nejbližšímu PZS, tedy takový transport, který je z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazen pouze částečně, pak lékař do části „Kam“ uvede adresu jako pokyn pro posádku ZDS, kam má být transport proveden. V tomto případě pro úhradu ZP označí symbolem x „Odkud“ a „Nejbližší SZZ“.

V případě použití tiskopisu pro vyžádání přepravy zdravotnického pracovníka označené VITAL se v části Odkud uvede jméno požadovaného pracovníka a adresa jeho pracoviště ev. místa pobytu. V části „Kam“ se uvede adresa pracoviště, které zdrav. pracovníka požaduje.

Pokyny pro posádku – vyznačí zaškrtnutím jeden z předtištěných způsobů transportu pojištěnce, případně požadavek na dvojposádku, pokud z důvodu zdravotního stavu pacienta požaduje zajištění transportu dvoučlennou posádkou. Dále zde uvede:

- při přepravě transfuzních přípravků, spec. LP, tkání a orgánů k transplantaci druh a požadované množství, ev. speciální podmínky pro přepravu;
- imobilní pacient je označen zaškrtnutím „odnést vsedě“ nebo „odnést vleže“;
- další potřebné požadavky na transport.

Důvod doprovodu – v případě indikace doprovodu nutno vždy uvést konkrétní odůvodnění indikace. Doprovodem se rozumí doprovázející osoba, která není členem posádky vozidla a jejíž přítomnost je s ohledem na zdravotní stav pacienta nezbytně nutná pro následné ošetření a vyšetření u PZS. Pokud lékař doprovod pacienta neindikuje, proškrtne se celý řádek.

Datum, razítko a podpis lékaře – uvede den vystavení Příkazu a potvrdí razítkem a podpisem. Za indikaci transportu odpovídá ošetřující lékař.

LETECKÁ PŘEPRAVA: indikaci letecké přepravy předává ke schválení ošetřující lékař zdravotní pojišťovně. Zdravotní pojišťovna potvrdí schválení razítkem a podpisem oprávněné osoby zdravotní pojišťovny s uvedením data.

V případě, kdy pojištěnec požaduje přepravu vozidlem smluvní zdravotnické dopravní služby k vzdálenějšímu PZS, než je ošetřujícím lékařem určené, stvrdí tento požadavek svým podpisem na rubové straně tiskopisu.

Přepravce obdrží Příkaz včetně kopie. Podle požadavku ošetřujícího lékaře realizuje transport a **vyplní požadované údaje dílu B.**

Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplňuje **Čís. dokladu, Poř. č., IČP, Var. symbol.** Dále uvádí:

SPZ vozu – registrační značku vozidla, kterým provedl transport.

Datum – datum zahájení transportu.

Odjezd – uvede se čas v hodinách a minutách ve tvaru HH:MM zahájení transportu pojištěnce.

Příjezd – uvede se čas v hodinách a minutách ve tvaru HH:MM předání pojištěnce v místě určení.

Kód – kód provedeného výkonu přepravy podle číselníku „Doprava“. Kód se zarovnává k pravé straně.

Počet

Přeprava pacienta – počet km ujetých s každým konkrétním pacientem vhodnou komunikací do místa určení dle indikace lékaře. Uvedené platí i v případě, je-li současně přepravováno více pacientů, nejvíce však 4 osoby, včetně doprovodů pacientů. Vykazuje se kódem, který přísluší pásmu, ve kterém se tyto kilometry nacházejí. Počet km musí odpovídat vzdálenosti vypočítané s použitím smluvně dohodnutého SW, zaokrouhlené na celé km. Doprovod pacienta se vykazuje tak, že je připočten počet km ujetých s doprovodem k počtu km ujetých s pacientem. Tento součet km se vykazuje jedním kódem, v jedné řádce, příslušného pásma, ve kterém se součet těchto km nachází.

V případě vyúčtování individuálním paušálem na jednoho pojištěnce se počet nevykazuje, má se za to, že je roven jedné. Doprovod se v tomto případě vykazuje stejným kódem paušálu jako u pacienta, a to na číslo doprovázeného pojištěnce v další řádce.

Přeprava zemřelého:

- **na patologicko-anatomickou nebo zdravotní pitvu** uvede se skutečný počet km ujetých při převozu zemřelého nejkratší vhodnou komunikací z místa úmrtí do místa provedení zdravotní pitvy;

- **z patologicko-anatomické nebo zdravotní pitvy** uvede se skutečný počet km ujetých nejkratší vhodnou komunikací při přepravě zemřelého z místa provedení zdravotní pitvy, ale nejvýše do vzdálenosti, která je rovna vzdálenosti z místa úmrtí do místa pitvy.

Razítko a podpis přepravce – podpis a razítko dopravce (přepravce).

Originál tiskopisu je nedílnou součástí vyúčtování a přepravce ho předává vždy zdravotní pojišťovně.

V případě letecké přepravy je nutné předložit fakturu přepravce a vyplněný díl A Příkazu se schválením zdravotní pojišťovny.

Pozn.: Pokud je dávka papírových dokladů 34 seřazena vzestupně podle vyplněného čísla dokladu a je-li současně dávka předávána i v DR (elektronicky, soubor na datovém nosiči), nemusí být na papírový doklad 34 vyplněno „Poř. č." (pořadové číslo listu dokladu v dávce).

2.25. VZP-35/1995 Záznam o provozu zdravotnického vozidla

Pro usnadnění vedení řádné dokumentace k vykázaným výkonům zdravotnických přepravců vydává VZP ČR tiskopis Záznam o provozu zdravotnického vozidla, který obsahuje navíc k obvyklým údajům dopravním i údaje specifické pro zdravotnickou dopravu.
Způsob používání a vyplňování je podrobně uveden na přebalu jednotlivých bloků tiskopisů. Doklad se nepředává zdravotní pojišťovně automaticky, ale pouze na vyžádání.

2.26. VZP-36/2009 Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě

Používá se k vyúčtování přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě. Na tiskopisu se též vykazuje přeprava lékaře v pohotovostní službě (LPS).

Cesty zdravotnického pracovníka k návštěvám pacientů jak v návštěvní službě, tak v LPS se vykazují v daný den tak, jak na sebe chronologicky navazovaly. Chronologie cest zahrnuje všechny pacienty bez ohledu na to, u které zdravotní pojišťovny jsou registrováni.

Pokud je smluvně stanoven paušál na jeden měsíc, vyplní se v hlavičce dokladu v kolonce **Kč** hodnota měsíčního paušálu v Kč. V ostatních případech zůstane tato kolonka nevyplněna.

Pokud je smluvně stanoven paušál na jednu návštěvu, nevyplňují se údaje o ujetých km ani Kč v kolonce **Kč** v hlavičce dokladu, přičemž povinnost chronologického vykazování není dotčena.

Číslo pojištěnce se vyplňuje pouze v případě, že je registrován u zdravotní pojišťovny, které se vyúčtování předkládá. Do kolonky „Kód poj.“ se povinně vyplní kód zdravotní pojišťovny (u které je pojištěnec registrován) jen v případě, že se jedná o pojištěnce registrovaného u jiné zdravotní pojišťovny, než které se vyúčtování předkládá.

Číslo dokladu je přiřazováno podle zásady samostatných číselných řad pro jednotlivé zdravotní pojišťovny.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Poř. č., Číslo pojištěnce, KN.** Dále se uvádí:

Kč – při smluvní úhradě paušálem na měsíc se požadovaná částka vyplňuje v hlavičce dokladu v kolonce **Kč**, při jiném způsobu úhrady se nevyplňuje.

Období – kalendářní měsíc a rok, za který byl doklad vystaven. Údaj se zapisuje ve tvaru MMRR.

Kód dopravy – číslo výkonu přepravy dle číselníku „Doprava“.

Den – pořadové číslo dne v měsíci uvedeném v období ve tvaru DD. Jeho vyplnění je povinné u první návštěvy za každý vykazovaný den.

Odkud, Kam – adresa (v pořadí obec, ulice, číslo popisné a PSČ) místa odkud se k ošetřovanému pojištěnci vyjíždí (část „ODKUD“), respektive místa pobytu ošetřovaného pojištěnce (část „KAM“). Adresa v části „ODKUD“ daného trojřádku se nemusí vyplňovat, pokud je totožná s adresou v části „KAM“ bezprostředně předcházejícího trojřádku.

Km – počet ujetých kilometrů nejkratší vhodnou komunikací z výchozího místa za pojištěncem, popřípadě mezi pojištěnci (s vykázáním k následujícímu pojištěnci) a od posledního pojištěnce zpět do výchozího místa. Cesta zpět do výchozího místa se připočítává do počtu km posledně navštíveného pojištěnce. Ostatní ujeté km mimo návštěvní službu zdravotní pojišťovna neproplácí. V případě nasmlouvaného paušálu na jeden měsíc nebo na jednu návštěvu se údaj nemusí vyplňovat.

Razítko a podpis – razítko a podpis zástupce PZS, které doklad předkládá k vyúčtování (při použití vozidla pro LPS předkládá vyúčtování ZDS nebo PZS provozující LPS).

Při použití vozidla pro LPS se tiskopis vyplňuje navíc podle těchto pravidel:

- vyplňuje ho řidič;
- v záhlaví tiskopisu uvede IČP a odbornost předkládajícího PZS;
- lékař, který návštěvy vykonal, potvrdí provedení vykázaných návštěv otiskem razítka a podpisem do prvního volného trojřádku a další prázdné řádky proškrtne;
- správnost uvedených údajů potvrdí předkládající PZS ve vymezeném místě pro podpis a razítko.

Pozn.:

1. *Pokud je návštěvní služba při použití vozidla ZDS přerušena transportem navštíveného pojištěnce do ZZ, je nutno vystavit pro takovou cestu Příkaz ke zdravotnímu transportu, který vystavuje lékař LPS.*
2. *Výchozím místem pro návštěvu prvního pojištěnce v navazující řadě návštěv se rozumí místo provozování péče zdravotnických pracovníků, kteří jsou oprávněni vykonávat návštěvní službu, nebo pracoviště LPS.*

2.27. VZP-37/2025 Vyúčtování výkonů záchranné služby

Doklad se používá k vyúčtování zdravotních výkonů včetně souvisejících výkonů přepravy a zvlášť účtovaných materiálů poskytnutých pojištěnci poskytovatelem ZZS a PPNP, včetně výkonů v setkávacím systému, a to vždy odděleně RLP, RZP.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Číslo pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady.** Dále se uvádí:

SPZ vozu – registrační značka vozidla.

Datum – datum provedení zásahu ve tvaru DDMMRR.

Od hod. min. – hodina a minuta příjmu výzvy.

Do hod. min. – hodina a minuta ukončení zásahu.

V části ZDRAVOTNÍ VÝKONY se vykazují zdravotní výkony RZP či RLP a výkony přepravy ZZS a PPNP.

Kód – číslo zdravotního výkonu nebo výkonu přepravy podle číselníků „Zdravotní výkony“ a „Doprava“. Zarovnává se do pravé strany.

Počet – celkový počet provedení vykazovaného zdravotního výkonu. Pokud nebude údaj vyplněn, má se za to, že byl proveden pouze jednou. V případě výkonu přepravy se zde uvede počet ujetých km.

IČP indikujícího lékaře – identifikační číslo pracoviště indikujícího lékaře. Vyplňuje se v případě sekundární přepravy mezi PZS a transportů vykázaných dopravním kódem 60.

IČP cílového PZS – identifikační číslo pracoviště cílového PZS. Vyplňuje se v případě sekundární přepravy mezi PZS a transportů vykázaných dopravním kódem 60.

V části ZUM se vykazují stanovené speciální pomůcky a ZP na jedno použití v souladu se smlouvou a příslušným věstníkem MZ ČR.

Sk – jednomístný číselný údaj, pro jehož vyplnění se použije číselník „Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků“. Uvedení skupiny je nezbytné pro vyplnění dalších údajů. Není-li pole vyplněno, systém automaticky předpokládá Sk = 1.

Kód – číselný údaj označující použitý materiál z číselníků LP a ZP. V případě, že materiál není uveden v číselnících, je nutné jej účtovat přiloženou fakturou s uvedením názvu, množství a nákupní ceny.

Množství – skutečně spotřebované množství materiálu v poměru k měrným jednotkám uvedeným v odpovídajícím číselníku. Rozsah údaje je 6 znaků, 3 celá čísla a 3 místa desetinná.

Příklad: Měrná jednotka je jedno balení. Balení obsahuje 10 ks. Spotřebován je pouze 1 kus a ten se vykáže: 1: 10 = 0,1 │ │0│1|0|0│

Cena – skutečná cena za vykázané množství, kterou je PZS oprávněné účtovat k úhradě zdravotní pojišťovně. Rozsah údaje je 8 znaků, 6 celých čísel a 2 desetinná místa. Cena musí být povinně vyplněna.

Prázdné okénko – místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.

Vystavil razítko, podpis, datum – den vystavení, razítko a podpis.

V případě přepravy mezi PZS a přepravy vykázané přepravním kódem 60, kdy je přeprava indikována na dokladu „VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu“, se originál tohoto dokladu VZP-34/2022 stává nedílnou součástí vyúčtování a přepravce ho předává vždy zdravotní pojišťovně.

2.28. VZP-39/2026 **Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem**

Tiskopis se používá k vyúčtování cestovních nákladů cest soukromým vozidlem v tom případě, pokud OL schválí pojištěnci přepravu soukromým vozidlem,

řízeným jinou osobou, místo indikovaného zdravotnického transportu. Přeprava je hrazena ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního poskytovatele, který je schopen požadovanou hrazenou službu poskytnout.

Pojištěnec svým podpisem na tiskopise prohlašuje, že soukromé vozidlo řídila jiná osoba, případně dává plnou moc k převzetí náhrady cestovních nákladů zmocněnci (pokud plnou moc neuděluje, řádky „jméno a příjmení zmocněnce“, bydliště zmocněnce“ a „datum narození zmocněnce“ proškrtne).

OL, který pojištěnce odesílá k poskytnutí péče do konkrétního PZS, vyplňuje dle kap. II. 1. Společné zásady **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Pacient, Čís. pojištěnce, Základní Dg., Ostatní Dg., Kód náhrady.** Dále uvádí:

Odkud – místo, odkud je pojištěnec odeslán. Uvede se adresa včetně PSČ.

Nejbližší PZS – stručný název a adresa nejbližšího PZS, který je schopen požadovanou hrazenou službu poskytnout.

Kam – místo, kam je pojištěnec odeslán. Uvede se stručný název a adresa poskytovatele včetně PSČ (uvede se vždy pouze jeden PZS), kam je pojištěnec odeslán.

Důvod k transportu – medicínské odůvodnění transportu a důvod schválení jízdy soukromým vozidlem s vyznačením nutnosti individuální přepravy, případně medicínské odůvodnění úhrady ke vzdálenějšímu PZS.

Počet jízd - OL uvede počet indikovaných cest do uvedeného PZS, a to v souladu s objemem požadované zdravotní péče, nejvýše však 10 cest vzhledem k rozsahu tiskopisu.

Datum, razítko a podpis – lékaře, který doklad vystavil.

Doklad se předkládá zdravotní pojišťovně k vyúčtování po ukončení cest předepsaných ošetřujícím lékařem, nebo po ukončení léčení před uskutečněním všech předepsaných cest.

Pověřený pracovník zdravotní pojišťovny vyplní a provede:

výpočet náhrady cestovních nákladů po ověření oprávněnosti počtu uvedených km na základě potvrzení o uskutečnění požadované péče podle příslušné sazby uvedené v číselníku „Doprava“.

Km – celkem – počet ujetých kilometrů nejkratší vhodnou komunikací za celkový počet cest předepsaných ošetřujícím lékařem a uskutečněných dle potvrzení na rubu tiskopisu.

Kód – kód dle číselníku „Doprava“.

Kč – celkem – celková hodnota v Kč stanovená zdravotní pojišťovnou k proplacení.

Likvidoval (revidoval, vyplatil) – datum a podpis odpovědného pracovníka zdravotní pojišťovny.

Příjemce částky náhrad vyplní:

Způsob úhrady, podpis – úhrada na bankovní účet (číslo účtu), úhrada poštovní poukázkou a podpis.
Pozn.: Pokud nebude příjemcem částky náhrad pojištěnec, kterému byla přeprava indikována, je pro přijetí náhrady nutné zmocnění s uvedenými osobními daty o zmocněnci (jméno, příjmení, datum narození a bydliště), a s podpisem zmocnitele – pojištěnce.

Pracovník, který poskytl péči vyžádanou ošetřujícím lékařem, vždy vyplní:

Potvrzení o odborném vyšetření/ošetření – lůžkové péči – při každé návštěvě pojištěnce vyplní datum ošetření a potvrdí razítkem a podpisem. V případě, že není indikace i pro cestu zpět, doplní v místě razítka a podpisu lékaře „ZPĚT NE“, a pokud pro cestu zpět indikuje sanitu, vyznačí „ZPĚT SANITA“. Pokud pominou důvody k indikaci dalších cest k PZS, doplní v místě razítka a podpisu lékaře „DALŠÍ CESTY NE“. Přijetí a propuštění z lůžkové péče (včetně lázeňské léčebně rehabilitační péče) se potvrzuje a zaznamenává pro každou cestu na zvláštní řádek s označením „PŘIJETÍ“ nebo „PROPUŠTĚNÍ“. Pokud není uveden jiný pokyn, je potvrzení o odborném ošetření/vyšetření současně potvrzením indikace pro náhradu cestovních nákladů pro cestu zpět.

2.29. VZP-80/1997 **Přihláška registrovaných pojištěnců**

Tiskopis slouží lékaři k pořízení seznamu pojištěnců zdravotní pojišťovny, kteří jsou u něho registrovaní, a k měsíčnímu hlášení nově registrovaných a přeregistrovaných pojištěnců.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Čís. dokladu, Odbornost**.

Dále se vyplňuje:

Str. – číslo strany přihlášky.

Počet – celkový počet stran přihlášky.

Za měsíc____ a rok____ – při prvním hlášení registrace se uvede měsíc a rok, ke kterému se zdravotní pojišťovně hlásí stav (vytvoření registru pojištěnců pro

kapitaci). Při hlášení nově registrovaných a přeregistrovaných pojištěnců v dalších měsících se uvede měsíc a rok, za který se hlásí změna.

Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce – při prvním hlášení registrovaných pojištěnců se uvedou všichni, kteří jsou k poslednímu datu uvedeného měsíce u lékaře registrováni. Při hlášení změn v dalších měsících se uvedou pouze nově registrovaní a přeregistrovaní pojištěnci.

Datum – zapisuje se datum ve tvaru DDMMRR, od kterého je pojištěnec u lékaře registrován. Při nahlášení nesmí být měsíc a rok (MMRR) registrace pojištěnce vyšší než období dávky dokladů.

2.30. VZP-85/1999 Hlášení o nepřítomnosti / zastupování lékaře

PZS nahlašuje zdravotní pojišťovně uzavření pracoviště/nepřítomnost lékaře a nahlašuje zastupujícího lékaře/zastupující pracoviště v případech uvedených ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou.

Tiskopis VZP-85/1999 „Hlášení o zastupování lékaře“ se použije jak pro hlášení o zastupování, tak pro hlášení o nepřítomnosti lékaře.

V případě hlášení o své nepřítomnosti (bez zajištěného zastupování) lékař v záhlaví tiskopisu škrtne slovo „ZASTUPOVÁNÍ“ a dopíše sem slovo „NEPŘÍTOMNOSTI“, vyplní údaje v části ZASTUPOVANÝ LÉKAŘ a dobu své nepřítomnosti vyplní v části ZASTUPUJÍCÍ LÉKAŘ. Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplní lékař **Kód pojišťovny, IČZ** a **IČP** své a v případě zastupování i zastupujícího lékaře. Dále uvede:

Jméno a příjmení – své a v případě zastupování i zastupujícího lékaře.

Doba nepřítomnosti a zastupování – je možno uvést dvěma způsoby, které lze kombinovat:

ve dnech – výčtem jednotlivých dnů nepřítomnosti či zastupování.

Příklad: zastupování v délce 4 dnů ve dnech 2., 8., 10. a 20. března 2023 se vypíše:

ve dnech: *2., 8., 10. a 20. 3. 2023*

od, do – den, měsíc a rok počátku a konce zástupu.

Příklad: zástup v délce 8 dnů ve dnech od 8. do 15. března 2023 se vypíše jako interval:

od *8 3* ***do*** *15 3 2023*

Adresa ordinace – vyplní se pouze v případě zastupování, které se uskuteční jinde než v ordinaci zastupovaného lékaře.

Razítko, Dne, Podpis – den vystavení, razítko a podpis zastupovaného lékaře.

Dne, Razítko a podpis – zastupujícího lékaře; v případě nepřítomnosti bez zastupování jde o údaje nahlašujícího lékaře.

Pokud nahlašující lékař potřebuje již předané „Hlášení o nepřítomnosti/ zastupování lékaře“ zrušit, tak předá zdravotní pojišťovně opis nebo kopii předaného hlášení a vlevo před nadpis tiskopisu uvede výrazně hůlkovým písmem „ZRUŠENÉ“. Pokud potřebuje lékař údaje, na již předaném hlášení opravit, tak jej musí výše popsaným způsobem nejprve zrušit a pak (nebo současně) předat zdravotní pojišťovně opravené (správně vyplněné) hlášení a vlevo před nadpis tiskopisu uvést výrazně hůlkovým písmem „OPRAVENÉ“.

Pozn.: doklad se předává zdravotní pojišťovně před uskutečněním plánované nepřítomnosti či plánovaného zástupu, nejpozději ve smluvně dohodnutém termínu pro vyúčtování dávek.

2.31. Vyúčtování přepravy zemřelého na zdravotní pitvu a ze zdravotní pitvy

Vyúčtování přepravy zemřelého na zdravotní pitvu a ze zdravotní pitvy se provádí na dokladu 34 „Příkaz ke zdravotnímu transportu“. Postup a pravidla pro vyplnění dokladu 34 jsou uvedeny v kapitole II. 2.23. VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu.

Faktura předložená pohřební službou (smluvní nebo nesmluvní) musí obsahovat také prohlášení, že částka fakturovaná zdravotní pojišťovně za přepravu ze zdravotní pitvy **byla odečtena ve fakturaci** za přepravu do místa pohřbu vzdálenějšího než místo úmrtí, **předané k úhradě obstaravateli pohřbu zemřelého.**

2.32. Průvodní list k pitvě

Pro účely zdravotní pojišťovny je Průvodní list k pitvě uznávaným dokladem k vyžádání zdravotní pitvy a dokladem o oprávněném vykázání pitvy k úhradě zdravotní pojišťovně. Na průvodním listu musí být uvedeny dle kap. II. 1. Společné zásady **IČP** a **Odbornost** požadujícího, **Kód pojišťovny, Číslo pojištěnce**. Musí být jednoznačně uveden požadavek na **zdravotní** pitvu a musí být opatřen **razítkem a podpisem** požadujícího lékaře.

2.33. Ostatní žádanky na vyšetření

Tyto ve zdravotnictví užívané tiskopisy zůstávají povolenými doklady k vyžádání péče OL PZS, pokud nejsou nebo nebudou nahrazeny speciálními variantami tiskopisu VZP-06. Jako doklad o oprávněném vykázání vyžádané péče slouží poskytovateli péče pouze tehdy, pokud:

- jsou na nich uvedeny dle kap. II. 1. Společné zásady IČP a Odbornost požadujícího, Kód pojišťovny, Číslo pojištěnce, Datum vypsání požadavku, Základní Dg., event. Ostatní Dg.;
- je na nich čitelně a jednoznačně uveden požadavek;
- jsou opatřeny razítkem, jmenovkou a podpisem požadujícího lékaře.

III. Pravidla pro předávání dokladů

Zde jsou popsány specifické pojmy pro předávání dokladů, vlastní předávání dokladů včetně základních kontrol a následné kontroly pro jejich zařazení do zpracování.

1. Dávky

Dávka je zavedena jako pomocná jednotka pro vyúčtování a pro předávání dokladů zdravotní pojišťovně. Dávky dokladů kompletuje PZS. Do dávky se zařazují doklady, které jsou uzavřeny v období, za které se dávka předkládá k vyúčtování.

Dávky rozlišujeme podle charakteru a typu.

CHARAKTER DÁVKY indikuje, zda jde o dávku řádnou (z původních dokladů), nebo opravnou (z opravených dokladů dříve odmítnutých).

TYP DÁVKY indikuje, zda jsou v dávce doklady pouze jednoho druhu – JEDNODUCHÁ DÁVKA, nebo obsahuje-li dávka doklady více druhů – SMÍŠENÁ DÁVKA.

Počet dokladů v dávce může být max. 999.

TYPY DÁVEK PRO ZÚČTOVÁNÍ

05 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ VÝKONŮ NEPRAVIDELNÉ PÉČE A LPS
obsahuje jen doklady druhu 05.

10 – DÁVKA RECEPTŮ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 10, 20 a recepty na LP obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II.

12 – DÁVKA POUKAZŮ NA BRÝLE A OPTICKÉ POMŮCKY
obsahuje jen doklady druhu 12.

13 – DÁVKA POUKAZŮ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU
obsahuje jen doklady druhu 13.

14 – DÁVKA POUKAZŮ NA FONIATRICKOU POMŮCKU
obsahuje jen doklady druhu 14.

16 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ LÁZEŇSKÉ LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 16 a při závěrečném doúčtování léčení přiložené díly dokladu 15.

23 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ OZDRAVENSKÉ PÉČE SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 23 a při závěrečném doúčtování léčení přiložené díly dokladu 18.

31 – DÁVKA ŽÁDANEK O VYÚČTOVÁNÍ
při vyúčtování v DR nahrazuje faktury.

34 – DÁVKA PŘÍKAZŮ KE ZDRAVOTNÍMU TRANSPORTU
obsahuje jen doklady druhu 34.

36 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ CEST V NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBĚ
obsahuje jen doklady druhu 36.

37 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ VÝKONŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY
obsahuje jen doklady druhu 37.
Pozn.: Pokud jsou v dávce typu 37 obsaženy doklady, jejichž transport byl indikován na tiskopisu 34 „Příkaz ke zdravotnímu transportu“, přikládají se též tyto tiskopisy v samostatné papírové dávce typu 34.

39 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ NÁHRAD CESTOVNÍCH NÁKLADŮ
obsahuje jen doklady druhu 39.

81 – DÁVKA AMBULANTNÍ SMÍŠENÁ PRO STOMATOLOGII
obsahuje jen doklady druhu 01s a 03s. Doklady k témuž pojištěnci se řadí za sebou tak, že za doklad 01s se zařadí navazující doklad nebo doklady 03s.

82 – DÁVKA HOSPITALIZAČNÍ SMÍŠENÁ PRO STOMATOLOGII
obsahuje jen doklady druhu 02s a 03s. Doklady k témuž pojištěnci se řadí za sebou tak, že za doklad 02s se zařadí navazující doklad nebo doklady 03s.

90 – DÁVKA POUKAZŮ NA VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 06 a 03. Doklady k témuž pojištěnci se řadí za sebou tak, že za doklad 06 se zařadí navazující doklad nebo doklady 03.

98 – DÁVKA AMBULANTNÍ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 01 a 03. Doklady k témuž pojištěnci se řadí za sebou tak, že za doklad 01 se zařadí navazující doklad nebo doklady 03.

99 – DÁVKA HOSPITALIZAČNÍ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 02 a 03. Doklady k témuž pojištěnci se řadí za sebou tak, že za doklad 02 se zařadí navazující doklad nebo doklady 03.

DÁVKY ZA DRUH POJIŠTĚNÍ 2 – předkládají ti PZS, kteří uzavřeli smlouvu s komerční pojišťovnou o poskytování zdravotní péče smluvním pojištěným, tj. takovým, kteří nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění. Předkládají se jako samostatné dávky s označením 2 na průvodním listu dávky (u papírových 2 v kroužku) pro všechny typy dávek pro zúčtování za poskytnutou zdravotní péči smluvním pojištěným.

DÁVKY ZA DRUH POJIŠTĚNÍ 4 – předkládají se jako samostatné dávky s označením 4 na průvodním listu dávky (u papírových 4 v kroužku) pro všechny typy dávek pro zúčtování za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům zdravotních pojišťoven ostatních států EU, EHP, Švýcarska a pojištěncům, jejichž nárok na poskytnutí zdravotní péče vyplývá z mezinárodních smluv.

TYPY DÁVEK PRO PŘEDÁVÁNÍ

Ostatní jednoduché dávky

V dávkách lze předávat i ty doklady, které neslouží k vyúčtování zdravotnické péče. Tyto dávky jsou vždy jednoduché a typ dávky odpovídá druhu dokladu (např. pro druh dokladu 22 – Hlášení úrazu nebo jiné poškození zdraví je typ dávky 22).

Dávky pro registraci pojištěnců

Lékař oznamuje zdravotní pojišťovně registrace pojištěnců ve smluvně dohodnutém termínu dávkou číslo 80 – Dávka registrací pojištěnců na formulářích VZP-80 (Přihláška registrovaných pojištěnců). Do formulářů se vyplní předepsané údaje z registračních listů podepsaných pojištěnci v předchozím měsíci, přičemž se na průvodním listu dávky vyplní pouze IČZ, kód územního pracoviště, kterému se dávky předávají, číslo dávky, období a počet předkládaných formulářů VZP-80.

Při prvním vyplnění dokladu se předává vždy úplný seznam nositelů výkonů. V případě, že nedochází k žádné změně v nositelích výkonů oproti minulému období, doklad se nepředkládá.

2. Faktury

Při vyúčtování poskytnuté zdravotní péče se používají dva způsoby fakturace:

- faktura za období;
- faktura za dávky.

Způsob fakturace a předkládací termíny jsou uvedeny ve smlouvě s PZS.

Zdravotní pojišťovna přijímá jako podklad k proplacení jak faktury na vlastních tiskopisech, tak vystavené i na jiných tiskopisech, pokud formální i obsahová stránka odpovídá tiskopisům zdravotní pojišťovny.

Faktura za období

Fakturu za období předkládá PZS zpravidla měsíčně. Tato faktura může, ale nemusí být doložena dávkami dokladů.

a) Pokud PZS uzavírá a předkládá dávky dokladů **měsíčně**, má každá faktura za měsíc přiloženy dávky dokladů ukončené nebo uzavřené v daném období (měsíci). Faktura musí být v den předložení zdravotní pojišťovně doložena doklady o poskytnuté zdravotní péči. PZS poskytující lůžkovou péči, která uzavírají doklady za ukončenou hospitalizaci častěji než jednou měsíčně, mohou mít ve smlouvě větší počet předkládacích termínů v jednom měsíci.

b) Pokud PZS uzavírá a předkládá dávky dokladů **čtvrtletně,** jsou faktury za první dva měsíce vyčíslením požadavku na finanční úhradu za již poskytnutou péči. V den předložení zdravotní pojišťovně nemusí být tyto faktury doloženy dávkami dokladů o provedené zdravotní péči. Třetí fakturu předkládá PZS po skončení kalendářního čtvrtletí. Obsahuje vyčíslení finančního požadavku na úhradu péče poskytnuté v posledním měsíci čtvrtletí. Tato faktura již musí být v den předložení zdravotní pojišťovně doložena všemi dávkami dokladů, kterými je vykázána zdravotní péče poskytnutá pojištěncům dané zdravotní pojišťovny v celém kalendářním čtvrtletí, tzn. i dávkami příslušejícími k fakturám předloženým za první a druhý měsíc čtvrtletí.

Faktura za dávky

Faktura za dávky má charakter běžné faktury a musí být v den předložení zdravotní pojišťovně vždy doložena dávkami dokladů.

Faktura za dávky se předkládá vždy v případě předkládání dávek:
lékárnami a výdejnami ZP;

opožděně účtované zdravotní péče poskytnuté v minulých obdobích,

za druh pojištění 2 a 4;

není-li ve smlouvě uvedeno jinak, i při předkládání opravných dávek.

3. Předávání faktur a dávek dokladů

Faktury se předávají ve stanoveném DR elektronickou cestou nebo na datovém nosiči, případně v papírové formě. Stejný režim platí i v případech, kdy se pro potřebu předběžných měsíčních úhrad považuje za fakturaci předání dávek dokladů o poskytnuté zdravotní péči s přílohami. Při předložení faktury dříve než ve smluvně dohodnutém předávacím období, se splatnost faktury počítá až od termínu, sjednaného ve smlouvě.

Jsou-li dávky dokladů přikládány k fakturám v papírové formě, je ke každé dávce vyplněn tiskopis VZP-08 **Průvodní list dávky.**

Pokud jsou dávky předávány na datovém nosiči, je průvodní list dávky součástí předávaných dat. V tomto případě se k datovému nosiči přikládá vyplněný tiskopis VZP-09 **Průvodní list datového nosiče.**

Při vyúčtování dávek receptů, poukazů na ZP a příkazů ke zdravotnímu transportu na datovém nosiči nebo jinou elektronickou formou se předávají i původní papírové doklady setříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Papírové doklady tvořící předávanou dávku nebo její část a tisknuté prostřednictvím počítače na jiný formát papíru, než je originální tiskopis, se řadí až na konec dávky nebo se vykazují ve zvláštních dávkách.

Upozornění:

Elektronické recepty (tzv. „eRecepty“) se vykazují v samostatných dávkách. V případě elektronického receptu se průvodky nepředávají.

Listinné recepty, které byly při výdeji převedeny do elektronické podoby ve formě elektronického záznamu zasílaného do systému eRecept (dále jako „listinný recept s elektronickým záznamem o jeho výdeji“), se vykazují v samostatných dávkách odděleně. Při vyúčtování dávek receptů na datovém nosiči nebo jinou elektronickou formou se předávají i původní papírové doklady setříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Listinné recepty, které nebyly převedeny do elektronické podoby, tj. listinné recepty bez elektronického záznamu o jejich výdeji (týká se pouze vykázání zdravotních výkonů ředění cytostatik a příprava sterilních léčivých přípravků k parenterálnímu podání antimikrobiální terapie do elastomerních infuzorů v lékárně), se vykazují v samostatných dávkách odděleně. Při vyúčtování dávek receptů se předávají papírové doklady setříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Elektronické poukazy 12, 13, 14 (tzv. „ePoukazy“) se vykazují v samostatných dávkách. V případě elektronického poukazu se průvodky nepředávají.

Listinné poukazy 12, 13, 14 se vykazují v samostatných dávkách odděleně. Při vyúčtování dávek poukazů se předávají papírové doklady setříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Předávání dávek papírových dokladů

Dávky papírových dokladů jsou předávány zdravotní pojišťovně způsobem uvedeným ve smlouvě. Při osobním předávání dokladů pracovníkem, kterého k tomu PZS pověřil, se příjem dávek provádí v jeho přítomnosti, a to v následujících krocích:

a) evidence dávky – každá dávka se eviduje a kontroluje na základě údajů uvedených na Průvodním listu dávky;
b) kontrola úplnosti dávky – provádí se kontrola skutečného počtu listů dokladů v dávce s počtem uvedeným na Průvodním listu dávky. Počet listů dokladů v dávce může být max. 9999. V případě nesouhlasu je dávka označena jako ODMÍTNUTÁ DÁVKA a je celá vrácena. Odmítnutou dávku je možné znovu předložit jen v náhradním smluveném předkládacím termínu.

Výsledkem předání je vyhotovení záznamu **Příjem dávek** s uvedením identifikace dávky a jejího stavu (odmítnuta či přijata). Záznam je předán pracovníkovi PZS a potvrzená kopie zůstává ve zdravotní pojišťovně. Tento záznam může po dohodě se zdravotní pojišťovnou nahradit Průvodní list dávky.

Předávání dávek na datovém nosiči

Na datovém nosiči se uvádí IČZ. Příjem datového nosiče, není-li ve smlouvě uvedeno jinak, se provádí v přítomnosti pracovníka PZS v následujících krocích:

a) evidence datového nosiče – datový nosič se eviduje na základě dat uvedených v dokladu Průvodní list datového nosiče;
b) kontrola čitelnosti datového nosiče – v případě, že datový nosič nelze přečíst, neodpovídá DR nebo je zavirovaný, je označen jako ODMÍTNUTÝ a celý je vrácen. Odmítnutý datový nosič je možné znovu předložit jen v náhradním smluveném předkládacím termínu;
c) kontrola úplnosti dávky – pro každou dávku se provádí kontrola zapsaného počtu dokladů s počtem uvedeným v příslušném průvodním listu dávky zaznamenaném na datovém nosiči. V případě nesouhlasu je odmítnuta celá

dávka. Pokud je na jednom datovém nosiči více dávek a alespoň jedna z nich je formálně správná, přejímá se datový nosič jako neúplný.

V případě dávek receptů, poukazů na ZP a příkazů ke zdravotnímu transportu se předávají i původní papírové doklady setříděné v pořadí, v jakém jsou uváděny v dávce na datovém nosiči.

Výsledkem předání je záznam **Příjem datového nosiče**, který obsahuje identifikaci datového nosiče a jeho stav (odmítnutý, přijat celý, přijat neúplný) a seznam přijatých a odmítnutých dávek. Záznam spolu s náhradním nosičem, pokud se nosič po nahrání dávek nevrací, je předán pracovníkovi PZS, potvrzená kopie zůstane zdravotní pojišťovně. Příjem opravených dávek se provádí v termínech dohodnutých se zdravotní pojišťovnou. Jejich další zpracování je analogické s výše uvedenými postupy.

Předávání dávek elektronicky

Vykazované dávky jsou podrobeny kontrole na platné DR a je vystaven protokol o formální správnosti jednotlivých dávek. Ty dávky, které bezchybně projdou kontrolou, lze po podepsání elektronickým podpisem odeslat elektronicky zdravotní pojišťovně. Elektronický podpis není vyžadován v případech, kdy je klient autentizován jako oprávněný zástupce PZS. O převzetí elektronicky podaných dávek se vystaví protokol o přijetí elektronického podání.

Pozn.: chybně vykázaný a zdravotní pojišťovnou již zpracovaný doklad zdravotní pojišťovna na požádání PZS stornuje a PZS jej znovu (a správně) vykáže pod novým číslem dokladu v řádné dávce.

4. Vstupní zpracování dávek

Dávka, která prošla příjmem dávek a postupuje do dalšího zpracování, je označena jako PŘIJATÁ DÁVKA, přičemž vstupní zpracování dávek nemusí zpravidla bezprostředně navazovat na jejich příjem.

Jednotlivé doklady se zpracovávají a v případě papírových dokladů typují v pořadí, v jakém jsou v dávce seřazeny. Při typování dokladů se provádí kontrola čitelnosti obsahu a další formální kontroly. Neprojde-li doklad kontrolou, je označen jako VYŘAZENÝ DOKLAD a dále se nezpracovává. Dávka, resp. zbytek dávky obsahující zkontrolované doklady, je pak zařazena do zpracování jako ZAŘAZENÁ DÁVKA.

Výsledkem kontroly je vyhotovení záznamu **Vstupní zpracování dávek**, který obsahuje:

- stav zařazené dávky (úplná, neúplná);
- u neúplných dávek seznam vyřazených dokladů s uvedením důvodu vyřazení.

Tento záznam se předá PZS spolu s vyřazenými doklady. Takto vyřazené doklady je možné znovu předložit zdravotní pojišťovně v původní dávce v dalším smluveném předkládacím termínu. Do opravných dávek zařazuje PZS opravené doklady, které zdravotní pojišťovna vyřadila v průběhu pozdějšího zpracování. Opraveným dokladům jsou ponechána původní čísla dokladů.

IV. Seznam číselníků

Další informace nezbytné pro řádné užívání číselníků jsou uvedeny v materiálu Datové rozhraní.

1. Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (MKN-10)

Číselník „MKN“ zdravotní pojišťovny koresponduje s desátou revizí mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, která je garantovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky.

2. Zdravotní výkony

Pro potřeby vyúčtování vydává zdravotní pojišťovna číselník „Zdravotní výkony“, který je v souladu se Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

3. Cenová pásma

Číselník je určen pouze pro PZS poskytující lůžkovou péči. Obsahuje vybrané položky číselníku „Zdravotní výkony“, zejména kódy OD, které podléhají sestupné platbě.

4. Kategorie pacienta

Pro potřeby vyúčtování vydává zdravotní pojišťovna číselník „Kategorie pacienta“, který je v souladu se Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

5. Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků

Kód	Název
1	Hromadně vyráběné léčivé přípravky a PZLÚ
2	IVLP, a výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka
3	Zdravotnické prostředky
4	Stomatologické výrobky

6. Smluvní odbornosti

Číselník je určen pro PZS. Obsahuje seznam odborností, které se používají pro nasmlouvání zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou.

Tento základní číselník se pro potřebu vykazování poskytnuté péče rozšiřuje. Rozšíření odborností se provede nahrazením prostřední číslice stávající odbornosti písmenem (viz I. 2.2.2. Smluvní odbornost lůžkové péče).

Upozornění: při lůžkové péči na ošetřovatelském lůžku lze uvést pouze odbornosti 9H9 nebo 9F9. Příklad pro odbornost péče v oboru interna:

1H1 akutní lůžková péče vnitřního lékařství – interny – typ H

1F1 akutní lůžková péče vnitřního lékařství – interny – typ F

1I1 intenzivní lůžková péče vnitřního lékařství – interny – typ I

1T1 intenzivní lůžková péče vnitřního lékařství – interny – typ T

1U1 dlouhodobá lůžková péče vnitřního lékařství – interny – typ U

7. Doprava

Přehled o užití jednotlivých dokladů pro přepravu, indikaci a vyúčtování je uveden v číselníku „Doprava“.

Kód	Název výkonu	Doklad č.	
		indikace	vyúčtování
06	Přeprava zdrav. pracovníka v návštěvní službě - paušál na jednu návštěvu pacienta		36
08	Přeprava zdrav. prac. v návštěvní službě - paušál na měsíc		36
10	Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě		36
12	Přeprava lékaře v pohotovostní službě		36
20	Přeprava pacienta soukromým vozidlem – paušál na 1 km	39	39
40	Přeprava pacienta v sídle vyššího územního samosprávného celku v pásmu 1 – 8 km	34	34
45	Přeprava pacienta v pásmu 1 - 30 km	34	34
46	Přeprava pacienta v pásmu 31 - 60 km	34	34
47	Přeprava pacienta v pásmu 61 - 130 km	34	34
48	Přeprava pacienta v pásmu 131 - 450 km	34	34
49	Přeprava pacienta v pásmu 451 a více km	34	34

50	Převoz k pitvě a z pitvy	34	34, fa
54	Přeprava pacienta v krajském statutárním městě – paušál na jednoho pacienta	34	34
60	Přeprava transfúzních přípravků, speciálních léčiv, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu (vykazuje pracoviště zdravotnické záchranné služby)	34	37
61	Přeprava transfúzních přípravků, speciálních léčiv, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu (vykazuje odbornost 989 na základě smluvních podmínek)	34	34
69	Manipulace s imobilním pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností nad 140 kg při transportu sanitním vozidlem vsedě nebo vleže	34	34
70	Jízda vozidly ZZS, jízda vozidly PPNP	V*	37
72	Přeprava patologického novorozence a novorozence s nízkou porodní hmotností k nejbližšímu specializovanému poskytovateli	34	37
74	Přeprava lékaře ZZS v setkávacím systému	V*	37
77	Jízda vozidly PPNP	34	37
80	Přeprava infekčního pacienta	34	34
81	Přeprava infekčního pacienta v krajském statutárním městě – paušál na jednoho pacienta	34	34
90	Letecká přeprava pacienta (1000 Kč)	34	Fa34
91	Letecká přeprava pacienta (1 Kč)	34	Fa

V* = výzva

8. Doporučení hospitalizace

Kód	Typ subjektu, který doporučil hospitalizaci
0	Narozen v nemocnici
1	Všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost a pediatrie
2	Jiný ošetřující lékař – ambulantní péče
3	Lékař LPS
4	Výjezdová skupina ZZS
5	Jiné zařízení
6	Jiné oddělení téhož zařízení

7	Bez doporučení lékaře
8	Sociální pracovník
9	Hospitalizace pokračuje (=začátek nového zúčtovacího období)
P	Pokračování lůžkové péče na stejném lůžku po změně zdrav. pojišťovny

9. Náhrady za zdravotní péči

Kód	Název
3	Úraz zaviněný jinou osobou
4	Alkohol, omamné látky
5	Pracovní úraz
6	Sociální důvod hospitalizace
7	Porušení léčebného režimu
8	Jiný důvod
9	Nemoc z povolání

10. Ukončení léčení

Kód	Název
0	Pokračuje lůžková péče na stejném lůžku
1	Pacient propuštěn do ambulantní péče
2	Pacient přeložen do lůžkové péče – do zařízení sociální péče
3	Pacient přeložen do lůžkové péče – na akutní lůžko jiné odbornosti téhož PZS
4	Pacient přeložen do lůžkového zařízení následné péče nebo na odd. následné péče téhož PZS
5	Pacient přeložen do lůžkové péče – na akutní lůžko jiného PZS
6	Pacient propuštěn do ambulantní péče – předčasné ukončení hospitalizace
7	Pacient zemřel – vystaven poukaz na pitvu
8	Pacient zemřel – nevystaven poukaz na pitvu
P	Technické ukončení lůžkové péče přechodem pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně

11. Druh dokladu a typ dávky

Druhy dokladů a typy dávek jsou uvedeny v textu (viz kap. I. 1. Doklad, kap. III. 1. Dávky).

12. Lokalizace ve stomatologii

Lokalizace zubů se určuje dvojmístným číselným údajem. Při vykazování lokalizace na celý chrup nebo čelist se na první pozici uvede vždy nula a na druhé pozici nula pro celý chrup, 1 pro horní a 2 pro dolní čelist. Při vykazování lokalizace na kvadrant, bez vazby na zub, se na první pozici uvede kód příslušného kvadrantu a na druhé pozici vždy nula. Při vykazování lokalizace zubu první číslice určuje kvadrant a druhá číslo zubu v kvadrantu. Číselník „Lokalizace“, pomocí něhož se specifikuje umístění zubu (kvadrantu), nabývá na jednotlivých pozicích těchto hodnot:

1. pozice – kvadrant:

1 - pravý horní kvadrant ve stálé dentici
2 - levý horní kvadrant ve stálé dentici
3 - levý dolní kvadrant ve stálé dentici
4 - pravý dolní kvadrant ve stálé dentici
5 - pravý horní kvadrant v dočasné dentici
6 - levý horní kvadrant v dočasné dentici
7 - levý dolní kvadrant v dočasné dentici
8 - pravý dolní kvadrant v dočasné dentici
9 - implantát

2. pozice – číslo zubu v kvadrantu:

0 - lokalizace zubu se neurčuje (označ. sam. kvadrantu)
1 - velký řezák
2 - malý řezák
3 - špičák
4 - první premolár (dočasný molár)
5 - druhý premolár (dočasný molár)
6 - první molár
7 - druhý molár
8 - třetí molár
9 - meziodent, hemiextrakce

Při vykazování lokalizace v případě provedení egalizace bezzubého alveolárního výběžku se vykáže pozice jednoho ze zubů, který se v ošetřené oblasti (sextantu) nacházel, pokud byla čelist ozubená.

13. Zdravotní pojišťovny

Kód	Název
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Praha
201	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Praha
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Ostrava
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Praha
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Mladá Boleslav
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, Praha
213	RBP, zdravotní pojišťovna, Ostrava
333	Pojišťovna VZP, a.s., Praha

14. Pravidla pro čísla pojištěnců

Struktura čísel pojištěnců ve veřejném zdravotním pojištění je následující:

* * X * * * * * * K

* * X X * * * * * K

Pozice 1 a 2

U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují poslední dvě číslice z roku narození.

Pozice 3 (a případně 4)

* *	0 *	* * * * * K	číslo pojištěnce (rodné číslo muže nebo číslo pro cizince muže, případně zaměstnance bez trvalého pobytu v ČR)
* *	1 *	* * * * * K	číslo pojištěnce (rodné číslo muže nebo číslo pro cizince muže, případně zaměstnance bez trvalého pobytu v ČR)
* *	2 *	* * * * * K	U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují číslo měsíce zvětšené o 20 (pro muže)
* *	3 *	* * * * * K	U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují číslo měsíce zvětšené o 20 (pro muže)
* *	5 *	* * * * * K	číslo pojištěnce (rodné číslo ženy nebo číslo pro cizinku

	ženu, případně zaměstnanou ženu bez trvalého pobytu v ČR)
* * 6 * * * * * * K	číslo pojištěnce (rodné číslo ženy nebo číslo pro cizinku ženu, případně zaměstnanou ženu bez trvalého pobytu v ČR)
* * 7 * * * * * * K	U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují číslo měsíce zvětšené o 20 (pro ženy)
* * 8 * * * * * * K	U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují číslo měsíce zvětšené o 20 (pro ženy)

Pozice 5 a 6

U rodných čísel – den narození nebo den narození zvýšený o 50, u čísel pojištěného cizince nebo zaměstnance bez trvalého pobytu v ČR.

Pozice 10

U devítimístných rodných čísel (do roku 1953) – **mezera**. U ostatních čísel kontrolní číslice (K), která zabezpečuje správnost zapsaného identifikačního čísla. Tvoří se tak, aby modulo 11 celého desetimístného čísla byla 0, tj. aby celé číslo bylo beze zbytku dělitelné 11.

15. Výkony s povinnou lokalizací zubu

Stomatologické výkony uvedené v tomto číselníku lze vykazovat pouze na stomatologických dokladech. Pro jednotlivé výkony je zde uvedeno, zda je pro ně vykazování lokality povinné, nepovinné, nebo zakázané.

16. Ukončení lázeňské/ozdravenské péče

Kód	Název	Sankce
0	Neukončeno – pobyt/léčba pokračuje	Ne
1	Ukončeno standardně	Ne
2	Ukončeno předčasně hospitalizací	Ne
3	Ukončeno předčasně na žádost klienta/pacienta/zák. zástupce	Ne
4	Ukončeno předčasně – svévolné opuštění ozdravovny/léčebny	Ano
5	Ukončeno předčasně – porušení řádu léčebny/ozdravovny	Ano
6	Ukončeno předčasně – jiný důvod	Individuálně

17. Přerušení lázeňské/ozdravenské péče

Kód	Název
0	Bez přerušení (standardní náklad)
1	Přerušeno hospitalizací (náklady na lůžko)
2	Přerušeno na žádost klienta/pacienta/zák. zástupce (náklady na lůžko)
3	Přerušeno z jiných důvodů (náklady na lůžko)

18. Náklady lázeňské/ozdravenské péče

Kód	Název
1	Za ubytování – klient/pacient
2	Za stravování – klient/pacient
3	Za léčení – klient/pacient
4	Za ubytování doprovodu
5	Za stravování doprovodu
9	Příznak provedení klinického vyš. – klient PLP

19. Typy ozdravenského programu

Kód	Název
I	životní prostředí
II	životní styl
III	rekonvalescence

20. Druh pojistného vztahu

Určuje druh pojištění.

Kód	Název
1	Veřejné zdravotní pojištění
2	Smluvní připojištění
3	Cestovní připojištění
4	Pojištění EU a mezinárodní smlouvy

21. Druh úhrady

Určuje způsob financování.

Kód	Název
1	Výkonová úhrada
2	Kapitace a agregovaná úhrada
3	Paušální
4	Maximální úhrada

22. Časové období

Určuje období fakturace.

Kód	Název
M	měsíční
Q	kvartální
J	jiné