

Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR

verze 6.2.16

**vytvořená v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven
a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče**

Účinná od 1.1.2013

Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha, prosinec 2012

Obsah

Obsah.....	2
Úvod	4
I. Výklad základních pojmů a pravidel používaných pro účely této metodiky.....	8
1. Doklad	8
2. Základní pojmy, druhy smluvní zdravotní péče a přiřazení příslušných druhů dokladů	10
2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře	11
2.1.1. Kombinovaná kapitačně-výkonová platba	12
2.2. Ústavní péče.....	13
2.2.1. Sestupná platba ošetřovacího dne	14
2.2.2. Smluvní odbornost pracoviště ústavní péče.....	15
2.3. Péče vyžádaná, navržená, předepsaná.....	16
II. Pravidla pro pořizování dokladů.....	19
1. Společné zásady.....	19
1.1. Společné údaje na dokladech	19
2. Vyplňování tiskopisů	24
2.1. VZP-01/2009 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči, VZP-01s/2009 Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči	24
2.2. VZP-02/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní péči, VZP-02s/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči	25
2.3. VZP-03/2006 Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, VZP-03s/2006 Stomatologické výrobky	26
2.4. VZP-05/2009 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče	27
2.5. VZP-06/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření.....	28
2.5.1 VZP-06k/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření K.....	30
2.5.2 VZP-06z/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření Z.....	31
2.5.3 VZP-06ft/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření FT.....	31
2.5.4 VZP-06dp/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření DP.....	32
2.5.5 VZP-06orp/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření ORP.....	33
2.6. VZP-08/2006 Průvodní list dávky	35
2.7. VZP-09/2006 Průvodní list datového nosiče	36
2.8. VZP-10/2009 Recept	36
2.9. VZP-12/2009 Poukaz na brýle a optické pomůcky.....	39
2.10. VZP-13/2009 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku	40
2.11. VZP-13P/2006 Přehled vrácených ZP	42
2.12. VZP-14/2009 Poukaz na foniatrickou pomůcku.....	43
2.13. VZP-15/2004 Návrh na lázeňskou péči	44
2.14. VZP-16/2004 Vyúčtování lázeňské péče.....	51
2.15. VZP-18/2005 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně.....	53
2.16. VZP-19/2004 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně, Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně	57
2.17. VZP-20/2006 Výpis z receptu	62
2.18. VZP-21/2006 Žádanka o schválení (povolení)	62
2.19. VZP-22/2009 Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví.....	64
2.20. VZP-23/2005 Vyúčtování ozdravenské péče.....	65
2.21. VZP-30/2006 Registrační list	67
2.22. VZP-31/2006 Faktura za období VZP-32/2006 Faktura za dávky.....	68
2.23. VZP-34/2009 Příkaz ke zdravotnímu transportu	69
2.24. VZP-35/1995 Záznam o provozu zdravotnického vozidla	73
2.25. VZP-36/2009 Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě.....	73
2.26. VZP-37/2006 Vyúčtování výkonů záchranné služby	74
2.27. VZP-39/1999 Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem.....	76
2.28. VZP-80/1997 Přihláška registrovaných pojištěnců.....	77
2.29. VZP-85/1999 Hlášení o nepřítomnosti / zastupování lékaře	77

2.30.	VZP-90/2006 Seznam nositelů výkonů	78
2.31.	Vyúčtování dopravy zemřelého na zdravotní pitvu a ze zdravotní pitvy	79
2.32.	Průvodní list k pitvě	80
2.33.	Ostatní žádanky na vyšetření	80
III.	Pravidla pro předávání dokladů	81
1.	Dávky	81
2.	Faktury	83
3.	Předávání faktur a dávek dokladů	84
4.	Vstupní zpracování dávek	86
IV.	Seznam číselníků	87
1.	Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (MKN-10)	87
2.	Zdravotní výkony	87
3.	Cenová pásma	87
4.	Kategorie pacienta	87
5.	Skupiny číselníků léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků	88
6.	Smluvní odbornosti	88
7.	Doprava	91
8.	Doporučení hospitalizace	91
9.	Náhrady za zdravotní péči	92
10.	Ukončení léčení	92
11.	Druh dokladu a typ dávky VZP	93
12.	Územní pracoviště VZP	94
13.	Lokalizace ve stomatologii	95
14.	Zdravotní pojišťovny	96
15.	Kódy desetimístné identifikace	96
16.	Výkony s povinnou lokalizací zubu	97
17.	Ukončení lázeňské/ozdravenské péče	97
18.	Přerušení lázeňské/ozdravenské péče	98
19.	Náklady lázeňské/ozdravenské péče	98
20.	Typy ozdravenského programu	98
21.	Druh pojistného vztahu	99
22.	Druh úhrady	99
23.	Časové období	99
V.	Seznam a vzory tiskopisů	100

Úvod

Podle platného znění zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP) spravuje, aktualizuje a rozvíjí informační systém. Pro zajištění tohoto úkolu vydává pro smluvní zdravotnická zařízení „Metodiku pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR“ (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 poskytovatelů zdravotní péče 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 jen zdravotní péče, resp. péče) v souladu s platným zněním obecně závazných právních předpisů, zejména zákonem:

č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu,

č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních,

č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů,

č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů,

č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

a vyhláškami:

č. 61/1990 Sb., o hospodaření s léky a zdravotnickými potřebami,

č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost,

č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách,

č. 386/2007 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře,

č. 54/2008 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání,

č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,

č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely.

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, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků.

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 zdravotnickým zařízením a VZP (dále jen smlouva), provádí VZP 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 zdravotnická zařízení, která jsou ve smluvním vztahu k VZP. Způsob a termíny předkládání a vyúčtování dokladů jsou upraveny ve smlouvě. Pokud není smluvně dohodnuto jinak, hradí VZP pouze zdravotní péči poskytnutou svým pojištěncům a odmítá doklady vystavené na pojištěnce jiných zdravotních pojišťoven.

Příslušnost územního pracoviště VZP (dále jen ÚP) pro účely schvalování a povolování navržené zdravotní péče (revizními lékaři a odbornými pracovníky ve zdravotnictví, způsobilými k revizní činnosti) je určována sídlem pracoviště smluvního zdravotnického zařízení, se kterým má VZP ČR prostřednictvím příslušného ÚP uzavřenu smlouvu.

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 zdravotnickými zařízeními a VZP na datových nosičích se uvádí v materiálu „Datové rozhraní VZP ČR“. Metodika a Datové rozhraní jsou závazné pro všechny zdravotní pojišťovny a jejich smluvní zdravotnická zařízení.

Dále VZP vydává „Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR“. Tato pravidla mohou být jednotlivými 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 zkratk:

CRP	Centrální registr pojištěnců
Dg.	diagnóza
DR	datové rozhraní
DZS	dopravní zdravotní služba (doprava raněných, nemocných a rodiček)
EHIC	evropská karta zdravotního pojištění
IČP	identifikační číslo zdravotnického pracoviště
IČZ	identifikační číslo zařízení
KP	krajská pobočka VZP
LSPP	lékařská služba první pomoci
LZ	lázeňské zařízení
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
OD	ošetřovací den
OL	ošetřující lékař
PZLÚ	potraviny pro zvláštní lékařské účely
RLP	rychlá lékařská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SZZ	smluvní zdravotnické zařízení
ÚP	územní pracoviště VZP včetně KP Praha
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZP	zdravotnické prostředky
ZULP	zvlášť účtované léčivé přípravky
ZUM	zvlášť účtovaný materiál (ZULP, ZP a stomatologické výrobky)
ZZ	zdravotnické zařízení
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 s VZP,
- 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 médiu (disketě, CD, flash drive apod.) podle předepsaného Datového rozhraní VZP ČR (forma pořízení **na datovém nosiči**),
- zápisy dat podle předepsaného DR předávané přes zabezpečený portál, nebo B2B, případně dalším dohodnutým elektronickým kanálem,
- přímo vyplňované elektronické formuláře odpovídající papírové formě dokladů.

Pokud se v textu uvádí „doklad“, míní se tím doklad pořizovaný v jakémkoliv 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 S 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 ústavní péči
- 02s Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči
- 03 Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky
- 03s Stomatologické výrobky
- 05 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
- 06x 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 ZP
- 14 Poukaz na foniatickou pomůcku
- 15 Návrh na lázeňskou péči
- 16 Vyúčtování lázeňské péče
- 18 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně
- 19 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně
- 20 Výpis z receptu
- 21 Žádanka o schválení (povolení)
- 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
- 90 Seznam nositelů výkonů

Ostatní povolené doklady:

záznam o provozu vozidla osobní dopravy (SEVT-30 605 9),

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, 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 léčivému přípravku či ZP, k jednomu dopravnímu výkonu).

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 jen OL) se rozumí:

praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, praktický zubní lékař, ženský lékař, který registruje pojištěnce (dále jen „registrující lékař“),

lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči, který v souladu se svou specializací převzal pojištěnce pro určitý diagnostický závěr do péče,

lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení ústavní péče.

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 v dokladech 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 pojištěnce pro určitý diagnostický závěr do péče, klinický logoped jen na základě požadavku lékaře, klinický psycholog i bez doporučení. Tito odborní zdravotníci však nejsou oprávněni vyžadovat, navrhnout či předepisovat další péči.

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 SZZ v rámci oboru, eventuálně i druh a typ smluvní péče.

Smluvní odbornost je odbornost pracoviště uvedená ve smlouvě s VZP.

DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Pro potřeby této metodiky jsou rozlišeny tři druhy péče:

ambulantní péče ošetřujícího lékaře,

ústavní péče,

péče vyžádaná, navržená či předepsaná ošetřujícím lékařem.

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

2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře

Pro tento druh péče jsou určeny doklady: 01, 01s, 03, 03s, 05, 21, 22, 36, 37. Za tento druh péče se nepovažuje péče poskytnutá pojištěnci v období, kdy je hospitalizován. Taková péče je považována za péči vyžádanou při ústavní 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.

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 pojišťovně se používají doklady 80. Registrace u praktického lékaře pro děti a dorost 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 vydává VZP na základě vzájemné dohody se zástupci praktických lékařů, není v její kompetenci, a proto není v metodice popisováno.

Vybírání regulačních poplatků

OL vykazuje vybrání regulačního poplatku příslušným číslem výkonu uvedeným v platném „Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami“ 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 § 16a odstavec 2 novely zákona č. 48/1997 Sb, (dále jen „Zákon“) 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, 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 se SZZ). 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 SZZ přiznán za tohoto pojištěnce kapitační paušál, může SZZ vykázat zdravotní péči pro pojištěnce původně zahrnutou v kapitačním paušálu konkrétními čísly výkonů v nejbližším předkládacím termínu.

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

Nedílnou součástí metodiky je metodika kapitačního centra, která je její přílohou.

2.2. Ústavní péče

Ústavní péči se rozumí péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech a zvláštní ústavní péče ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu. Pro tento druh péče jsou určeny doklady: 02, 02s, 03, 03s, 21, 22.

Péče poskytnutá na pracovišti odlišné smluvní odbornosti ústavní 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 za jeden den. Proto se kód OD vyazuje 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.

SZZ vykáže za dny, po které byl pojištěnec na propustce, příslušný OD propustky s povinně vyplněným datem k tomuto kódu. Tento OD v prvních a posledních třech dnech hospitalizace nelze vykázat s výjimkou případů, kdy hospitalizace je ukončena překladem pojištěnce z důvodu náhlé změny zdravotního stavu nebo úmrtí pojištěnce. V posledních třech dnech hospitalizace lze OD propustky vykázat v případě psychiatrické odbornosti tehdy, když léčebný výsledek propustky odůvodní dřívější ukončení ústavní péče.

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

Kód OD doprovodu pacienta se vyazuje na dokladu vystaveném za ústavní péči poskytnutou doprovázenému pojištěnci.

b) Kategorie pacienta

Vyazuje 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 za jeden den, s vykázáním kategorie odpovídající stavu pojištěnce v první den hospitalizace.

c) Ostatní zdravotní výkony

Ostatní poskytnuté zdravotní výkony se vykazují dle číselníků VZP.

Vybírání regulačních poplatků

Lůžkové ZZ vyazuje okolnosti ve smyslu Zákona na dokladu 02 jedním z příslušných čísel výkonů uvedených v „Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami“ stejně jako OD, 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 se vykazuje příslušné číslo výkonu: regulační poplatek - pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen. Pojištěncem opožděně uhrazené poplatky, nevykázané při vyúčtování hospitalizace, se vykazují dodatečně na dokladu 06.

Při překladech (změna odbornosti) bude při dodatečném vykázání regulačních poplatků vystaveno tolik dokladů 06, na kolika pracovištích byla vykázána hospitalizace (analogicky jako u dokladů 02); IČP požadujícího = IČP provádějícího.

2.2.1. Sestupná platba ošetřovacího dne

Za jednu hospitalizaci se považuje ústavní 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 zdravotnických zařízení),

překlad jednoho pojištěnce z lůžka na lůžko mezi odděleními stejného oboru (i různých zdravotnických zařízení),

objednaná přijetí na oddělení stejného oboru do 28 dnů od propuštění z předchozí ústavní péče na oddělení stejného oboru (i různých zdravotnických zařízení).

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, že zdravotní stav pojištěnce nezbytně vyžaduje poskytnutí takové zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně ani při hospitalizaci na stávajícím lůžkovém oddělení.

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

a) překlad z lůžka na lůžko nebo objednané přijetí pojištěnce na oddělení stejného oboru jiného SZZ, pokud zdravotní stav pojištěnce vyžaduje zdravotní péči, kterou zařízení, ve kterém byl původně hospitalizován, není schopno poskytnout, a taková péče nemůže být pojištěnci poskytnuta bez

- překlady (tzn. nelze provést konkrétní potřebný diagnostický či terapeutický zákrok a zpětný zdravotnický transport pojištěnce na původní oddělení),
- b) zcela nové onemocnění, které se projevilo v době do 28 dnů od předchozího propuštění a vyžaduje ústavní péči,
 - c) nová ataka onemocnění, pro které byl již pojištěnec ústavně ošetřován, 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 kolonka počet „nulou“. Při pokračování předchozí hospitalizace se vyplní kolonka „počet“, kde číselný údaj vyjadřuje celkový počet dnů předchozích částí 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 ústavní péči podle výše uvedených pravidel zodpovídá zdravotnické zařízení.

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

na pořadí ošetrovacího dne v průběhu jedné hospitalizace (i pokračující),

na typu vykazovaného OD,

na stanovené průměrné délce hospitalizace ve smlouvě s VZP 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 ošetrovacích dnů provedeno v sazbě nejnižší (E) a teprve po zpracování všech souvisejících dokladů za ukončenou ústavní péči je možno provést definitivní ohodnocení a úhradu.

2.2.2. Smluvní odbornost pracoviště ústavní péče

Smluvní odbornost pracoviště ústavní péče je základním údajem ve smlouvě VZP a SZZ, ke kterému se vztahuje úhrada ústavní péče.

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

F – standardní lůžková péče

pokud SZZ poskytuje standardní lůžkovou péči v konkrétní odbornosti odpovídající péči ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích a v odpovídajícím regionu.

H – standardní lůžková péče

pokud SZZ poskytuje standardní lůžkovou péči v konkrétní odbornosti odpovídající péči ve zbývajících nemocnicích.

I – intenzivní a resuscitační lůžková péče

pokud SZZ poskytuje indikovanou resuscitační či intenzivní ústavní 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 SZZ poskytuje indikovanou resuscitační či intenzivní 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 SZZ (uvedená ve Věstníku MZ ČR)

S – péče na spinálních jednotkách

pouze pro vybraná SZZ (uvedená ve Věstníku MZ ČR)

U – následná péče, nebo následná ošetrovatelská péče, popř. následná intenzivní ošetrovatelská péče

pokud SZZ poskytuje na konkrétních lůžkových odděleních speciálně zaměřenou odbornou dlouhodobou léčebnou či rehabilitační ústavní zdravotní péči ve stanovených indikacích.

D – dlouhodobá intenzivní péče

pokud SZZ poskytuje indikovanou speciálně zaměřenou dlouhodobou intenzivní péči o základní životní funkce na vyčleněných, personálně a technicky k tomu vybavených lůžkových pracovištích.

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.

Jiný odborný zdravotnický pracovník než OL poskytující péči na základě vyžádání, návrhu nebo předepsání OL je oprávněn vykázat VZP 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 rozsah poskytnuté péče, případně může doporučit ošetřujícímu lékaři další postup či další péči.

Poskytující je povinen uchovat požadavek OL ve zdravotnické dokumentaci pro kontrolu, pokud ho nepředal VZP s vyúčtováním péče.

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 apod.),

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 smluvních zdravotnických zařízení nebo z různých částí téhož smluvního zdravotnického zařízení, 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 smluvního zdravotnického zařízení, 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) léčivé přípravky 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 léčivých přípravků, tkání a orgánů k transplantaci,

Pro tuto péči jsou určeny doklady 34, 37, 39, SEVT-30 605 5, případně 35.

d) lázeňskou 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, 19, 21, 22.

g) léčivé přípravky na recept

Pro tuto péči jsou určeny doklady 10, 20 a recept na léčivé přípravky obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II.

h) ZP na poukaz

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

II. Pravidla pro pořizování dokladů

V dalším textu tohoto dílu je popsáno pořizování dokladů vyplňováním jednotlivých tiskopisů. 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 Datovém rozhraní 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.

Nejprve jsou popsány společné zásady, význam a vyplňování nejčastěji se vyskytujících údajů na dokladech a dále jednotlivé doklady vzestupně podle druhu dokladu. Seznam tiskopisů používaných ve VZP pro tvorbu dokladů v papírové formě spolu se vzory jednotlivých tiskopisů je uveden v V. dílu této metodiky.

1. Společné zásady

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

znaky se zapisují do určených, předtištěných pozic hůlkovým písmem nebo psacím strojem,

vykazované údaje se zarovnávají doprava. 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 SZZ (nebo pracovníka jím pověřeného s delegovanou pravomocí k podpisu) a doklad je opatřen čitelným otiskem razítka včetně IČZ nebo IČP zařízení (viz kap. II.1.1).

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 pojišťovny, vyplňuje se číslo pojišťovny pojištěnce dle číselníku Zdravotní pojišťovny. V případě VZP je to 111, nikoli vlastní zkratka VZP.

IČO – identifikační číslo organizace (zdravotnického zařízení), přidělené ČSÚ.

IČZ – identifikační číslo zařízení, nebo části zařízení, je jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k VZP. Číslo přiděluje vždy místně příslušné pracoviště VZP na základě žádosti té zdravotní pojišťovny, která první uzavře smlouvu na poskytování zdravotní péče s daným zařízením. Vyžaduje-li to potřeba, přidělí VZP kód IČZ i takovému zařízení, které nemá smlouvu s žádnou zdravotní pojišťovnou. Tento způsob přidělování IČZ usnadňuje identifikaci zdravotnických zařízení 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 a 90.

IČP – identifikační číslo pracoviště je jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k VZP, který blíže identifikuje konkrétní zdravotnické pracoviště zařízení nebo části zařízení. Případně samostatné lékaře, kteří mají s některou ze zdravotních pojišťoven uzavřenu smlouvu pouze na preskripci léčivých přípravků pro rodinné příslušníky. Potvrzuje jej vždy místně příslušné ÚP, viz odstavec IČZ. Je vyplňováno na všech ostatních povolených dokladech, které nejsou vyjmenovány v odstavci IČZ.

Odbornost – uvádí se odbornost z číselníku Smluvní odbornosti pracovišť.

- a) **Odbornost v záhlaví** označuje smluvní odbornost jednotlivých pracovišť SZZ.
- b) **Řádková odbornost** označuje, že výkon uvedený v řádku byl poskytnut jiným pracovištěm jiné smluvní odbornosti stejného SZZ 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 SZZ a roku, za který byl vystaven a předložen VZP. Způsob číslování dokladů si určují jednotlivá SZZ sama podle svých zvyklostí a zavedeného způsobu evidence. Způsob číslování však musí respektovat požadavek průkaznosti ve smyslu platného znění zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví.

Var. Symbol – variabilní symbol je určen k další identifikaci SZZ. Např. rozdělení na nákladová střediska apod. Jeho využití je ponecháno v kompetenci jednotlivých ÚP.

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

Příjmení a jméno pacienta (Příjmení a jméno, Patient) – slouží pro doplňující identifikaci pojištěnce.

Číslo pojištěnce, Čís. pojištěnce – pojištěnci jsou zásadně identifikováni číslem pojištěnce uvedeným na jejich průkazu zdravotního pojištění. Číslo pojištěnce přiděluje VZP. U devítimístného čísla pojištěnce se poslední pozice neuvádí.

Údaj se zarovnává doleva. Při vykazování poskytnuté péče musí být k identifikaci použito výhradně číslo pojištěnce získané z průkazu pojištěnce.

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

Diagnóza – (dále Dg.) Vyplňuje se podle zásad mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10); vždy povinně na nejvyšší počet znaků, který je v MKN 10 uveden, pokud není s 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 nemoci je v MKN-10 dvoje klasifikační schéma (se znakem „+“ a „*“), je stanoveno, že diagnóza s křížkem je primární a musí tak být užitá vždy. Pro kódování nesmí být kód s hvězdičkou nikdy použit samostatně. Nicméně, pro kódování nemoci 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 lůžkové péče, nebo Dg., která byla důvodem poskytnutí ambulantní péče či důvodem kontaktu se zdravotnickým zařízením (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
010795	75013	1		(Dg. je uvedena v záhlaví)
050795	75012	1	H045	(je nutno uvést ke každému řádku, kde se vyskytne)
050795	75215	1	H045	
050795	75217	1	H045	
150995	75013	1		(Dg. je uvedena v záhlaví)

Náhrady, ind. (KN, Kód náhr., Kód náhrady) – SZZ 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 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 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 PŘEHLEDU VRÁCENÝCH ZP SE VYPLŇUJE:

f. – zakřížkuje se v případě, kdy lékař vystavil recept pro sebe nebo své rodinné příslušníky.

Bydliště (adresa) – místo pobytu pacienta v době léčení v pořadí ulice, obec.

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

I-C-P – označení způsobu úhrady ZP se provede v souladu s právním předpisem zakřížkováním vhodného písmene, přičemž znamená:

I plnou úhradu pojišťovnou,

C spoluúčast pacienta. Pacient se v tomto případě podílí částkou, která se rovná rozdílu mezi prodejní cenou ZP a úhradou pojišťovny, nejvýše však do rozdílu mezi konečnou cenou a úhradou pojišťovny,

P plnou úhradu pacientem.

Dne: – uvede se datum vystavení receptu (poukazu).

Razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře – rozumí se lékař, který doklad vystavil. Telefonní číslo místa poskytování zdravotní péče a IČP na otisku razítka musí být čitelné. V případě nečitelnosti nutno vypsát vedle otisku razítka.

Kód – číselný kód vydaného léčivého přípravku či ZP podle číselníků léčivých přípravků a ZP.

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny – při preskripci léčivého přípravku nebo ZP uvedeného v číselnících léčivých přípravků a ZP, u kterého je nutný souhlas revizního lékaře, nebo při požadavku zvýšené úhrady je na tomto místě potvrzeno schválení či povolení revizního lékaře, které zajišťuje OL. Potvrzuje se na dokladu jedním ze dvou způsobů:

- a) otiskem razítka OL, jeho podpisem a vypsáním jména povolujícího revizního lékaře při předběžném schválení žádosti,
- b) otiskem razítka a podpisem revizního lékaře.

Razítko výdejce – uvede se otisk razítka lékárny či výdejny léčivých přípravků 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 **IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady ind., Datum, Lokal.** 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-02/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní péči, VZP-02s/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči

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

Vykazování ústavní péče se provádí v souladu s ustanoveními kap. I.2.2. Ústavní 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 **IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Čís. pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady ind., Lokal.**

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 ústavní péče na témže lůžku stejného zařízení 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. Např. vykazání stejných OD při hospitalizaci zasahující do dvou čtvrtletí se provádí na dvou řádcích s příslušným počtem dnů a datem provedení jednoho z nich v tom kterém 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 ústavní 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 kategorií „5“ na rubové straně.

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

Tiskopis vyúčtování výkonů v ústavní 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 vyazuje lokalizace zubu. Doklad je možné vykazovat jen v návaznosti na jeden z dokladů Vyúčtování výkonů v ambulantní péči, Vyúčtování výkonů v ústavní péči nebo Poukaz na vyšetření/ošetření.

Vykazovat lze pouze léčivé přípravky, radiofarmaka, výrobky transfuzních stanic, ZP, stomatologické výrobky apod. (dále jen ZUM), které pojišťovna neproplácí jiným způsobem. **Nelze tedy vykazovat ty léčivé přípravky 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 **IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištěnce, Datum, Lokal.**

Dále se vyplňuje:

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

Kód – číselný údaj označující ZUM dle číselníků léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků. V případě, že ZUM není uveden v číselnících, je nutné jej účtovat fakturou za cenu schválenou revizním lékařem pojišťovny.

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 SZZ oprávněno účtovat:

- buď za cenu, za kterou byl ZUM/ZULP pořízen, nejvýše však do hodnoty maximální úhrady pojišťovnou,
- nebo za sjednanou úhradu, je-li taková 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 a krvetvorné buňky, 13 radiofarmaka, 14 parenterální výživa pro domácí terapii a 15 autologní transfuzní přípravky se cena vyplňuje pouze tehdy, pokud není v číselníku „Individuálně vyráběné léčivé přípravky, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka“ uvedena úhrada pojišťovnou.

Pokud je pro vykázaný ZULP požadována zvýšená úhrada, tak se v případě tiskopisu do volného prostoru vlevo u příslušného řádku uvede znak „Z“; je-li pro ZULP požadován režim dočasné úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku, uvede se znak „D“; v obou případech se uvede kód příslušné diagnózy.

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

Pokud se vykazuje ZUM samostatně, použije se na dokladu 01 nspecifikovaný 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.

Jedná se především o vykazování péče pracoviště LSPP (kromě stomatologické LSPP, která se vykazuje dokladem 01s), ambulantně poskytnuté péče příjmovou ambulancí lůžkového oddělení (pokud pojištěnec není přijat do ústavní péče) a vykazování jednorázově poskytnuté péče pojištěncům VZP pobývajícím přechodně mimo trvalé bydliště. Dále je možno na tomto dokladu vykazovat i vybranou, skupinově poskytovanou léčebnou či preventivní péči.

Nelze použít při zastupování na pracovišti OL, při preventivních pediatrických prohlídkách dětí za přítomnosti rodičů.

Doklad nemůže být použit pro vykazování zdravotní péče poskytnuté na vyžádání a pro vykazování poskytnuté stomatologické péče, kromě uvedených skupinových preventivních akcí.

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 **IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Čís. pojištěnce, Diagnóza, Datum**. Dále se vyplňuje:

Kód – kód provedeného výkonu podle číselníku Zdravotní výkony.

KN – SZZ je povinno indikovat ty případy, které opravňují VZP nárokovat odpovídající finanční náhradu na jiném subjektu či osobě. Na dokladu se uvedou odpovídající kódy podle číselníku Náhrady za zdravotní péči. Váže-li se k pacientovi více typů náhrad než výkonů, uvedou se tyto kódy náhrad na dalších řádcích, přičemž ostatní údaje v řádku se v takovém případě již nevyplňují.

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

Tyto tiskopisy slouží jak k vyžádání (resp. předepsání) zdravotní péče požadujícím OL (dále požadující), tak současně k jejich vyúčtování lékařem nebo jiným zdravotnickým pracovníkem, který požadovanou péči poskytl (dále poskytovatel). Tiskopis VZP-06 a všechny jeho speciální varianty (viz níže) **je oprávněn vystavit pouze OL** 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 specifík 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 středních zdravotnických pracovníků (VZP-06dp).

k předpisu ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v lůžkových zdravotnických zařízeních v rámci zvláštní ambulantní péče (VZP-06orp).

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

Požadující vyplňuje požadavek vždy v dílu A tiskopisu a předá jej poskytovateli. Požadavek musí přesně zaznamenat 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 ÚP, 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 Datového rozhraní VZP).

SPOLEČNÉ ZÁSADY PRO VYPLŇOVÁNÍ DOKLADŮ VZP-06

Díl A – vyplňuje požadující:

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

Pozn.: – uvedou se informace nezbytné ke kvalitnímu poskytnutí péče (např. epikríza zdrav. stavu pojištěnce, údaje o dosavadní léčbě, výsledky vyšetření apod.)

Razítko a podpis lékaře – 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.

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.

Pokud bylo poskytnuto **vyžádané vyšetření**, vykáže poskytovatel tuto péči na dokladu VZP-06, resp. ve stejném SZZ v řádku dokladu VZP-01, 01s, 02 nebo 02s ošetřujícího (požadujícího) lékaře.

Pokud bylo poskytnuto **vyžádané ošetření**

- a) v průběhu hospitalizace pacienta, vykáže poskytovatel tuto péči poskytnutou bez ohledu na počet potřebných návštěv na dokladu VZP-06, resp. ve stejném SZZ v řádku dokladu VZP-02 nebo 02s ošetřujícího (požadujícího) lékaře,
- b) pacientu, který není hospitalizován, buď jednorázově, nebo s jednou následnou kontrolou, vykáže poskytovatel tuto péči na dokladu VZP-06, resp. ve stejném SZZ v řádku dokladu VZP-01, 01s ošetřujícího (požadujícího) lékaře. 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 ústavní.

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 otázka – medicínské zdůvodnění.

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

2.5.3 VZP-06ft/2009 **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.

Stav vyžadující FT – pro posouzení oprávněnosti indikace je rozhodující uvedení konkrétního stavu (nejčastěji specifikace poruchy funkce), který vyžaduje fyzioterapii nebo ergoterapii.

Cíl, kterého má být dosaženo – lékařem očekávané cíle fyzioterapie (např. zvýšení stability stoje, úprava stereotypu pohybu, zvýšení síly svalové apod.).

Požadováno – požadavek musí být vyplněn dle obecně uznávaných zásad fyzioterapie či ergoterapie.

Při předpisu fyzikálně léčebných procedur je pro úhradu pojišťovnou nezbytné uvést jednoznačnou specifikaci procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur. Při indikaci je pro úhradu pojišťovnou nezbytné uvést doporučený postup, který obsahuje nejméně specifikaci procedur - název, techniku, metodu, oblast těla nebo typ sestavy, místo aplikace. V případech, kdy je vhodné uvést bližší specifikaci s ohledem na cíl, kterého má být dosaženo, jsou uvedeny i další požadované parametry.

Rizika na straně pacienta, upozornění – pro ochranu pacienta i provádějíciho musí předepisující uvést všechny relativní kontraindikace či další stavy zvyšující riziko vzniku komplikací, upozornit na nutnost kontroly krevního tlaku a pulsu a na nutnost přerušení fyzioterapie při překročení určitých hodnot, uvést umístění kovů v těle, kardiostimulátoru apod. Dále případně upozorní na zvláštnosti profesionální nebo jiné, které mohou ovlivňovat způsob i cíl léčby.

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/2009 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.

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 registrujícím lékařem má platnost nejvýše 3 měsíc, při indikaci OL při hospitalizaci nejvýše 14 dnů po ukončení hospitalizace.

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 číslo telefonu.

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

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

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

Mobilita pacienta – zaškrtně se varianta „a“ v případě mobilního pacienta, v případě pacienta s omezenou mobilitou se zaškrtně „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 – zaškrtně se varianta „a“ v případě pacienta schopného sebeobsluhy, v případě pacienta s omezenou schopností sebeobsluhy se zaškrtně „b“ a doplní se specifikací omezení.

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety

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

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

Požadováno – do předtištěného rámečku se vyplní kód požadovaného výkonu, slovní specifikace požadavku, požadovaný počet v jednom dni a požadovaná frekvence v týdnu.

2.5.5 VZP-06orp/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření ORP

ORP – je zkratka pro ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v lůžkových ZZ 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 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). Nepřerušenu 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 v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v lůžkových ZZ. V případě, že půjde o indikaci ORP v rámci zvláštní ambulantní péče v lůžkových ZZ, bude odbornost indikujícího i provádějícího pracoviště uvedena na dokladech 06 identická, tzn. „004“.

Mobilita pacienta – zaškrtně se příslušná varianta. V případě pacienta s nějak omezenou mobilitou se doplní specifikací – konkretizací omezení mobility, v případě, že je pacient zcela imobilní, se doplní slovně klinický nále z - 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 – zaškrtně se příslušná varianta. V případě, že se jedná o indikaci ORP u pacienta, který nemá stupeň závislosti (zatím) 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**. Zaškrtně 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 nále z - 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 pojištěnce), kdy je prokazatelně nutné podání léčivého přípravku výhradně sestrou pro vysoké riziko možných komplikací po podání. Aplikace inzulínu zdravotní sestrou je odůvodněná v případě, že si ho pacient nemůže spolehlivě aplikovat sám.

Způsob podání stravy, výživy – doplní se slovně klinický nále z – 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 ošetrovatelskou 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.

Cíl 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 v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo lůžkových ZZ a jsou z prostředků veřejného zdravotního pojištění **nehrazené** (pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při vlastní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, aktivizační činnosti, nácvik soběstačnosti, apod.)

Požadováno – do předtištěných rámečků se vyplní číslo požadovaného zdravotního výkonu a uvede se slovní specifikace požadavku, např. při opakované frekvenci během jednoho dne interval mezi jednotlivými výkony, při indikaci 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 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), se zaškrtnou v dané řádce 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.

2.6. VZP-08/2006 Průvodní list dávky

Vyplňuje se:

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

IČZ – identifikační číslo SZZ (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 léčivého přípravku 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 MMRR.

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 léčivé přípravky, přímo účtovaný materiál ap. (do této hodnoty se nezahrnují body v Kč).

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

2.7. VZP-09/2006 Průvodní list datového nosiče

Vyplňuje se:

Identifikace datového nosiče – návěstí („label“) diskety, CD obsahující IČZ (viz kap. II.1 Společné zásady).

Počet předaných dávek – uvede se celkový počet předávaných dávek.

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

2.8. VZP-10/2009 Recept

Dle kap. II.1. Společné zásady vyplní lékař **Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), Dne:, Razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.**

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

- „(!)“, jde-li o záměrné překročení nejvyšší dávky léčivého přípravku 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 léčivého přípravku,
- „**Zvýšená úhrada**“, jde-li o předpis léčivého přípravku, který má podle jiného právního předpisu dvě výše úhrady a předepisující lékař požaduje využití úhrady vyšší,
- Případně oba symboly (texty),
- „**Pohotovost**“, jde-li o recept vystavený lékařskou službou první pomoci včetně zubní péče nebo ústavní pohotovostní službou,
- „**Nutná a neodkladná péče**“, je-li léčivý přípravek 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 léčivému přípravku, pokud je u něj požadována zvýšená úhrada,
- V případě, že předepisuje léčivý přípravek, 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 léčivého přípravku doporučil a jeho **IČP**;
 - nebo označení „Na doporučení odborného lékaře“ spolu s jeho **IČP**. Doporučení odborného lékaře musí být nejpozději v den předepsání léčivého přípravku založeno ve zdravotnické dokumentaci pacienta-pojištěnce.

V případě omezené preskripce lze na recept předepsat dva různé léčivé přípravky jen pokud doporučující lékař je u nich stejný.

- Návod k použití léčivého přípravku.
- Jestliže výdej léčivého přípravku se má opakovat, uvede předepisující lékař na receptu pokyn k opakovanému výdeji, a to zpravidla slovem „**Repetatur**“, a číslicí a slovy údaj o celkovém počtu výdejů.

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

V případech, kdy lékárna nemá možnosti zjistit osvobození pacienta od poplatku, OL tuto skutečnost lékárně vhodným způsobem sdělí.

Lékárna vyplní na receptu:

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

Popl. – uvede se symbol signalizující vybrání nebo nevybrání regulačního poplatku (od 1.1.2012 se regulační poplatek za celý recept vyznačí do pole „Popl.“ u prvního vydaného léčivého přípravku):

- symbol „O“ v případě, kdy regulační poplatek za recept neměl být vybrán (viz § 16a odstavec 2 Zákona), nebo se jedná o výpis z receptu vystaveného lékárnou pro potřeby pojištěnce (tedy s výjimkou výpisu souvisejícího s výdejem z opakovacího receptu vystaveného lékárnou pouze pro potřeby pojišťovny),
- symbol „N“ v případě, kdy regulační poplatek za recept měl být vybrán, ale nebyl pojištěncem uhrazen.
- jinak se má za to, že poplatek byl od pojištěnce vybrán (včetně výpisů souvisejících s výdejem z opakovacího receptu, které jsou určeny pouze a přímo pro pojišťovnu a pacient je neobdrží).

Pozn.: Výpisem souvisejícím s výdejem z opakovacího receptu se rozumí všechny povolené formy tohoto výpisu včetně kopie opakovacího receptu (viz níže).

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

Kód – kód vydaného léčivého přípravku podle příslušného číselníku léčivých přípravků.

Započ. dopl. – uvede se výše započitatelného doplatku do limitu pojištěnce.

Úhrada – uvede se úhrada vydaného množství léčivého přípravku, kterou je lékárna oprávněna nárokovat na pojišťovně.

Vydal – podpis osoby, která vydala léčivé přípravky.

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

Druhá strana receptu je vyhrazena pro záznamy pojišťovny, pro vyznačení delegované preskripce a pro záznamy lékárny. Je-li recept vytisknut pomocí PC bez podtisku rubové strany, tak se při vyplňování výše uvedených údajů dodržuje jejich členění dle platného vzoru tiskopisu receptu.

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

- na tiskopisu se přeškrtně nadpis „RECEPT“ a doplní slovo „výpis“,
- dále se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vypisovanému léčivému přípravku,
- 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.

Při výdeji léčivých přípravků podle opakovacího receptu kromě běžného způsobu vypsání výpisu na tiskopis nebo vtištění výpisu vytvořeného lékárenským programem, je možné výpis pořídit formou kopie opakovacího receptu. V tomto případě lékárna musí dodržet následující postup:

- uvede na kopii slovo Výpis,
- přeškrtně údaj o opakování,
- přední stranu kopie opatří datem vystavení výpisu, razítkem lékárny včetně podpisu lékárníka, který výpis pořizuje,
- standardním způsobem vyznačí výdej, tj. uvede datum výdeje, další razítko lékárny a podpis expedujícího lékárníka.

Kromě běžného způsobu vypsání výpisu na tiskopis nebo vtištění výpisu vytvořeného lékárenským programem, je možné výpis pořídit formou kopie receptu za dodržení pravidel platných u výpisu pro opakovací recept.

Upozornění.: s výjimkou položky „Poř. č.“, záměny předepsaného léčivého přípravku a taxace v případě receptu, respektive výpisu na individuálně připravovaný léčivý přípravek lékárna nemusí dopisovat na papírový tiskopis receptu, respektive výpisu ty údaje, které předává Pojišťovně v elektronické podobě.

2.9. VZP-12/2009 Poukaz na brýle a optické pomůcky

Poukaz je oboustranný tiskopis, který se použije k vykazování pouze jedné optické pomůcky.

Dle kap. II.1. Společné zásady vyplní OL na přední straně poukazu **Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), I-C-P, Dg., Dne:, Razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny**. Lékař dále vyplní:

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

Lékař je povinen požádat pojištěnce, 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:

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

Kód – kód podle číselníku ZP.

Cena – cena jednotlivých položek předkládaná výdejcem pomůcky k úhradě pojišťovně.

Celkem – konečný součet cen za optické pomůcky.

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

Dne – datum vydání optické pomůcky.

Pacient potvrdí podpisem převzetí výrobku na druhém dílu poukazu v části „Potvrzují, že mi byly vydány“:

A) celé brýle

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

C) jiná optická pomůcka: název 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 „Pořízení 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 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 zařízení 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 škrtně údaje, které nejsou rozhodné pro vypisovanou pomůcku,
- přední stranu kopie opatří datem vystavení výpisu a razítkem zařízení včetně podpisu osoby, která výpis pořizuje,
- standardním způsobem se vyznačí výdej, tj. uvede se datum výdeje, razítko vydávajícího zařízení a podpis vydávajícího.

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

2.10. VZP-13/2009 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

Poukaz je oboustranný tiskopis, který se používá k vyúčtování pouze jednoho druhu ZP. Opravy ZP, pokud jsou hrazeny pojišťovnou, se vyúčtují na samostatném poukazu pod kódem opravy dle číselníku ZP.

Dle kap. II.1. Společné zásady vyplní OL na přední straně poukazu **Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), I-C-P, Dg., Dne:, Razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře, Kód, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny**. Lékař dále vyplňuje:

Pomůcka trvalá, dočasná – způsobem uvedeným na tiskopise se vyznačí, zda předávaná pomůcka, označená v číselníku ZP 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.

Druh a označení pomůcky – název pomůcky podle číselníku ZP.

Sk – podskupina ZP dle číselníku ZP.

Počet – předepisované množství v poměru k měrným jednotkám uvedeným v číselníku ZP. Rozsah údaje je 5 znaků, 3 celá čísla a 2 místa desetinná.

Příklady:

- měrná jednotka je jedno balení. Balení obsahuje 100 ks. Předepsáno je pouze 20 kusů a počet se vykáže
 $20 : 100 = 0,2$ | | 0 | 2 | 0 |,

- měrná jednotka je jedno balení. Balení obsahuje 1 ks. Předepsány jsou 2 kusy a počet se vykáže
 $2 : 1 = 2,0$ | | 2 | 0 | 0 |.

Na zadní straně poukazu na předtištěných schématech vyznačí lékař doplňující informace o předepsané pomůcce. a zároveň zde pacient svým podpisem potvrdí prohlášení, kdy naposledy obdržel pomůcku (s výjimkou podskupiny obvazů).

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

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

Ev. č. – u zapůjčovaných pomůcek, respektive jejich oprav, uvede dvanáctimístné evidenční číslo pomůcky ve tvaru, kde:

prvních 5 míst je smluvní číslo dodavatele,

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

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

Pozn.: Pokud není na formuláři vyhrazen prostor pro uvedení dvou předchozích údajů, vepíše 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.

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

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

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

Upozornění: s výjimkou položky „Poř. č.“ lékárna či výdejna nemusí dopisovat na papírový tiskopis poukazu ty údaje, které předává Pojišťovně v elektronické podobě.

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 „Pořízení 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 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 zařízení 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 škrtně údaje, které nejsou rozhodné pro vypisovanou pomůcku (původně uvedené množství) a uvede vypisované množství,
- přední stranu kopie opatří datem vystavení výpisu a razítkem zařízení včetně podpisu osoby, která výpis pořizuje,
- standardním způsobem se vyznačí výdej, tj. uvede se datum výdeje, razítko vydávajícího zařízení a podpis vydávajícího.

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

2.11. VZP-13P/2006 Přehled vrácených ZP

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

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňuje **IČZ, Číslo pojištění, 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 DDMRR, kdy byla pomůcka vrácena dodavateli.

Sdělení – místo pro poznámky.

Vystavil – jméno pracovníka.

2.12. VZP-14/2009 Poukaz na foniatickou pomůcku

Dle kap. II.1. Společné zásady vyplní lékař **Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), I-C-P, Dg., Dne:, Razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře, Kód.** Lékař dále vyplní údaje:

Indikační skupina – číselný kód podle číselníku ZP označující stupeň postižení pacienta.

Max. úhrada – informativní údaj podle číselníku ZP o výši úhrady, kterou na sluchadlo poskytuje pojišťovna.

Značka sluchadla – značka a slovní popis sluchadla.

Příslušenství – slovní popis doplňků pomůcky.

V dolní části poukazu si nechá potvrdit od pacienta prohlášení o tom, v kterém roce dostal naposledy sluchadlo. Na zadní straně vyplňuje lékař schémata audiometrického vyšetření a slovní audiometrie se sluchadlem. Nutno uvést tři typy vyzkoušených sluchadel stejné kategorie.

Výdejce pomůcky doplní na přední straně poukazu údaje:

Cena – cenu sluchadla nebo příslušenství dle číselníku ZP.

Cena celkem – celkovou cenu pomůcky.

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

A) **sluchadlo** nebo

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

Dne – uvede se datum vydání pomůcky.

Podpis – podpisem stvrdí pacient převzetí výrobku.

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

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 foniatickou 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 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 zařízení 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 škrtně údaje, které nejsou rozhodné pro vypisovanou pomůcku,
- kopii opatří datem vystavení výpisu a razítkem zařízení včetně podpisu osoby, která výpis pořizuje,
- standardním způsobem se vyznačí výdej, tj. uvede se datum výdeje, razítko vydávajícího zařízení a podpis vydávajícího.

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

2.13. VZP-15/2004 Návrh na lázeňskou péči

Platné právní předpisy rozlišují v návrhové činnosti pro lázeňskou péči dvě kategorie lékařů:

- a) doporučující lékař – určen Indikačním seznamem pro jednotlivé indikace,
- b) registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci (dále jen navrhující lékař) – určen zákonem.

V případech, kdy doporučujícím lékařem je registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci, stává se pro potřebu návrhové činnosti jak doporučujícím, tak navrhujícím lékařem.

Návrh na lázeňskou péči (dále jen „návrh“) podává navrhující lékař buď na předtištěném formuláři pojišťovny nebo vytištěný pomocí PC (papírovou formou), anebo elektronickou formou. Návrh včetně příloh musí být kompletně buď v papírové nebo v elektronické formě.

Návrh na předtištěném formuláři se vyplňuje strojem, přičemž pořizované údaje se na jednotlivé díly dostávají průpisem. Jednotlivé díly návrhu jsou očíslovány, odlišeny svým názvem a barvou (podle toho, komu jsou určeny) i formátem:

díl 1	předvolání pacientovi	růžová	A5
díl 2	potvrzená objednávka láním	modrá	A5
díl 3	lázeňskému ošetřujícímu lékaři k dokumentaci	bílá	A4
díl 4	pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci	zelená	A4
díl 5	registrujícímu praktickému lékaři nebo		

ošetřujícímu lékaři při hospitalizaci bílá A4

Pokud navrhující lékař vyplňuje návrh na PC, vystavuje ho pouze v jednom vyhotovení v rozsahu dílu 3 (dále jen PC originál). Potřebné díly návrhu 1, 2, 4 a – 5 se pořizují formou kopie v průběhu vyřizování návrhu.

Lázeňskou péčí včetně určení stupně naléhavosti poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu doporučuje pojištěnci ošetřující (doporučující) lékař přímo na návrhu v části lékařská zpráva. Doporučení, minimálně v rozsahu odborného nálezu, pro který se doporučuje lázeňská léčba, může být vystaveno i na zvláštním tiskopisu (výměnný list). V takovém případě uvede registrující praktický lékař jednoznačnou identifikaci doporučujícího ošetřujícího lékaře do návrhu (IČP a odbornost).

Doporučující ošetřující lékař je povinen mít základní údaje o doporučení lázeňské péče v dokumentaci pojištěnce a je povinen zajistit předání doporučení bezprostředně nejpozději do 5 pracovních dnů registrujícímu praktickému lékaři.

V návrhu musí být vyplněny všechny požadované údaje do předtištěných míst, nebo podle osnovy (viz lékařská zpráva), resp. proškrtnuty nehodící se údaje v předtisku návrhu, a to mimo části vyhrazené reviznímu lékaři pojišťovny a LZ, případně odborníku pro nemoci z povolání.

Navrhující lékař musí uvést, že nejsou obecné kontraindikace lázeňské péče. Pokud je zjistí, vrátí doporučení zpět ošetřujícímu lékaři. U osob starších 55 let zajistí EKG a u osob starších 70 let zajistí celkové interní vyšetření.

Před odesláním řádně vystaveného a lékařem potvrzeného návrhu na příslušné pracoviště pojišťovny navrhující lékař oddělí od návrhu díl 5 (pořídí si kopii PC originálu), který po doplnění evidenčního čísla zůstává ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

Navrhující lékař zajistí předání lékařské zprávy z lázeňského léčení doporučujícímu ošetřujícímu lékaři.

Pojišťovna po ověření, zda jde o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1-4 (PC originál) s tím, že příslušnost ÚP se zde řídí podle příslušnosti navrhujícího lékaře.

Po schválení návrhu revizním lékařem pojišťovny se oddělí díl 4 pro potřeby pojišťovny (kopie PC originálu). Návrh, tj. zbylé díly 1, 2 a 3 (PC originál) se předkládá určenému LZ, které po vyplnění adresy zařízení a termínu nástupu zajistí předvolání pacienta prostřednictvím dílu 1 (kopie PC originálu), případně zvacím dopisem obsahujícím relevantní údaje včetně poučení pacienta. Díl 2 (kopie PC originálu) zůstává v evidenci příslušného oddělení lázní, díl 3 (kopie PC originálu) v dokumentaci lázeňského ošetřujícího lékaře. Tento režim se vztahuje na komplexní lázeňskou péči, u příspěvkové lázeňské péče je režim upraven s určitými odchylkami (viz Komentář k příspěvkové lázeňské péči).

Pro vyplnění a vystavení Návrhu na lázeňskou péči dále platí:

Řádně vyplněný návrh – podle níže uvedených pravidel metodiky – navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka zdravotnického zařízení na každém dílu návrhu zvláště (PC originál). Bez těchto náležitostí, jakož i data vystavení (důležitý údaj pro plynutí stanovených lhůt) pojišťovna návrh nepřevzme.

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

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

Čís. vysílajícího ÚP VZP – uvede se číslo vysílající KP, která schvaluje poskytnutí lázeňské péče.

Pacient – uvede se příjmení a jméno, číslo pojištěnce (tj. číslo uvedené na průkazu pojištěnce) a podle okolností buď název a sídlo zaměstnavatele, resp. osoby samostatně výdělečně činné, nebo sídlo školy a třída, kterou pacient navštěvuje, dále úplná a přesná adresa bydliště včetně PSČ a telefonu (důležité údaje pro lázně i pojišťovnu).

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

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

Indikace – uvede se kód podle indikačního seznamu. **Důležité upozornění:** před předtištěným obdélníkem pro vyplnění indikace je nutné 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 byl pacient léčen.

Komplexní – příspěvková lázeňská péče – nepožadovaný, nehodící se typ lázeňské péče se proškrtně.

I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče – nevhodné se proškrtnou. Např. dětský pacient se značí tak, že se proškrtnou volby „I.“ i „II“.

Vyznačení pořadí naléhavosti **I.** vyžaduje dodržet termín nástupu lázeňské péče do jednoho měsíce od data vystavení návrhu ošetřujícím lékařem. Datum nástupu a název LZ doplní po předchozím projednání s lázněmi přímo SZZ, ve kterém je pacient hospitalizován. Vystavený a takto doplněný návrh odešle SZZ na KP podle svého sídla v dostatečném časovém předstihu tak, aby pacient odjel

do lázni vybaven nejen propouštěcí zprávou, ale i potvrzeným návrhem od pojišťovny. Do tohoto stupně naléhavosti patří také překlady z lůžka na lůžko, které mají v lázeňské péči zvláštní rytmus, známý z klinické praxe.

Vyznačení pořadí naléhavosti **II.** vyžaduje dodržet termín nástupu lázeňské péče nejpozději do tří měsíců od data vystavení návrhu.

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 od data vystavení návrhu. Věkovou hranicí pro nástup na lázeňskou péči se rozumí konec kalendářního roku, v němž dorostový pacient dovršil 18 let.

Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče – v případě navržení průvodce pro pobyt (pouze jedna osoba) se proškrtne pouze **Muž** nebo **Žena**. Pokud není průvodce pro pobyt indikován, proškrtne se celý řádek. Průvodcem se rozumí osoba zletilá, způsobilá k právním úkonům. VZP hradí dopravu – pobyt průvodci i v případě, že průvodce je pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, pokud je doprovod indikován a je součástí léčebného procesu pacienta – pojištěnce VZP.

Doporučené místo pro lázeňskou léčbu – vyplňuje se na základě určení doporučujícího ošetřujícího lékaře a uvede se na lince 1, doplňkově i na lince 2.

Dne – uvede se datum vystavení návrhu (čímž se rozumí, kdy navrhující lékař návrh datoval), tím začíná plynout časové rozmezí platnosti návrhu. Od data vystavení návrhu je povinen navrhující lékař zajistit předání návrhu do 5 pracovních dnů na pojišťovnu.

Razítko a podpis navrhujícího lékaře.

Potvrzení odborníka pro nemoci z povolání – v případě, že lázeňská 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.

Lékařská zpráva – lékařskou zprávu lze nahradit propouštěcí zprávou lůžkového zařízení, pokud obsahuje všechny požadované údaje vztahující se k základní Dg. pro lázeňskou léčbu a není starší 3 měsíců. Jinak je nutné propouštěcí zprávu aktualizovat!

Pokud ošetřující lékař nezvolí formu doporučení zvláštní přílohou, uvede zde doporučení lázeňské 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., měsíc a rok poslední lázeňské léčby).

u dětí zvláště 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 hmotnosti a výsledky všech odborných vyšetření ve smyslu Indikačního seznamu, tj. část A povinná vyšetření, u dětí vyplnit odbornou vložku, pokud je LZ vyžadována (není tiskopisem pojišťovny).

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ

vyšetření v rozsahu daném Indikačním seznamem pro jednotlivé indikační skupiny 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, u dětí a dorostu inkontinence.

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

Lékařská zpráva musí dále obsahovat důvody doporučení a očekávaný efekt lázeňské léčby.

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

Pacient musí být celou dobu lázeňského pobytu vybaven léčivými přípravky, které pravidelně užívá (viz díl 6 návrhu "poučení pacienta").

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

V této pro potřeby pojišťovny vyhrazené části návrhu revizní lékař povoluje a případně upravuje předložený návrh v jednotlivých položkách, případně jej celý zamítá. Své stanovisko potvrdí otiskem razítka a čitelným podpisem, vč. uvedení data posouzení návrhu.

Schvaluji: pokud revizní lékař předložený návrh schvaluje ve všech položkách, proškrtne slova „Upravuji – Zamítám (důvod)“ a na lince 1, 2 a 3 **doplní tři** vhodná LZ z Registru lázeňských SZZ pojišťovny.

Upravuji: volné místo lze využít k dalším úpravám návrhu nad rámec pouhého proškrtnutí předtištěných odrazů, jinak se proškrtnou slova „Zamítám (důvod)“.

Stanovisko revizního lékaře se doplní otiskem razítka pojišťovny a případně podpisem jejího zástupce, resp. pracovníka pověřeného k podpisu návrhu. Takto vyhotovený návrh se po oddělení dílu 4 (PC originál) jako objednávka služeb odešle do LZ uvedeného v prvním pořadí (na lince 1), a to nejpozději do pěti pracovních dnů od data převzetí návrhu pojišťovnou od lékaře, který návrh podává.

Zamítám (důvod): důvody zamítnutí návrhu je nutné předem projednat s navrhujícím lékařem a konkrétní zdůvodnění uvést do tiskopisu návrhu. Zamítnutý návrh (PC originál) odesílá pojišťovna zpět navrhujícímu lékaři, díl 4 nebo kopie PC originálu zůstává na 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. Všechny tři zbylé díly návrhu (PC originál) se opatří otiskem razítka a podpisem odpovědného pracovníka s tím, že díl 1 (kopii PC originálu) – **předvolání pacientovi** je LZ povinno odeslat (spolu s ostatními informacemi o nástupu, seznámením v rozsahu zrušeného dílu 6 návrhu – poučení pacienta, prospekty apod.) tak, aby pacient byl vyrozuměn **nejpozději do 5 dnů předem dnem určeného nástupu**. Po odléčení pacienta se **díl 1 přikládá k Vyúčtování lázeňské péče (VZP-16/2004)** jako potvrzená objednávka pojišťovny.

Pokud LZ uvedené v návrhu na prvním pořadí nemá k dispozici lůžko v časovém rozmezí daném stupněm naléhavosti, je povinno celý návrh (díl 1, 2 a 3 (PC originál)) 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 z pojišťovny nebo LZ. Datem doručení a odeslání se rozumí razítko podatelny LZ. V případě, že ani LZ ve třetím pořadí nenalezne lůžko pro pacienta, je povinno do tří pracovních dnů ode dne doručení návrhu odeslat návrh po předběžném projednání situace zpět na vysílající pojišťovnu. O dalším postupu léčby takového pacienta rozhodne lékař, který doporučuje lázeňskou péči, případně revizní lékař pojišťovny po dohodě s ním.

V případě, kdy pacient již obdržel díl 1 (kopii PC originálu, 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 pojišťovně vznik takové skutečnosti. LZ přitom může, po předchozím telefonickém projednání s 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 dílu 1 (kopii PC originálu) na den uvedený v písemném oznámení pacientovi.

Komentář k příspěvkové lázeňské péči

Pojišťovna u příspěvkové lázeňské péče nehradí náklady spojené s ubytováním, stravováním a dopravou pacienta (ani průvodce) do lázní a zpět.

Poskytování příspěvkové lázeňské péče musí být vždy v souladu s indikačním seznamem pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost a musí být dodržena určená délka léčby pro jednotlivé indikace.

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

Pacient může využít servisní služby pojišťovny, která probíhá v součinnosti s LZ, nebo může svěřit návrh cestovní kanceláři, expozituře lázní, nebo uplatnit svůj návrh osobní návštěvou v lázních, využít telefonního spojení apod.

Doba platnosti návrhu u příspěvkové lázeňské péče je 6 měsíců ode dne jeho vystavení navrhuje lékařem – ten proškrtne slovo „Komplexní“ a vyplní pouze indikaci a Dg. Revizní lékař rovněž vyznačí příspěvkovou lázeňskou péči, pokud nemění příspěvkovou na komplexní.

LZ při umístování „příspěvkového“ pacienta si určuje nástup samo podle svých potřeb a dispozic s tím, že datum nástupu pacienta zaznamená jak na dílu 2 (kopie PC originálu), tak na dílu 1 (kopie PC originálu) jako nedílné součásti vyúčtování poskytnuté péče. Ubytování a stravování může mít pacient přímo v LZ, ale může si ho zařídit i mimo něj.

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

LZ uvede v pokynech pro pojištěnce, že pokud před nástupem na lázeňskou péči nebo v průběhu léčení změní svůj pojistný vztah a stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, je jeho povinností oznámit tuto skutečnost lázeňskému zařízení. LZ pak návrh odešle spolu s odůvodněním a žádostí k potvrzení nové pojišťovně, a to i v případě že pacient změnu nenahlásí a LZ **před nástupem na lázeňské léčení** zjistí, že se pojištěnec přihlásil k nové pojišťovně. Pokud nová 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 pojišťovně.

Pozn.: Zjistí-li se přehlášení pacienta k jiné pojišťovně při nástupu, během lázeňského léčení, po jeho absolvování, případně až při vyúčtování lázeňské

péče pojišťovně, tak pojišťovny hradí léčbu za ty dny, ve kterých byl pacient pojištěncem té které pojišťovny.

2.14. VZP-16/2004 Vyúčtování lázeňské péče

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

Vyúčtování lázeňské péče se uzavírá za léčení v uplynulém měsíci vždy po uplynutí kalendářního měsíce a předkládá jako dávka dokladů v termínu dohodnutém ve smlouvě, výhradně na předepsaném dokladu **Vyúčtování lázeňské péče – tiskopis VZP-16/2004**. Jde o třídílný samopropisovací tiskopis, z něhož první dva díly, tj. originál a kopii, zašle LZ spádovému ÚP, které kopii dále postoupí vysílajícímu ÚP. 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

a pokud byl návrh vyřizován v papírové podobě, přiloží se příslušný díl 1 „Návrhu na lázeňskou péči“. Návrh v elektronické formě přepošle LZ na pojišťovnu spolu s vyúčtováním pouze v případě, když pojištěnec v době od schválení návrhu revizním lékařem změnil pojišťovnu.

Za správné a včasné vystavení dokladů a jejich předání na příslušné spádové ÚP 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 Indikačního seznamu.

Čís. vysílajícího ÚP VZP – uvede se číslo ÚP, které schválilo poskytnutí lázeňské 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 zařízení 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 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 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 pojišťovny, které se vyúčtování lázeňské 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 pacienta a jeho průvodce podle ceníku, tj. zkratky „bez“ (bez koupelny, sprchy a toalety), WC (s toaletou), SWC (se sprchou a toaletou), KWC (s koupelnou a toaletou) nebo D (děti a dorost).

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 péče uvedenou v „Návruhu“. Po dobu přerušení léčby je pacientovi rezervováno lůžko, náklady s tím spojené hradí pojišťovna.

*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“).*

Prodlužky z celkem odléčených dnů – uvede se počet dnů prodloužení léčby z celkového počtu dnů pobytu pacienta v LZ v případech, které přesahují délku 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.

Do místa určeného pro sdělení se uvede částka za vybrání regulačního poplatku za ošetřovací den od klienta s textem „RPK=“, případně za ošetřovací den od průvodce s textem „RPP=“ stvrzující, že byl vybrán příslušný regulační poplatek za ošetřovací den uvedený v platném „Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami“. V případě provedení klinického vyšetření klienta příspěvkové lázeňské péče se do místa určeného pro sdělení uvede částka za vybrání regulačního poplatku za klinické vyšetření klienta s textem „RPV=“ stvrzující, že byl vybrán příslušný regulační poplatek („regulační poplatek za návštěvu – poplatek uhrazen) uvedený v platném „Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami“.

Řádně vyplněné doklady včetně data vystavení potvrzuje odpovědný pracovník LZ svým podpisem a čitelným otiskem razítka. Každý doklad o vyúčtování lázeňské 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 pojišťovna doklady nepřevzme.

2.15. VZP-18/2005 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně

Základní pravidla pro poskytování péče v dětských ozdravovnách jsou uvedena v zákoně. 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 datového rozhraní. Návrh včetně příloh musí být kompletně buď v papírové, nebo v elektronické formě.

Návrh na předtištěném formuláři se vyplňuje strojem, přičemž pořizované údaje se na jednotlivé díly dostávají průpisem. 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 pojišťovně k evidenci

díl 3 vysílající pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci**díl 4 navrhuujícímu lékaři k dokumentaci**

Pokud navrhuující 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) 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 navrhuujícího lékaře“. Před odesláním řádně vystaveného návrhu na vysílající KP pojišťovny lékař oddělí díl 4 návrhu (pořídí kopii PC originálu), který po doplnění evidenčního čísla zůstává ve zdravotnické dokumentaci dítěte.

Vysílající pojišťovna po ověření, zda jde o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1-3 s tím, že příslušnost pojišťovny se zde řídí podle příslušnosti navrhuujícího lékaře ke KP pojišťovny. Po schválení návrhu revizním lékařem a oddělení dílu 3 (kopie PC originálu) pro potřeby 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 pojišťovnu.

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

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

Ev. č. – 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 ÚP VZP – uvede se číslo KP pojišťovny, která schvaluje poskytnutí ozdravenské péče.

Čís. návrhu – číslo návrhu přidělené pojišťovnou.

Rok návrhu – zadá 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)

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.

Dne – datum žádosti.

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

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.

Přetřelé nemoci dítěte – výčet prodělaných nemocí, operací, úrazů.

Očkování proti – výčet aplikovaných očkování.

Váha a směrodatná odchylka

Výška a směrodatná odchylka

Nynější zdravotní obtíže a rizika – uvést současné obtíže dítěte, pro které je pobyt v ozdravovně navrhován, včetně nynější terapie.

Případné laboratorní vyšetření – sedimentace erytrocytů, vyšetření moče, ev. vyšetření krevního obrazu, 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 revizního lékaře, pracovníka pojišťovny i dětské ozdravovny.

Uvedou se důvody, které vedly ke zdravotnímu oslabení dítěte, a co je očekáváno od pobytu v ozdravovně.

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, jímž začíná plynout časové rozmezí 6 měsíců platnosti návrhu. Od data vystavení návrhu je SZZ povinno předat návrh do 5 pracovních dnů na vysílající pojišťovnu, a to způsobem určeným jejím ředitelem.

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

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

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

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

Schvaluji ozdravovnu: pokud revizní lékař předložený návrh schválí, proškrtně 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 revizní lékař nepotřebné díly návrhu (PC originál) zpět navrhujícímu lékaři a díl 3 (kopie PC originálu) zůstává na pojišťovně.

Stanovisko revizního lékaře se doplňuje otiskem razítka 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 prvním pořadí (na lince 1), a to nejpozději do pěti pracovních dnů od data převzetí návrhu 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 pojišťovny.

Pokud dětská ozdravovna uvedená v návrhu na prvním 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 z 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 pojišťovnu do tří pracovních dnů ode dne doručení návrhu a po předběžném projednání situace s touto pojišťovnou. O dalším postupu při umísťování takového dítěte rozhodne navrhuující lékař ve spolupráci s revizním lékařem 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 pojišťovně vznik takové skutečnosti. Dětská ozdravovna přitom může, po předchozím telefonickém projednání s 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 pojišťovně v době po podání návrhu pojišťovně: V těchto případech jsou uplatněna stejná pravidla a postupuje se stejně jako v případě návrhů na lázeňskou péči (viz odstavec „Postup při přehlášení pojištěnce k jiné pojišťovně v době po podání návrhu pojišťovně“ v kapitole II.2.13 včetně poznámky za tímto odstavcem).

2.16. VZP-19/2004 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně, Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně

Dále uvedený text platí pro „Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně“:

Základní pravidla pro poskytování péče v dětských odborných léčebnách jsou uvedena v zákoně. Nemoci, u nichž se dětem a mladistvým do 18 let poskytuje zdravotní péče v odborných dětských léčebnách, a indikační zaměření těchto léčebeň 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 praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost 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 datového rozhraní. 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**

díl 2 **pojišťovně k evidenci**

díl 3 **reviznímu lékaři 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 pojišťovnu.

Pojišťovna po ověření, zda se jedná o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1-3 (PC originál). Zde se k návrhu vyjádří revizní lékař. Po schválení návrhu revizním lékařem a oddělení dílu 3 (pořízení kopie PC originálu) pro potřeby pojišťovny se odešle návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 (PC originál), dětské léčebně s tím, že díl 1 (PC originál) si ponechává dětská léčebna k dokumentaci a díl 2 (kopii PC originálu) přikládá k vystavenému individuálnímu účtu pro pojišťovnu.

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

Pokud je pacient překládán přímo z nemocnice do dětské odborné léčebny, revizní lékař návrh neposuzuje. Součástí zdravotnické dokumentace v léčebně je však v tomto případě překládová zpráva, ze které musí být patrná indikace k pobytu v léčebně.

Řádně vyplněný formulář navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka zdravotnického zařízení 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 **IČP a Odbornost, Dne:, Číslo pojištění, 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.

Jméno a příjmení dítěte – uvede se jméno a příjmení pacienta.

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 pojišťovnu).

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

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. Od tohoto dne začíná plynout časové rozmezí 6 měsíců platnosti návrhu. Navrhující zdravotnické zařízení je povinno předat návrh do 5 pracovních dnů od data vystavení návrhu na příslušnou pojišťovnu, a to způsobem určeným jejím ředitelem.

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

V této části návrhu revizní lékař pojišťovny schvaluje, upravuje nebo zamítá předložený návrh. Své stanovisko potvrdí podpisem, svou jmenovkou a čitelným otiskem razítka pojišťovny.

Schvaluji léčebnu: pokud revizní lékař 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 revizní lékař nepotřebné díly návrhu (PC originál) zpět navrhujícímu lékaři (díl 3 návrhu nebo kopie PC originálu zůstává na 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 vážnější přestálé nemoci, 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 léčivé přípravky, 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 dopravy, potřeba dietního stravování apod. Doprovod dítěte do věku 6 let není nutné schvalovat revizním lékařem, nad 6 let ano. Indikující lékař může pobyt doprovodu navrhnout, ale konečné rozhodnutí náleží odborné léčebně. Pokud bude léčebna požadovat umístění doprovodu u dítěte staršího 6 let, požádá o schválení revizního lékaře jí příslušné pojišťovny.

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

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

V případě schvalování návrhu na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně pro dospělé s OD 00022 je použit stejný doklad, respektive tiskopis, s těmito úpravami a změnami:

- Lékař v záhlaví tiskopisu (na všech jeho dílech) škrtně text „UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ“ a dopíše sem text „LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V“.
- V kolonce „Jméno a příjmení dítěte“ se škrtně slovo „dítěte“.
- V kolonce „Rodič (zákonný zástupce)“ se škrtně slovo „Rodič“.
- V textu „Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.“ se škrtně slovo „dítěte“.
- V textu „Podpis rodiče (zák. zástupce):“ se škrtně slovo „rodiče“.
- V textu u stanoviska revizního lékaře „(ÚP příslušné k dětské léčebně)“ se škrtně slovo „dětské“.

Pozn.: Pokud navrhuje lékař vyplňuje návrh na PC a následně jej tiskne, lze výše uvedené úpravy tiskopisu provést přímo ve formuláři PC náhradou příslušných textových částí. Interpretace údajů vyplňovaných do tiskopisu viz níže uvedený text.

Při schvalování návrhu na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně pro dospělé jsou ustanovení této metodiky uvedená pro umístění dítěte v dětské odborné léčebně platná i pro dospělého pacienta s těmito změnami:

- Z textu se všude vypouští slova a slovní spojení „dětských“, „dětem a mladistvým do 18 let“, „děti a dorost“.
- V části „**Postup schvalování návrhu**“:
 - text „ve zdravotnické dokumentaci dítěte“ v prvním odstavci se mění na „ve zdravotnické dokumentaci pacienta“,
 - text „zajistí předvolání dítěte“ ve třetím odstavci se mění na „zajistí předvolání pacienta“.
- V části „**Postup vyplňování tiskopisu**“:
 - text „zajistí podpis rodiče“ v prvním odstavci se mění na „zajistí podpis pacienta (zákonného zástupce)“,
 - část „**Rodič (zákonný zástupce)**“ je interpretována jako „zákonný zástupce pacienta“. Není-li zákoný zástupce uveden, tak „telefon“ je telefonní číslo pacienta; pokud je zákoný zástupce uveden, jedná se o telefonní číslo zákonného zástupce,
 - část „**Přesná adresa vč. PSČ**“ a „**Zaměstnavatel**“ jsou interpretovány jako adresa, PSČ a zaměstnavatel pacienta pokud pacient nemá zákonného zástupce; v opačném případě pak jako adresa, PSČ a zaměstnavatel jeho zákonného zástupce.

- text části: „**Zdůvodnění pobytu v léčebně:**“ se mění na „uvede se smluvní indikace odborné léčebny.“.
 - v textu části „**Navrhovaná léčebna:**“ se vypouští slovní spojení „podle seznamu dětských odborných léčeben“.
- V části „Osnova lékařské zprávy“:
- v odstavci „**Očkování:**“ se text mění na „uvedou se provedená očkování pacienta (jsou-li zřetele hodná)“,
 - v odstavci „**C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):**“ se text mění na „uvede se kompletní objektivní nález a popis funkčního postižení včetně mobility, přítomnosti dekubitů, stomie, údaje o kontinenci a soběstačnosti pacienta.“.
 - v odstavci „**E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ**“ se nepřihlíží k textu „Doprovod dítěte do věku 6 let není nutné schvalovat revizním lékařem, nad 6 let ano“ a v poslední větě se nepřihlíží k textu „u dítěte staršího 6 let“.

2.17. VZP-20/2006 Výpis z receptu

Pokud se výpis léčivého přípravku 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 léčivému přípravku,
- 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: s výjimkou položky „Poř. č.“, záměny předepsaného léčivého přípravku a taxace v případě výpisu na individuálně připravovaný léčivý přípravek lékárna nemusí dopisovat na papírový tiskopis výpisu z receptu ty údaje, které předává Pojišťovně v elektronické podobě.

2.18. VZP-21/2006 Žádanka o schválení (povolení)

Doklad se používá jako žádost o schválení či povolení úhrady péče, která je v zákonech, vyhláškách (hlavně seznamech) či smlouvě podmíněna schválením revizním lékařem. Doklad vyplňuje žadatel, tedy OL, případně zdravotnické zařízení. Revizní lékař se k žádosti vyjádří (obvykle do 10 dnů), kopii dokladu vrátí žadateli a originál si založí (v případě dokladu 21 v datovém rozhraní předá i odpověď v datovém rozhraní).

Výkonu, léčivého přípravku, ZP, ostatní – proškrtnutím či jiným zřetelným označením se uvede druh položky předkládané ke schválení.

Čís. schválení – revizní lékař určí jednoznačné číslo žádanky v rámci roku a ÚP, pod kterým bude povolení evidováno. Žadatel vyplňuje pouze v případě předběžného schválení.

Předběžně dne – uvede se datum ve tvaru DDMMRR v případě, kdy byla žádost s revizním lékařem předem projednávána a kdy jí přidělil číslo schválení.

Pro pacienta, (zařízení) – jméno pojištěnce, resp. název zdravotnického zařízení, pro které se žádá povolení nestandardní úhrady.

Čís. pojištěnce, IČP – uvede se číslo pojištěnce a IČP zařízení, pro které je zvláštní položka určena.

Sk – skupina podle číselníku Skupiny číselníků léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků.

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

Název – položka, která se předkládá ke schválení reviznímu lékaři.

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

Platnost do – datum ve tvaru DDMMRR označující omezení povolení na určité časové období.

Specifikace požadavku – uvede se konkrétní důvod, pro který je posouzení revizním lékařem vyžádáno. Může jít o

schválení výkonu, léčivého přípravku nebo ZP označeného v seznamech symboly požadujícími schválení RL,

povolení úhrady z veřejného zdravotního pojištění v případech, kdy je delegováno rozhodnutí na RL zákonem, příslušnou vyhláškou nebo přímo ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou (zde je v zájmu správného a rychlého vyřízení žádosti vhodné uvést konkrétně, podle které části zákona, vyhlášky či smlouvy je povolení žádáno).

Zdůvodnění – lékařská epikríza, ze které jednoznačně vyplývá naplnění podmínek pro úhradu z veřejného zdravotního pojištění, uvedených v příslušných platných předpisech.

Pokud není znám kód léčivého přípravku či ZP, je nutno uvést jeho cenovou kalkulaci a dodavatele. Nestačí-li místo pro zdůvodnění, pokračuje se na druhé straně tiskopisu, případně na příloze.

Dne:, razítko a podpis žadatele – osobní potvrzení žádosti.

Stanovisko revizního lékaře ÚP VZP – razítko a podpis revizního lékaře, který žádanku odsouhlasí. V případě zamítnutí žádosti se uvede důvod zamítnutí.

2.19. VZP-22/2009 Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví

Tento formulář je určen všem SZZ pro případ, že se tato setkají při výkonu své práce s takovými případy poškození zdraví, které vykazují známky zavinění fyzickou či právní osobou. V podstatě se jedná o jakékoliv případy újmy na zdraví (např. úrazy, otravy apod.), které podléhají podle ustanovení § 55 odst. 2 platného znění zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ohlašovací povinnosti.

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 pojištění), označí slovem „neznámé“. Vyplněné tiskopisy zašle SZZ pojišťovně bez zbytečného prodlení poté, kdy u zraněného zjistí příjmení, jméno a číslo pojištění.

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **Příjmení a jméno, Číslo pojištění, 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 škrtně).

Jedná se o úraz: prac., neprac., nevím – alternativy, může se stát, že jde o prac. úraz při autonehodě! Nehodící se škrtně.

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

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

Kdy a kam byl zraněný odeslán na další vyšetření nebo do ústavní 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 hlášeníku.

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

Podpis a razítko zdrav. zařízení – zástupce SZZ, které doklad vystavilo. IČZ na otisku razítka musí být čitelné. V případě nečitelnosti nutno vypsát IČZ nad otisk razítka.

2.20. VZP-23/2005 Vyúčtování ozdravenské péče

Náklady na zdravotní péči v dětských ozdravovnách jsou plně hrazeny 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 jako dávka dokladů v termínu dohodnutém ve smlouvě, výhradně na předepsaném dokladu **Vyúčtování ozdravenské péče – tiskopis VZP-23/2005**. Jde o třídílný samopropisovací tiskopis, z něhož první dva díly, tj. originál a kopii, zašle dětská ozdravovna spádovému ÚP, které kopii dále postoupí vysílajícímu ÚP. 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

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

Za správné a včasné vystavení dokladů a jejich předání na příslušné spádové ÚP 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 VZP – uvede se číslo ÚP, které schválilo poskytnutí ozdravenské péče podle „Návrhu“.

Ozdravenský program – číselný kód označující typ ozdravenského programu.

Dětská ozdravovna – uvede se celý název zařízení 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 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 „Návruhu“. Po dobu přerušení ozdravenské péče je pacientovi rezervováno lůžko, náklady s tím spojené hradí 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.

Do místa určeného pro **sdělení** se uvede částka za vybrání regulačního poplatku od klienta s textem „RPK=“ nebo „klient=“ stvrzující, že byl vybrán příslušný regulační poplatek uvedený v platném „Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami“.

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 pojišťovna doklady nepřevzme. Úhradu poskytnuté a řádně vyúčtované ozdravenské péče provede spádové ÚP.

2.21. 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

podle toho, zda jde o adresu ve velkém městě nebo v obci, která má či nemá poštu nebo ulice, anebo v malé obci (osadě), která nemá ulice.

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 ÚP 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 VZP nebo trvalého pobytu pojištěnce je možná pouze se souhlasem ÚP. 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.

2.22. 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 SZZ.

IČO – identifikační číslo organizace přidělené ČSÚ.

Pořadové číslo – nevyplňuje se.

Poskytovatel – název SZZ předkládajícího fakturu k proplacení.

Peněžní ústav – název peněžního ústavu SZZ.

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 ÚP. Splatnost faktury se řídí termíny dohodnutými ve smlouvě.

2.23. VZP-34/2009 Příkaz ke zdravotnímu transportu

Příkaz ke zdravotnímu transportu (dále jen Příkaz) je tiskopis s jednou průpisovou kopií pro indikaci zdravotnických transportů a převozu zemřelého pojištěnce na zdravotní pitvu a ze zdravotní pitvy.

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

Příkaz je třeba použít i v případě indikace **sekundárního převozu pacienta vozidlem ZZS** (vyplní se pouze jeho „díl A“). **Sekundárním převozem ZZS** se rozumí převoz pacienta mezi lůžkovými zdravotnickými zařízeními, kdy stav pacienta se vyznačuje závažným ohrožením životních funkcí, nebo vyžaduje jejich pečlivé monitorování nutné k rozpoznání případně se rozvíjejících komplikací. Účelem sekundárního převozu je překladi do jiného smluvního zdravotnického zařízení nebo na speciální vyšetření.

Příkaz pro cestu do SZZ, kde má být pojištěnci poskytnuta zdravotní péče, **vyplňuje** vždy ten odesílající OL, který poskytnutí zdravotní péče požaduje.

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

Lékař, který poskytl pojištěnci zdravotní péči v SZZ, je povinen zhodnotit, zda je indikován zdravotnický transport pojištěnce do místa pobytu, a v případě, že

ano, **vyplní** Příkaz pro cestu zpět. Doklad pro dopravu 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, Pacient, Číslo pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní dg., Kód náhr.** Jako Dg. pro indikaci zdravotního transportu uvede základní Dg. 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: odůvodnění požadovaného transportu, event. speciální podmínky pro transport pojištěnce, které nejsou obsaženy v pokynech pro posádku. V případě transportu do jiného než nejbližšího SZZ, uvede odůvodnění nutnosti léčby ve vzdálenějším SZZ. Pokud se jedná o speciální požadavek, vyznačí navíc:

na zdravotní pitvu: transport na zdravotní pitvu

ze zdravotní pitvy : transport ze zdravotní pitvy

VITAL: transport lékaře či jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému výkonu nebo doprava transfuzních přípravků, spec. léčivých přípravků, tkání a orgánů nezbytných vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce a bezprostřednímu ohrožení jeho života. Dále se uvede jméno požadovaného zdravotnického pracovníka nebo druh a množství požadovaného materiálu. Výzva se telefonicky předá dopravci. Doprava (včetně nutné dopravy dárců) 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 převoz: pro plánovaný převoz vozidlem ZZS se uvede vždy požadovaný typ posádky (RLP nebo RZP).

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

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

Pokud pojištěnec požaduje transport do ZZ, který není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pak lékař do části „Kam“ uvede adresu jako pokyn pro posádku DZS, kam má být proveden transport. V tomto případě pro úhradu ZP označí symbolem x „Odkud“ a „Nejbližší SZZ“.

V případě použití tiskopisu pro vyžádání dopravy 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 pojištěnce požaduje zajištění transportu dvoučlennou posádkou. Dále zde uvede:

- při dopravě transfuzních přípravků, spec. léčivých přípravků, tkání a orgánů k transplantaci druh a požadované množství, ev. speciální podmínky pro dopravu,
- další potřebné požadavky na transport.

Důvod doprovodu: V případě indikace doprovodu nutno vždy uvést jeho odůvodnění. Doprovodem se rozumí doprovázející osoba, která není členem posádky vozidla a jejíž přítomnost je s ohledem na zdravotní stav pacienta nutná pro následné ošetření a vyšetření v SZZ.

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

LETECKÁ DOPRAVA: indikaci letecké dopravy předává ke schválení ošetřující lékař reviznímu lékaři. Revizní lékař potvrdí schválení razítkem a podpisem s uvedením data.

V případě, kdy pojištěnec požaduje dopravu vozidlem smluvní dopravní zdravotní služby do zdravotnického zařízení vzdálenějšího, než je ošetřujícím lékařem určené, stvrdí tento požadavek svým podpisem na rubové straně tiskopisu.

Dopravce 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 dopravního výkonu podle číselníku Doprava. Kód se zarovnává k pravé straně.

Počet

Převoz pacienta – počet km ujetých s každým konkrétním pacientem vhodnou komunikací do místa určení dle indikace lékaře, a to 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.

Převoz zemřelého:

- **na zdravotní pitvu** – se uvede skutečný počet km ujetých při převozu zemřelého nejkratší vhodnou komunikací z místa úmrtí do místa provedení zdravotní pitvy,
- **ze zdravotní pitvy** – se uvede skutečný počet km ujetých nejkratší vhodnou komunikací při převozu zemřelého z místa provedení zdravotní pitvy, ale nejvýše do vzdálenosti, která je rovna vzdálenosti z místa úmrtí do místa pitvy.

Razítko a podpis dopravce – podpis a razítko dopravce.

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

V případě letecké dopravy je nutné předložit fakturu dopravce a vyplněný díl A Příkazu se schválením revizního lékaře.

Pozn.: Platnost původních tiskopisů verze „VZP-34/1999“ včetně způsobu jejich vyplňování se ukončuje k 31.12.2009. Nové tiskopisy verze „VZP-34/2009“ lze používat od 1.7.2009. Šířka tiskopisu se upravuje na standardní rozměr formátu A5 rozšířením jeho pravého okraje.

2.24. VZP-35/1995 **Záznam o provozu zdravotnického vozidla**

Pro usnadnění záznamů zdravotnických dopravců vydává VZP 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 VZP automaticky, ale pouze na vyžádání.

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

Používá se k vyúčtování dopravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě. Na tiskopisu se též vykazuje doprava lékaře v LSPP.

Cesty zdravotnického pracovníka k návštěvám pacientů jak v návštěvní službě, tak v LSPP 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 pojištění 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, Kód poj., IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Poř. č., Číslo pojištění, 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 v roce, za který byl doklad vystaven. Údaj se zapisuje ve tvaru MMRR.

Kód dopravy – číslo dopravního výkonu 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 „OKDUD“), 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 vykázaním 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 pojišťovna neproplácí. V případě nasmlouvaného paušálu na jeden měsíc nebo na jednu návštěvu se údaj nemusí vyplňovat.

Razítka a podpis – razítka a podpis zástupce SZZ, které doklad předkládá k vyúčtování (při použití vozidla pro LSPP předkládá vyúčtování DZS nebo zařízení provozující LSPP).

Při použití vozidla pro LSPP se tiskopis vyplňuje navíc podle těchto pravidel:
vyplňuje ho řidič,

v záhlaví tiskopisu uvede IČP a odbornost předkládajícího SZZ,

lékař, který návštěvy vykonal, potvrdí provedení vykázaných návštěv otiskem razítka a podpisem do prvního volného trojřádku a další prázdné řádky proškrtně,

správnost uvedených údajů potvrdí předkládající SZZ ve vymezeném místě pro podpis a razítka.

Pozn.:

- 1. Pokud je návštěvní služba při použití vozidla DZS přerušena transportem navštíveného pojištěnce do zdravotnického zařízení, je nutno vystavit pro takovou cestu Příkaz ke zdravotnímu transportu, který vystavuje lékař LSPP.*
- 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 LSPP.*

2.26. VZP-37/2006 Vyúčtování výkonů záchranné služby

Tiskopis se používá k vyúčtování zdravotních výkonů včetně souvisejících dopravních výkonů a zvláště účtovaných materiálů poskytnutých pojištěnci RLP nebo RZP, 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 transport ZZS.

Kód – číslo zdravotního nebo dopravního výkonu podle číselníků Zdravotní výkony a Doprava. Zarovnává se doprava.

Pozn.:pokud je prostřednictvím dokladu 34 „Příkaz ke zdravotnímu transportu“ indikován sekundární převoz, tak se zde dále uvede signální kód pro sekundární převozy pacientů (z číselníku Zdravotní výkony).

Počet – celkový počet provedení vykazovaného zdravotního výkonu. Pokud nebude údaj vyplněn, má se za to, že byl proveden pouze jednou. V případě dopravního výkonu se zde uvede počet ujetých km.

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 číselníků 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 léčivých přípravků a ZP. V případě, že materiál není uveden v číselnících, je nutné jej účtovat příloženou 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 zařízení oprávněno účtovat k úhradě pojišťovně. Rozsah údaje je 8 znaků, 6 celých čísel a 2 desetinná místa. Cena musí být povinně vyplněna.

Prázdňé okénko: místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.

Vystavil razítko, podpis, datum: den vystavení, razítko a podpis.

V případě, kdy je doprava indikována na dokladu „VZP-34/2009 Příkaz ke zdravotnímu transportu“, originál tohoto dokladu VZP-34/2009 se stává nedílnou součástí vyúčtování a dopravce ho předává vždy pojišťovně.

2.27. VZP-39/1999 **Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem**

Tiskopis se používá k vyúčtování cestovních nákladů cest soukromým vozidlem v tom případě, pokud OL schválí pojišťovna dopravu soukromým vozidlem místo indikovaného zdravotnického transportu.

OL, který pojišťovna odesílá k poskytnutí péče do konkrétního SZZ, vyplňuje dle kap. II.1. Společné zásady **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Pacient, Čís. pojištěnce, Základní dg., Ostatní dg., Kód náhrady.** Dále uvádí:

Trvalý pobyt – trvalé bydliště pojištěnce.

Odkud – místo, odkud je odeslán.

Kam – stručný název zařízení a místo, kam je odeslán. OL vždy vyplní nejbližší SZZ, které je schopno požadovanou péči poskytnout.

Důvod k transportu – zdravotní indikace transportu a důvod schválení jízdy soukromým vozidlem. Dále se zde uvede, na kolik cest do uvedeného SZZ je tiskopis vystaven, 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.

Pojištěnec doplní registrační značku vozidla, které bylo použito k dopravě.

Doklad se předkládá pojišťovně k vyúčtování po ukončení cest předepsaných ošetřujícím lékařem, nebo po ukončení léčení před uskutečněním všech předepsaných cest.

Pověřený pracovník 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 ÚP k proplacení.

Likvidoval (revidoval, vyplatil) – datum a podpis odpovědného pracovníka ÚP.

Příjemce částky náhrad vyplní:

Přijal dne, podpis – datum převzetí a podpis.

Pozn.:

Pokud nebude příjemcem částky náhrad pojištěnec, kterému byla doprava indikována, je pro převzetí náhrady nutné zmocnění s uvedenými osobními daty o zmocněnci, včetně rodného čísla, a s podpisem zmocnitele – pojištěnce.

Pracovník, který poskytl péči vyžádanou ošetřujícím lékařem, vyplní:

Potvrzení o odborném vyšetření/ošetření – ústavní péči – při každé návštěvě pojištěnce vyplní datum ošetření a potvrdí razítkem a podpisem. Tímto potvrzuje indikaci pro náhradu cestovních nákladů i pro cestu zpět. 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“. Přijetí a propuštění z ústavní péče (včetně lázeňské péče) se potvrzuje a zaznamenává pro každou cestu na zvláštní řádek.

2.28. VZP-80/1997 **Přihláška registrovaných pojištěnců**

Tiskopis slouží lékaři k pořízení seznamu pojištěnců 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, Číslo pojištěnce**. Dále se vyplňují:

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 pojišťovně hlásí stav (vytvoření registru pojištěnců pro kapítaci). 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 registrovaní. 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.

2.29. VZP-85/1999 **Hlášení o nepřítomnosti / zastupování lékaře**

Lékař resp. zdravotnické zařízení nahlašuje pojišťovně nepřítomnost lékaře a nahlašuje zastupujícího lékaře v případech uvedených ve smlouvě s 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 škrtně 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. Např. zastupování v délce 4 dnů ve dnech 2., 8., 10. a 20. března 1999 se vypíše:

ve dnech: 2., 8., 10. a 20. 3. 1999

od, do – den, měsíc a rok počátku a konce zástupu. Např. zástup v délce 8 dnů ve dnech od 8. do 15. března 1999 se vypíše jako interval:

od 8 3 do 15 3 1999

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 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 pojišťovně opravené (správně vyplněné) hlášení a vlevo před nadpis tiskopisu uvést výrazně hůlkovým písmem „OPRAVENÉ“.

Pozn.: doklad se předává pojišťovně před uskutečněním plánované nepřítomnosti či plánovaného zástupu, nejpozději ve smluvně dohodnutém termínu pro vyúčtování dávek.

2.30. VZP-90/2006 Seznam nositelů výkonů

Tiskopis slouží ZZ ke čtvrtletnímu hlášení nositelů výkonů. Hlášení je předáno do 30 dnů po skončení čtvrtletí. Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňuje **IČZ, IČO, Poř. číslo**. Dále se uvádí:

Období – číslo čtvrtletí a poslední dvojčíslí roku, za které je Seznam předkládán.

Název subjektu – název a sídlo ZZ uvedené v rozhodnutí o registraci vydaném orgánem příslušným k registraci, nebo ve zřizovací listině.

Seznam – uvede se jeden z následujících znaků:

„N“ nedošlo ke změně oproti minulému období (není třeba vykazovat),

„U“ v případě, že doklad obsahuje všechny nositele výkonu (nově vzniklá ZZ jsou povinna předat za uplynulé čtvrtletí vždy toto úplné hlášení, pro ostatní ZZ se doporučuje předávat úplné hlášení minimálně jednou ročně),

„Z“ v případě, že se na dokladu uvádějí všechny změny oproti minulému období. Platné údaje z předcházejícího období, které už jsou v pojišťovně evidovány, není třeba vyplňovat.

Poř. číslo – listu.

Příjmení, jméno, titul – údaje nositele výkonů.

Rodné číslo – pro nositele výkonů. Musí být vyplněno vždy. Pokud je nositelem výkonů cizí státní příslušník, nahradí se rodné číslo číslem pojištěnce. Pokud cizinec nemá číslo pojištěnce, číslo mu vygeneruje správce Centrálního registru pojištěnců a zavede ho do CRP s kódem 0X.

Kategorie – vyplní se podle „Seznamu výkonů s bodovými hodnotami“ pro uvedeného nositele výkonu podle následující tabulky.

Kategorie	Význam
1	lékař, zubní lékař, farmaceut
2	klinický psycholog, klinický logoped a fyzioterapeut
3	jiný vysokoškolsky vzdělaný pracovník ve zdravotnictví
4	nelékařský zdravotnický pracovník

Údaje **PPNV** a **Odbornost** se nevyplňují.

Počet listů celkem:, **Datum:**, **Razítko** a **Podpis statutárního zástupce ZZ** se uvede na posledním listě.

Zákonnou povinnost poskytovatelů zdravotní péče sdělovat zdravotním pojišťovnám seznam jednotlivých nositelů výkonů lze splnit i jiným způsobem než předáním souboru v definovaném datovém rozhraní (viz kapitola III – 3. „DR seznamu nositelů výkonů pro pojišťovny“ Datového rozhraní pro pořizování a předávání dokladů) či tiskopisu VZP-90/2006 „Seznam nositelů výkonů“, avšak za podmínky, že rozsah předávaných údajů a termín jejich poskytování odpovídají výše uvedeným specifikacím.

2.31. Vyúčtování dopravy zemřelého na zdravotní pitvu a ze zdravotní pitvy

Vyúčtování dopravy 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-34/2009 Příkaz ke zdravotnímu transportu.

Faktura předložená pohřební službou (smluvní nebo nesmluvní) musí obsahovat také prohlášení, že částka fakturovaná pojišťovně za dopravu ze zdravotní pitvy byla odečtena ve fakturaci za dopravu do místa pohřbu vzdálenějšího než místo úmrtí, předané k úhradě obstaravateli pohřbu zemřelého.

2.32. Průvodní list k pitvě

Pro účely pojišťovny je Průvodní list k pitvě uznávaným dokladem k vyžádání zdravotní pitvy a dokladem o oprávněném vykázání pitvy k úhradě 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 SZZ, 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 VZP. Dávky dokladů kompletuje SZZ. 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 LSPP
obsahuje jen doklady druhu 05.
- 10 - DÁVKA RECEPTŮ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 10, 20 a recepty na léčivé přípravky 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 PÉČE SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 16 a při závěrečném doučtování léčení přiložené díly dokladu 15.
- 23 - DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ OZDRAVENSKÉ PÉČE SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 23 a při závěrečném doučtování léčení přiložené díly dokladu 18.

- 31 – DÁVKA ŽÁDANEK O VYÚČTOVÁNÍ
při vyúčtování v datovém rozhraní 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 pacientovi 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 pacientovi se řadí za sebou tak, že za doklad 02s se zařadí navazující doklad(y) 03s.
- 90 - DÁVKA POUKAZŮ NA VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 06 a 03. Doklady k témuž pacientovi 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 pacientovi 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 pacientovi se řadí za sebou tak, že za doklad 02 se zařadí navazující doklad nebo doklady 03.

DÁVKY ZA DRUH POJIŠTĚNÍ 2 – předkládají ta SZZ, která uzavřela 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 pojišťovně registraci pojištěnců ve smluvně dohodnutém termínu dávkou číslo 80 – Dávka registrací pojištěnců na formulářích VZP-80 (Příhláška registrovaných pojištěnců). Do formulářů se vyplní předepsané údaje z registračních listů podepsaných pacienty v předchozím měsíci, přičemž se na průvodním listu dávky vyplní pouze IČZ zařízení, kód územního pracoviště kterému se dávky předávají, číslo dávky, období a počet předkládaných formulářů VZP-80.

Dávky pro potřeby sdělení seznamu nositelů výkonů

SZZ předává nejpozději do 30 dní po skončení čtvrtletí druh dokladu 90 „Seznam nositelů výkonů“ (pokud není tato zákonná povinnost splněna jiným způsobem – viz kapitola II-2.30 „Seznam nositelů výkonů“).

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 se zdravotnickým zařízením.

VZP přijímá jako podklad k proplacení jak faktury na vlastních tiskopisech, tak vystavené i na jiných tiskopisech, pokud formální i obsahová stránka odpovídá tiskopisům VZP.

Faktura za období

Fakturu za období předkládá SZZ zpravidla měsíčně. Tato faktura může, ale nemusí být doložena dávkami dokladů.

- a) Pokud zdravotnické zařízení 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 VZP doložena doklady o poskytnuté zdravotní péči. SZZ poskytující ústavní péči, která uzavírají doklady za ukončenou hospitalizaci častěji než jednou měsíčně, mohou mít ve smlouvě větší počet předkládacích termínů v jednom měsíci.
- b) Pokud SZZ uzavírá a předkládá dávky dokladů **čtvrtletně**, jsou faktury za první dva měsíce vyčíslením požadavku na finanční úhradu za již poskytnutou péči. V den předložení VZP nemusí být tyto faktury doloženy dávkami dokladů o provedené zdravotní péči. Třetí fakturu předkládá SZZ po skončení kalendářního čtvrtletí. Obsahuje vyčíslení finančního požadavku na úhradu péče poskytnuté v posledním měsíci čtvrtletí. Tato faktura již musí být v den předložení VZP doložena všemi dávkami dokladů, kterými je vykázána zdravotní péče poskytnutá pojištěncům VZP 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 VZP vždy doložena dávkami dokladů.

Faktura za dávky se předkládá vždy v případě předkládání dávek:

- lékárnami a výdejními 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 datovém rozhraní 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: recepty, jejichž výdej se realizuje přes Centrální úložiště e-receptů, se vykazují v samostatných dávkách odděleně od dávek listinných receptů.

Předávání dávek papírových dokladů

Dávky papírových dokladů jsou předávány pojišťovně způsobem uvedeným ve smlouvě. Při osobním předávání dokladů pracovníkem, kterého k tomu SZZ pověřilo, 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 SZZ a potvrzená kopie zůstává na ÚP. Tento záznam může po dohodě s ÚP 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 SZZ 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 datové rozhraní 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 seřazené 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 jako v případě diskety, je předán pracovníkovi SZZ, potvrzená kopie zůstane ÚP. Příjem opravených dávek se provádí v termínech dohodnutých s ÚP. Jejich další zpracování je analogické s výše uvedenými postupy.

Předávání dávek elektronicky

Vykazované dávky jsou podrobeny kontrole na platné datové rozhraní a je vystaven protokol o formální správnosti jednotlivých dávek. Ty dávky, které bezchybně projdou kontrolou, lze po podepsání elektronickým podpisem odeslat elektronicky pojišťovně. O převzetí elektronicky podaných dávek se vystaví protokol o přijetí elektronického podání.

Pozn.: chybně vykázaný a pojišťovnou již zpracovaný doklad pojišťovna na požádání SZZ stornuje a SZZ 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 seřazené. 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 SZZ spolu s vyřazenými doklady. Takto vyřazené doklady je možné znovu předložit pojišťovně v původní dávce v dalším smluveném předkládacím termínu. Do opravných dávek zařazuje SZZ opravené doklady, které 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 VZP ČR.

1. Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (MKN-10)

Číselník MKN 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 pojišťovna číselník Zdravotní výkony, který je v souladu se Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

3. Cenová pásma

Číselník je určen pouze pro SZZ poskytující ústavní lůžkovou péči. Obsahuje vybrané položky číselníku Zdravotní výkony, zejména kódy OD, které podléhají sestupné platbě.

4. Kategorie pacienta

Kód Název

0. pacient na propustce,
1. pacient soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku, nebo novorozenec na novorozeneckém oddělení,
2. pacient částečně soběstačný, nebo dítě nad 6 let do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku,
3. pacient vyžadující zvýšený dohled, nebo dítě nad 2 roky do 6 let včetně, lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, nebo psychicky alterovaný pacient, u něhož je nutný zvýšený osobní dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakol. sedace,
4. pacient imobilní nesoběstačný, nebo dítě od 0 do 2 let věku včetně, kromě novorozence na novorozeneckém oddělení, lucidní pacient zcela imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech,
5. pacient v bezvědomí.

5. Skupiny číselníků léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků

Kód Název

- 1 Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely
- 2 Individuálně vyráběné léčivé přípravky, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka
- 3 Zdravotnické prostředky
- 4 Stomatologické výrobky

6. Smluvní odbornosti

Upozornění: číselník smluvních odborností uvedený v Metodice verze 6.2 se nebude v současné verzi nadále aktualizovat a v nové verzi bude vypuštěn.

Číslo a název odbornosti

- | | |
|-----|--|
| 001 | Pracoviště praktického lékaře pro dospělé |
| 002 | praktického lékaře pro děti a dorost |
| 003 | LSPP |
| 004 | Zvláštní ambulantní péče ve zdravotnických zařízeních ústavní péče |
| 014 | Pracoviště praktického zubního lékaře |
| 015 | čelistní ortopedie – ortodoncie |
| 019 | stomatologické LSPP |
| 101 | interního lékařství |
| 102 | angiologie |
| 103 | diabetologie |
| 104 | endokrinologie |
| 105 | gastroenterologie a hepatologie |
| 106 | geriatrie |
| 107 | kardiologie |
| 108 | nefrologie |
| 109 | revmatologie |
| 128 | hemodialýzy |
| 201 | fyziatrie a rehabilitačního lékařství |
| 202 | klinické hematologie |
| 203 | přenosných nemocí |
| 204 | tělovýchovného lékařství |
| 205 | tuberkulózy a respiračních nemocí |
| 206 | klinické farmakologie |

207	alergologie a klinické imunologie
208	Pracoviště lékařské genetiky
209	neurologie
222	transfuzní služby
301	pediatrie
302	dětské kardiologie
303	dorostového lékařství
304	neonatologie
305	psychiatrie
306	dětské psychiatrie
307	gerontopsychiatrie
308	léčby alkoholismu a jiných toxikomanií
309	sexuologie
401	pracovního lékařství
402	klinické onkologie (bez radiační onkologie)
403	radioterapie a radiační onkologie
404	dermatovenerologie
405	dětské dermatologie
406	korektivní dermatologie
407	nukleární medicíny
409	dětské neurologie
501	chirurgie
502	dětské chirurgie
503	úrazové chirurgie
504	cévní chirurgie
505	kardiochirurgie
506	neurochirurgie
507	hrudní chirurgie
601	plastické chirurgie
602	popáleninové medicíny
603	gynekologie a porodnictví
604	dětské gynekologie
605	čelistní a obličejové chirurgie
606	ortopedie
607	ortopedické protetiky
701	otorinolaryngologie
702	foniatrie
703	audiologie
704	dětské otorinolaryngologie
705	oftalmologie
706	urologie
707	dětské urologie
708	anesteziologicko-resuscitační

- 709 zdravotnické záchranné služby (RZP+RLP)
- 801 Pracoviště klinické biochemie
- 802 lékařské mikrobiologie
- 803 lékařské bakteriologie
- 804 lékařské parazitologie
- 805 lékařské virologie
- 807 patologické anatomie
- 809 radiodiagnostiky
- 812 jiného laboratorního oboru
- 813 Laboratoř alergologická a imunologická
- 814 toxikologická
- 815 nukleární medicíny
- 816 lékařské genetiky
- 817 klinické cytologie
- 818 hematologická
- 822 mykologická
- 901 Pracoviště klinické psychologie
- 902 Samostatné prac. rehabilitačních pracovníků – absolventů VŠ
- 903 Pracoviště klinické logopedie
- 904 Samostatné prac. jiných zdrav. pracovníků – vysokoškoláků
- 911 Pracoviště domácí péče
- 913 Všeobecná sestra v sociálních službách
- 918 Samostatné prac. rehabilit. pracovníků – absolventů SZŠ
- 927 Pracoviště ortoptických sester SZP
- 989 dopravy raněných, nemocných a rodiček

Tento základní číselník se pro potřebu vykazování poskytnuté ústavní péče rozšiřuje. Rozšíření odborností se provede nahrazením prostřední číslice stávající odbornosti písmenem (viz I.2.2.2. Smluvní odbornost ústavní péče).

Upozornění: při ústavní péči na ošetřovatelském lůžku lze uvést pouze odbornosti 9H9 nebo 9F9. Příklad pro odbornost ústavní péče v oboru interna:

1H1 Pracoviště standardní ústavní péče – H typu

1F1 Pracoviště standardní ústavní péče – F typu

1H1 Pracoviště intenzivní ústavní péče při péči H typu

1F1 Pracoviště intenzivní ústavní péče při péči F typu

1U1 Pracoviště dlouhodobé ústavní péče – U typu

7. Doprava

Přehled o užití jednotlivých dokladů pro dopravu, indikaci a vyúčtování je uveden v číselníku Doprava.

Kód	Název výkonu	Doklad č.	
		indikace	vyúčtování
06	Doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě - paušál na jednu návštěvu pacienta		36
08	Doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě - paušál na měsíc		36
10	Doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě		36
12	Doprava lékaře v LSPP		36
20	Doprava pacienta soukromým vozidlem	39	39
45	Převoz pacienta v pásmu 1 - 30 km	34	34
46	Převoz pacienta v pásmu 31 - 60 km	34	34
47	Převoz pacienta v pásmu 61 - 130 km	34	34
48	Převoz pacienta v pásmu 131 a více km	34	34
49	Převoz pacienta v krajském statutárních městě - paušál na jednoho pacienta	34	34
50	Převoz – na pitvu a – z pitvy	34 -	34 fa
60	Doprava transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání a orgánů k transplantaci, doprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu	34	37
70	Jízda vozidla ZZS	V	37
71	Jízda vozidla ZZS – paušál na jednoho pacienta	V	37
72	Převoz speciální sanitkou pro novorozence. Převoz nedonošeného nebo patologického novorozence do nejbližšího specializovaného zdravotnického zařízení.	34	37
74	Doprava lékaře RLP v setkávacím systému	V	37
80	Převoz infekčního pacienta	34	34
81	Převoz infekčního pacienta v krajském statutárním městě - paušál na jednoho pacienta	34	34
90	Letecká přeprava pacienta (1000 Kč)	34	Fa
91	Letecká přeprava pacienta (1 Kč)	34	Fa

8. Doporučení hospitalizace

Kód Typ subjektu, který doporučil hospitalizaci

- 0 Narozen v nemocnici
- 1 Praktický lékař pro dospělé/pro děti a dorost
- 2 Jiný ošetřující lékař – ambulantní péče
- 3 Lékař LSPP

- 4 Lékař RZP
- 5 Jiné zařízení
- 6 Jiné oddělení téhož zařízení
- 7 Bez doporučení lékaře
- 8 Sociální pracovník
- 9 Pokračující ústavní péče na stejném lůžku
- P Pokračování ústavní péče na stejném lůžku po změně pojišťovny

9. Náhrady za zdravotní péči

Kód Název

- 3 Zavínění úrazu nebo onemocnění jinou (třetí) osobou
- 4 Ošetření akutních následků požití alkoholu či omamné látky
- 5 Pracovní úraz
- 6 Další hospitalizace pojištěnce, nepropustitelného pro nezajištění další péče
- 7 Porušení léčebného režimu
- 8 Výměna komponent systému ASR_TM
- 9 Nemoc z povolání

10. Ukončení léčení

Kód Název

- 0 Pokračuje ústavní péče na stejném lůžku
- 1 Pacient propuštěn do ambulantní péče
- 2 Pacient přeložen do ústavní péče – do zařízení sociální péče
- 3 Pacient přeložen do ústavní péče – na akutní lůžko jiné odbornosti téhož SZZ
- 4 Pacient přeložen do lůžkového zařízení následné péče nebo na oddělení následné péče téhož zdravotnického zařízení
- 5 Pacient přeložen do ústavní péče – na akutní lůžko jiného SZZ
- 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 ústavní péče přechodem pojištěnce k jiné pojišťovně

11. Druh dokladu a typ dávky VZP

Druhy dokladů a typy dávek jsou uvedeny v textu (viz kap. I.1. Doklad, kap. III.1. Dávky).

12. Územní pracoviště VZP

číslo	název	číslo	název
0100	PRAHA – OBVOD PRAHA 1	5300	JABLONEC NAD NISOU
0200	PRAHA – OBVOD PRAHA 2	5400	LIBEREC
0300	PRAHA – OBVOD PRAHA 3	5500	LITOMĚŘICE
0400	PRAHA – OBVOD PRAHA 4	5600	LOUNY
0500	PRAHA – OBVOD PRAHA 5	5700	MOST
0600	PRAHA – OBVOD PRAHA 6	5800	TEPLICE
0700	PRAHA – OBVOD PRAHA 7	5900	ÚSTÍ NAD LABEM
0800	PRAHA – OBVOD PRAHA 8	6000	HAVLÍČKŮV BROD
0900	PRAHA – OBVOD PRAHA 9	6100	HRADEC KRÁLOVÉ
1000	PRAHA – OBVOD PRAHA 10	6200	CHRUĐIM
1900	PRAHA HL. MĚSTO	6300	JIČÍN
2000	BENEŠOV	6400	NÁCHOD
2100	BEROUN	6500	PARĐUBICE
2200	KLADNO	6600	RYCHNOV NAD KNĚŽNOU
2300	KOLÍN	6700	SEMILY
2400	KUTNÁ HORA	6800	SVITAVY
2500	MĚLNÍK	6900	TRUTNOV
2600	MLADÁ BOLESLAV	7000	ÚSTÍ NAD ORLICÍ
2700	NYMBURK	7100	BLANSKO
2800	PRAHA-VÝCHOD	7200	BRNO-MĚSTO
2900	PRAHA-ZÁPAD	7300	BRNO-VENKOV
3000	PŘÍBRAM	7400	BŘECLAV
3100	RAKOVNÍK	7500	HODONÍN
3200	ČESKÉ BUDĚJOVICE	7600	JIHLAVA
3300	ČESKÝ KRUMLOV	7700	KROMĚŘÍŽ
3400	JINDŘICHŮV HRADEC	7800	PROSTĚJOV
3500	PELHŘIMOV	7900	TŘEBÍČ
3600	PÍSEK	8000	UHERSKÉ HRADIŠTĚ
3700	PRACHATICE	8100	VYŠKOV
3800	STRAKONICE	8200	ZLÍN
3900	TÁBOR	8300	ZNOJMO
4000	DOMAŽLICE	8400	ŽDÁR NAD SÁZAVOU
4100	CHEB	8500	BRUNTÁL
4200	KARLOVY VARY	8600	FRÝDEK-MÍSTEK
4300	KLATOVY	8700	KARVINÁ
4400	PLZEŇ-MĚSTO	8800	NOVÝ JIČÍN
4500	PLZEŇ-JIH	8900	OLOMOUC
4600	PLZEŇ-SEVER	9000	OPAVA
4700	ROKYCANY	9100	OSTRAVA
4800	SOKOLOV	9200	PŘEROV
4900	TACHOV	9300	ŠUMPERK
5000	ČESKÁ LÍPA	9400	VSETÍN
5100	DĚČÍN	9500	JESENÍK
5200	CHOMUTOV	9900	PRAHA – ÚSTŘEDNÍ POJIŠŤOVNA

13. 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.

14. Zdravotní pojišťovny

Kód Název

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Praha
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Praha
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)
- 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Praha
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA, Mladá Boleslav
- 211 Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR, Praha
- 213 Revírní bratrská pokladna, Ostrava
- 217 Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE, Praha
- 333 Pojišťovna VZP, a.s.

15. Kódy desetimístné identifikace

Struktura desetimístné identifikace pro různé druhy použití má dvě následující varianty:

* * 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. U ostatních se obsazuje dvoumístným kódem ÚP.

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) |
| * * | 4 * | * * * * * | K | čísla platebních výměrů a výzev |
| * * | 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)
OP	7 *	*****	K	číslo smlouvy (cestovní zdravotní připojištění)
OP	77	*****	K	číslo smlouvy (připojištění v případě hospitalizace)
OP	78	*****	K	číslo smlouvy (dlouhodobé smluvní pojištění)
OP	79	*****	K	číslo smlouvy (dlouhodobé smluvní pojištění)
OP	80	*****	K	číslo smlouvy (krátkodobé smluvní pojištění)
OP	81	*****	K	číslo smlouvy (krátkodobé smluvní pojištění)
OP	87	*****	K	číslo plátce místo duplicitního rod. čísla
OP	9 *	*****	K	číslo smlouvy (připojištění)

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 –. U ostatních čísel část pořadového čísla.

Pozice 4 až 9 (případně 5 až 9 nebo 7 až 9)

Pořadové číslo v rámci jednoho územního pracoviště a pro určitý kód desetimístné identifikace. Řada těchto pořadových čísel nebude souvislá, některá čísla budou vynechána z důvodu vytváření kontrolní číslice (viz komentář k pozici 10).

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.

16. 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.

17. 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

18. Přerušeni lázeňské/ozdravenské péče

Kód Název

- 0 Bez přerušeni – (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)

19. 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
- 6 Regulační poplatek – klient,
- 7 Regulační poplatek – průvodce.
- 8 Regulační poplatek za klinické vyšetření – klient příspěvkové lázeňské péče.

20. Typy ozdravenského programu

Kód Název

- I zdravotní oslabení vlivem nepříznivého životního prostředí
- II zdravotní problémy spojené s nesprávným životním stylem
- III rekonvalescence nevyžadující specializovanou léčbu

21. Druh pojistného vztahu

určuje druh pojištění.

Kód Název

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 | Veřejné zdravotní pojištění |
| 2 | Smluvní připojištění |
| 3 | Cestovní připojištění |
| 4 | Pojištění EU a mezinárodní smlouvy |

22. Druh úhrady

určuje způsob financování

Kód Název

- | | |
|---|------------------|
| 1 | Výkonová úhrada |
| 2 | Kapitace |
| 3 | Paušální |
| 4 | Maximální úhrada |

23. Časové období

určuje období fakturace.

Kód Název

- | | |
|---|-----------|
| M | měsíční |
| Q | kvartální |
| J | jiné |

V. Seznam a vzory tiskopisů

VZP-01/2009	Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
VZP-01s/2009	Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči
VZP-02/2009	Vyúčtování výkonů v ústavní péči
VZP-02s/2009	Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči
VZP-03/2006	Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky
VZP-03s/2006	Stomatologické výrobky
VZP-05/2009	Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
VZP-06x/2009	Poukaz na vyšetření/ošetření
VZP-06dp/2009	Poukaz na vyšetření/ošetření DP
VZP-06ft/2009	Poukaz na vyšetření/ošetření FT
VZP-06k/2009	Poukaz na vyšetření/ošetření K
VZP-06orp/2009	Poukaz na vyšetření / ošetření ORP
VZP-06z/2009	Poukaz na vyšetření/ošetření Z
VZP-08/2006	Průvodní list dávky
VZP-09/2006	Průvodní list datového nosiče
VZP-1 0/2009	Recept
VZP-12/2009	Poukaz na brýle a optické pomůcky
VZP-1 3/2009	Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
VZP-13P/2006	Přehled vrácených ZP
VZP-14/2009	Poukaz na foniatrickou pomůcku
VZP-15/2004	Návrh na lázeňskou péči
VZP-16/2004	Vyúčtování lázeňské péče
VZP-18/2005	Návrh na umístění dítěte v ozdravovně
VZP-19/2004	Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně
VZP-20/2006	Výpis z receptu
VZP-21/2006	Žádanka o schválení (povolení)
VZP-22/2009	Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví
VZP-23/2005	Vyúčtování ozdravenské péče
VZP-30/2006	Registrační list
VZP-31/2006	Faktura za období
VZP-32/2006	Faktura za dávky
VZP-34/2009	Příkaz ke zdravotnímu transportu
VZP-35/1995	Záznam o provozu sanitního vozidla
VZP-36/2009	Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě
VZP-37/2006	Vyúčtování výkonů záchranné služby
VZP-39/1999	Vyúčtování náhrady cestovních nákladů
VZP-80/1997	Příhláška registrovaných pojištěnců
VZP-81/1997	Žádost o předání zdravotních informací
VZP-82/1997	Výpis ze zdravotní dokumentace
VZP-83/1997	Protokol o předání pacienta
VZP-85/1999	Hlášení o zastupování lékaře
VZP-90/2006	Seznam nositelů výkonů