

Metodika pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami

Verze 6.2

Doplněk č. 53 textu metodiky

**Upravené znění na základě výsledků projednání se zástupci zdravotních pojišťoven
a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb**

Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha, červen 2025
(účinnost změn: od 1. 9. 2025)

Obsah

II. Pravidla pro pořizování dokladů	3
2.13. VZP-15/2022 ⁵ Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči	3
2.14. VZP-16/2013 ²⁵ Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče	10
2.19. VZP-21/2024 ⁵ Žádanka o schválení	12
2.27. VZP-37/2006 ²⁵ Vyúčtování výkonů záchranné služby	14
III. Pravidla pro předávání dokladů	15
3. Předávání faktur a dávek dokladů	15
IV. Seznam číselníků	17
1. Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (MKN-10)	17
2. Zdravotní výkony	17
3. Cenová pásma	17
4. Kategorie pacienta	18
5. Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků	18
6. Smluvní odbornosti	19
7. Doprava	19
8. Doporučení hospitalizace	20
9. Náhrady za zdravotní péči	21
10. Ukončení léčení	21
11. Druh dokladu a typ dávky	21
12. Lokalizace ve stomatologii	21
13. Zdravotní pojišťovny	22
14. Pravidla pro čísla pojištěnců	22
15. Výkony s povinnou lokalizací zubu	23
16. Ukončení lázeňské/ozdravenské péče	23
17. Přerušování lázeňské/ozdravenské péče	24
18. Náklady lázeňské/ozdravenské péče	24
19. Typy ozdravenského programu	24
20. Druh pojistného vztahu	24
21. Druh úhrady	24
22. Časové období	25

II. Pravidla pro pořizování dokladů

2.13. VZP-15/2022²⁵ Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči

Zákon č. 48/1997 Sb. ve platném znění ~~zákona č. 1/2015 Sb.~~ a ~~Vyhláška č. 2/2015 Sb.~~ ~~(dále jen Indikační seznam~~ o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče) rozlišují v návrhové činnosti pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči dvě kategorie lékařů:

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

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

Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči (dále jen návrh), jež podává navrhuující lékař prostřednictvím ~~bud' na předtištěném~~ formuláře zdravotní pojišťovny, ~~nebo vytištěný pomocí PC (papírovou formou), anebo elektronickou formou.~~ Návrh včetně příloh musí být kompletně bud' v papírové, nebo ~~v~~ elektronické formě, a to včetně příloh.

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

~~díl 1 — předvolání pacientovi~~

~~díl 2 — potvrzená objednávka lázním~~

~~díl 3 — lázeňskému ošetřujícímu lékaři k dokumentaci~~

~~díl 4 — zdravotní pojišťovně k dokumentaci~~

~~díl 5 — registrujícímu — praktickému — lékaři, navrhuujícímu — lékaři — ambulantního poskytovatele nebo ošetřujícímu lékaři při hospitalizaci~~

~~Pokud navrhuující 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 léčebně rehabilitační péči, včetně určení stupně naléhavosti, poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu doporučuje pojištěnci ošetřující (doporučující) lékař přímo na návrhu v části lékařská zpráva, nebo formou přílohy. ~~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 navrhuující lékař jednoznačnou identifikaci doporučujícího ošetřujícího lékaře do návrhu (IČP a odbornost).~~

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

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

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

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

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

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

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

Zdravotní pojišťovna po ověření, zda jde o jejího pojištěnce, převezme návrh ~~v rozsahu dílů 1–4 (PC originál)~~ s tím, že příslušnost pobočky zdravotní pojišťovny se zde řídí podle příslušnosti navrhujícího lékaře.

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

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

Řádně vyplněný návrh – podle níže uvedených pravidel Metodiky – navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka PZS ~~na každém dílu návrhu zvlášť (PC originál)~~. Bez těchto náležitostí, jakož i data vystavení, zdravotní 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, ~~kterí s těmito díly dále pracují.~~

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

Pacient – uveďte se příjmení a jméno, číslo 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. Jako součást adresy bydliště se uveďte telefonní číslo a e-mailová adresa, pokud jsou známa.

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

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

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

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

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

vzor: 21 VII/1 nebo 14 VII/1

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

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

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

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

~~rehabilitační péči zvláštní rytmus, známý z klinické praxe~~ kdy vystavený návrh nevyžaduje schválení zdravotní pojišťovnou.

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

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

Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče – ~~v případě navržení průvodce pro pobyt (pouze jedna osoba) se~~ ANO, NE – nevhodné 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. Převahu a pobyt průvodci hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn pacient, kterému je doprovod indikován a schválen zdravotní pojišťovnou.

Doporučené místo pro lázeňskou léčbu – vyplňuje se ~~na základě určení doporučujícího ošetřujícího lékaře a uvede se na lince 1, doplnkově i na lince 2.~~ v případě preference lázeňského místa, jinak zůstane nevyplněno.

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

Razítko a podpis navrhujícího ~~nebo doporučujícího~~ lékaře. ~~či lékařů.~~

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

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

~~Lékařskou zprávu lze nahradit propouštěcí zprávou lůžkového PZS, pokud obsahuje všechny požadované údaje vztahující se k základní Dg. pro lázeňskou léčbu a~~ není starší 26 měsíců a nedošlo u pojištěnce k zásadní změně zdravotního stavu. Jinak je nutné údaje obsažené v propouštěcí zprávě aktualizovat. Současně musí být splněny požadavky na vyšetření u jednotlivých indikačních skupin dle Vyhlášky č. 2/2015 Sb. a Přílohy č.5 k zákonu č. 48/1997 Sb. v platném znění dle požadované indikace.

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

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAM. DATA (u dětí podrobně)

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

B: NO

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

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV

- fyzikální vyšetření včetně výšky a hmotnosti a výsledky všech odborných vyšetření ve smyslu ~~Indikačního seznamu~~ Přílohy č.5 k zákonu č. 48/1997 Sb. v platném znění dle požadované indikace a Vyhlášky č. 2/2015 Sb., tj. část A povinná vyšetření; ~~u dětí vyplnit odbornou vložku, pokud je LZ vyžadována (není tiskopisem zdravotní pojišťovny).~~

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ

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

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR, VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

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

vždy je nutné zhodnocení funkčního stavu.

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

- sebeobsluha, zvláštní obsluha, nutnost dietního stravování, kontraindikace některých procedur, postižení smyslových orgánů, pohybová omezení, ~~u dětí a dorostu~~ inkontinence.

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

- ~~Lékařská zpráva musí dále obsahovat důvody doporučení a očekávaný efekt lázeňské léčby.~~ v případě požadavku průvodce pro pobyt na úhradu z veřejného zdravotního pojištění specifikovat úkony, které bude průvodce pro pacienta vykonávat 24hodin/7 dní v týdnu (není potřebné uvádět u doprovodu dětí do dovršení 6 roku života).

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

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

V případě žádosti o prodloužení léčby u indikací určených Indikačním seznamem zašle ošetřující lékař LZ na místně příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny kopii původního lázeňského návrhu, lékařskou zprávu s popisem aktuálního zdravotního stavu a popisem průběhu dosavadní léčebně rehabilitační péče včetně dosaženého terapeutického efektu. Dále

uvede cíl a přepokládaný efekt další léčby včetně zdůvodnění, proč nelze další péči poskytovat ambulantní formou.

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

V této pro potřeby zdravotní pojišťovny vyhrazené části návrhu zdravotní pojišťovna posuzuje ~~a případně upravuje~~ předložený návrh v jednotlivých položkách, ~~případně jej celý zamítá~~. Své stanovisko potvrdí ~~otiskem razítka a~~ čitelným podpisem oprávněné osoby zdravotní pojišťovny, vč. uvedení data posouzení návrhu.

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

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

Schvaluji – pokud oprávněná osoba zdravotní pojišťovny předložený návrh schvaluje ve všech položkách, proškrtně slova ~~ao~~ „**Upravuji** – Zamítám (~~důvod~~)“ a na lince 1, 2 a 3 **doplň tři** vhodná LZ z Registru lázeňských PZS zdravotní pojišťovny.

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

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

Stanovisko zdravotní pojišťovny se doplní ~~otiskem razítka zdravotní pojišťovny a případně~~ podpisem oprávněné osoby zdravotní pojišťovny s uvedením data podpisu. 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 ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., od data převzetí návrhu zdravotní pojišťovnou od lékaře, který návrh podává.

Zamítám (~~důvod~~) – ~~důvody zamítnutí návrhu je nutné předem projednat s navrhujícím lékařem a~~ konkrétní zdůvodnění se uvede v Rozhodnutí ve správním řízení ~~uvést do tiskopisu návrhu~~. Zamítnutý návrh (~~PC originál~~) odesílá zdravotní pojišťovna zpět navrhujícímu lékaři, ~~díl 4 nebo~~ kopie ~~PC originálu~~ návrhu zůstává ~~na~~ zdravotní pojišťovně.

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ

Předtištěné údaje (název a adresa lázní, datum nástupu pacienta) v této části návrhu doplňuje příslušné oddělení LZ ve lhůtě tří pracovních dnů od data doručení návrhu. ~~Všechny tři zbylé díly~~ ~~Návrhu (PC originál)~~ se opatří otiskem razítka a podpisem odpovědného pracovníka. ~~Díl 1 (Kopii návrhu PC originálu)~~ spolu s předvoláním pacienta ~~ovi~~ je LZ povinno odeslat (spolu s ostatními informacemi o nástupu, ~~seznámením v rozsahu zrušeného dílu 6 návrhu~~ – poučením pacienta, prospekty apod.) tak, aby pacient byl vyrozuměn **nejpozději do 5 dnů přede dnem**

určeného nástupu. Po ~~odlěčení~~ ukončení léčebného pobytu pacienta se kopie návrhu ~~díl 1~~ **přikládá k Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče (VZP-16/201325)** jako potvrzená objednávka zdravotní pojišťovny.

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

V případě, kdy pacient již obdržel ~~kopii návrhu~~ **díl 1 (kopii PC originálu, nebo jinou formu předvolání)** a vznikla některá z překážek, která brání nástupu pacienta na lázeňskou léčbu ve stanoveném termínu (jako např. úmrtí v rodině, ošetřování člena rodiny, neodkladná hospitalizace, kontraindikační onemocnění), je pacient povinen neprodleně oznámit zdravotní pojišťovně vznik takové skutečnosti. LZ přitom může, po předchozím telefonickém projednání se zdravotní pojišťovnou, pacienta předvolat znovu, pokud náhradní termín nástupu nepřesahuje dobu vymezenou pořadím naléhavosti. Tento další termín oznámí LZ pacientovi písemně. Po nástupu pacienta LZ přepíše původní termín nástupu ~~na dílu 1 (kopii PC originálu)~~ na den uvedený v písemném oznámení pacientovi.

Komentář k příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péči

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

Poskytování příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče musí být vždy v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb. (včetně Indikačního seznamu) a ~~Indikačním seznamem~~ s Vyhláškou č. 2/2015 Sb. a musí být dodržena určená délka léčby pro jednotlivé indikace.

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

Pacient může využít klientských služeb zdravotní pojišťovny, ~~nebo přímo kontaktovat vybrané lázeňské zařízení (osobně, telefonicky, e-mailem apod.)~~ ~~může svěřit návrh cestovní kanceláři, expozituru lázní, nebo uplatnit svůj návrh osobní návštěvou v lázních, využít telefonního spojení apod.~~

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

LZ si při umístování „~~příspěvkového~~“ pacienta čerpajícího příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči ~~pacienta~~ samo určuje nástup podle svých potřeb a dispozic. Datum nástupu

pacienta zaznamená ~~jak na dílu 2 (kopie PC originálu), tak na dílu 1 (kopie PC originálu)~~ na návrh jako nedílnou součásti vyúčtování poskytnuté péče.

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

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

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

2.14. VZP-16/2013~~25~~ Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče

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

Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče se uzavírá za léčení v uplynulém měsíci vždy po uplynutí kalendářního měsíce a předkládá se jako dávka dokladů v termínu dohodnutém ve smlouvě, výhradně na předepsaném dokladu **Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče – tiskopis VZP-16/2013~~25~~**. Originál zašle LZ na danou zdravotní pojišťovnu. Celkový počet předaných dokladů se vyznačí na průvodním listu dávky.

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

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

Pokud byl návrh vyřizován v papírové podobě, je třeba jej přiložit ~~přiloží se příslušný díl 1 „Návrhu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči“~~. Návrh v elektronické formě prepošle LZ na zdravotní pojišťovnu spolu s vyúčtováním pouze v případě, když pojištěnec v době od schválení návrhu zdravotní pojišťovnou změnil zdravotní pojišťovnu.

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

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

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

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

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

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

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

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

Datum ukončení léčby – den ukončení lázeňské léčby pacienta.

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

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

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

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

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

Datum: od – uvede se datum, od kterého se vyúčtávají 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 násobek 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 léčebně rehabilitační péče uvedenou v Návrhu. Po dobu přerušení léčby je pacientovi rezervováno lůžko, náklady s tím spojené hradí zdravotní pojišťovna pouze v případě, že se jedná o přerušení z důvodu pobytu na akutním lůžku (jedná-li se o přerušení léčby na žádost pacienta nebo z jiného důvodu, zdravotní pojišťovna náklady spojené s rezervováním lůžka nehradí).

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

Prodlužky **Prodloužení léčby z celkem odléčených dnů** – uvede se počet dnů prodloužení léčby ~~z celkového počtu dnů pobytu pacienta v LZ v případech, které přesahují~~ nad délku schváleného léčebného pobytu podle Indikačního seznamu (viz sl. 3).

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

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

2.19. VZP-21/2024⁵ Žádanka o schválení

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dne, razítko a podpis žadatele – osobní potvrzení žádosti.

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

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

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

2.27. VZP-37/200625 Vyúčtování výkonů záchranné služby

Tiskopis Doklad se používá k vyúčtování zdravotních výkonů včetně souvisejících výkonů přepravy a zvláště účtovaných materiálů poskytnutých pojištěnci poskytovatelem ZZS a PPNP, včetně výkonů v setkávacím systému, a to vždy odděleně RLP, RZP.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Číslo pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady**. Dále se uvádí:

SPZ vozu – registrační značka vozidla.

Datum – datum provedení zásahu ve tvaru DDMRR.

Od hod. min. – hodina a minuta příjmu výzvy.

Do hod. min. – hodina a minuta ukončení zásahu.

V části ZDRAVOTNÍ VÝKONY se vykazují zdravotní výkony RZP či RLP a výkony přepravy ZZS a PPNP.

Kód – číslo zdravotního výkonu nebo výkonu přepravy podle číselníků „Zdravotní výkony“ a „Doprava“. Zarovnává se do pravé strany.

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 výkonu přepravy se zde uvede počet ujetých km.

IČP indikujícího lékaře – identifikační číslo pracoviště indikujícího lékaře. Vyplňuje se v případě sekundární přepravy mezi PZS a transportů vykázaných dopravním kódem 60.

IČP cílového PZS – identifikační číslo pracoviště cílového PZS. Vyplňuje se v případě sekundární přepravy mezi PZS a transportů vykázaných dopravním kódem 60.

V části ZUM se vykazují stanovené speciální pomůcky a ZP na jedno použití v souladu se smlouvou a příslušným věstníkem MZ ČR.

Sk – jednomístný číselný údaj, pro jehož vyplnění se použije číselník „Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků“. Uvedení skupiny je nezbytné pro vyplnění dalších údajů. Není-li pole vyplněno, systém automaticky předpokládá Sk = 1.

Kód – číselný údaj označující použitý materiál z číselníků LP a ZP. V případě, že materiál není uveden v číselnících, je nutné jej účtovat přiloženou fakturou s uvedením názvu, množství a nákupní ceny.

Množství – skutečně spotřebované množství materiálu v poměru k měrným jednotkám uvedeným v odpovídajícím číselníku. Rozsah údaje je 6 znaků, 3 celá čísla a 3 místa desetinná.

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

Cena – skutečná cena za vykázané množství, kterou je PZS oprávněné účtovat k úhradě zdravotní pojišťovně. Rozsah údaje je 8 znaků, 6 celých čísel a 2 desetinná místa. Cena musí být povinně vyplněna.

Prázdné okénko – místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.

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

V případě přepravy mezi PZS a přepravy vykázané přepravním kódem 60, kdy je přeprava indikována na dokladu „VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu“, se originál tohoto dokladu VZP-34/2022 se stává nedílnou součástí vyúčtování a přepravce ho předává vždy zdravotní pojišťovně.

~~U sekundárních převozů PPNP a transportů vykázaných dopravním kódem 60, předá poskytovatel uvedených transportů na vyžádání zdravotní pojišťovny upřesňující soubor, který slouží zdravotní pojišťovně pro kontrolní činnosti (viz DR, kapitola III-3.4 „Doprava, vyžádané datové soubory“).~~

III. Pravidla pro předávání dokladů

3. Předávání faktur a dávek dokladů

Faktury se předávají ve stanoveném DR elektronickou cestou nebo na datovém nosiči, případně v papírové formě. Stejný režim platí i v případech, kdy se pro potřebu předběžných měsíčních úhrad považuje za fakturaci předání dávek dokladů o poskytnuté zdravotní péči s přílohami. Při předložení faktury dříve než ve smluvně dohodnutém předávacím období, se splatnost faktury počítá až od termínu, sjednaného ve smlouvě.

Jsou-li dávky dokladů přikládány k fakturám v papírové formě, je ke každé dávce vyplněn tiskopis VZP-08 **Průvodní list dávky**.

Pokud jsou dávky předávány na datovém nosiči, je průvodní list dávky součástí předávaných dat. V tomto případě se k datovému nosiči přikládá vyplněný tiskopis VZP-09 **Průvodní list datového nosiče**.

Při vyúčtování dávek receptů, poukazů na ZP a příkazů ke zdravotnímu transportu na datovém nosiči nebo jinou elektronickou formou se předávají i původní papírové doklady seříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Papírové doklady tvořící předávanou dávku nebo její část a tisknuté prostřednictvím počítače na jiný formát papíru, než je originální tiskopis, se řadí až na konec dávky nebo se vykazují ve zvláštních dávkách.

Upozornění:

Elektronické recepty (tzv. „eRecepty“) se vykazují v samostatných dávkách. V případě elektronického receptu se průvodky nepředávají.

Listinné recepty, které byly při výdeji převedeny do elektronické podoby ve formě elektronického záznamu zasílaného do systému eRecept (dále jako „listinný recept

s elektronickým záznamem o jeho výdeji“), se vykazují v samostatných dávkách odděleně. Při vyúčtování dávek receptů na datovém nosiči nebo jinou elektronickou formou se předávají i původní papírové doklady seříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Listinné recepty, které nebyly převedeny do elektronické podoby, tj. listinné recepty bez elektronického záznamu o jejich výdeji (týká se pouze vykazání zdravotních výkonů ředění cytostatik a příprava sterilních léčivých přípravků k parenterálnímu podání antimikrobiální terapie do elastomerních infuzorů v lékárně), se vykazují v samostatných dávkách odděleně. Při vyúčtování dávek receptů se předávají papírové doklady seříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Elektronické poukazy 12, 13, 14 (tzv. „ePoukazy“) se vykazují v samostatných dávkách. V případě elektronického poukazu se průvodky nepředávají.

Listinné poukazy 12, 13, 14 se vykazují v samostatných dávkách odděleně. Při vyúčtování dávek poukazů se předávají papírové doklady seříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Předávání dávek papírových dokladů

Dávky papírových dokladů jsou předávány zdravotní pojišťovně způsobem uvedeným ve smlouvě. Při osobním předávání dokladů pracovníkem, kterého k tomu PZS pověřil, se příjem dávek provádí v jeho přítomnosti, a to v následujících krocích:

- a) evidence dávky – každá dávka se eviduje a kontroluje na základě údajů uvedených na Průvodním listu dávky;
- b) kontrola úplnosti dávky – provádí se kontrola skutečného počtu listů dokladů v dávce s počtem uvedeným na Průvodním listu dávky. Počet listů dokladů v dávce může být max. 9999. V případě nesouhlasu je dávka označena jako ODMÍTNUTÁ DÁVKA a je celá vrácena. Odmítnutou dávku je možné znovu předložit jen v náhradním smluveném předkládacím termínu.

Výsledkem předání je vyhotovení záznamu **Příjem dávek** s uvedením identifikace dávky a jejího stavu (odmítnuta či přijata). Záznam je předán pracovníkovi PZS a potvrzená kopie zůstává ve zdravotní pojišťovně. Tento záznam může po dohodě se zdravotní pojišťovnou nahradit Průvodní list dávky.

Předávání dávek na datovém nosiči

Na datovém nosiči se uvádí IČZ. Příjem datového nosiče, není-li ve smlouvě uvedeno jinak, se provádí v přítomnosti pracovníka PZS v následujících krocích:

- a) evidence datového nosiče – datový nosič se eviduje na základě dat uvedených v dokladu Průvodní list datového nosiče;
- b) kontrola čitelnosti datového nosiče – v případě, že datový nosič nelze přečíst, neodpovídá DR nebo je zavirovaný, je označen jako ODMÍTNUTÝ a celý je vrácen. Odmítnutý datový nosič je možné znovu předložit jen v náhradním smluveném předkládacím termínu;
- c) kontrola úplnosti dávky – pro každou dávku se provádí kontrola zapsaného počtu dokladů s počtem uvedeným v příslušném průvodním listu dávky zaznamenaném na datovém

nosiči. V případě nesouhlasu je odmítnuta celá dávka. Pokud je na jednom datovém nosiči více dávek a alespoň jedna z nich je formálně správná, přejímá se datový nosič jako neúplný.

V případě dávek receptů, poukazů na ZP a příkazů ke zdravotnímu transportu se předávají i původní papírové doklady seříděné v pořadí, v jakém jsou uváděny v dávce na datovém nosiči.

Výsledkem předání je záznam **Příjem datového nosiče**, který obsahuje identifikaci datového nosiče a jeho stav (odmítnutý, přijat celý, přijat neúplný) a seznam přijatých a odmítnutých dávek. Záznam spolu s náhradním nosičem, pokud se nosič po nahrání dávek nevrací, je předán pracovníkovi PZS, potvrzená kopie zůstane zdravotní pojišťovně. Příjem opravených dávek se provádí v termínech dohodnutých se zdravotní pojišťovnou. Jejich další zpracování je analogické s výše uvedenými postupy.

Předávání dávek elektronicky

Vykazované dávky jsou podrobeny kontrole na platné DR a je vystaven protokol o formální správnosti jednotlivých dávek. Ty dávky, které bezchybně projdou kontrolou, lze po podepsání elektronickým podpisem odeslat elektronicky zdravotní pojišťovně. Elektronický podpis není vyžadován v případech, kdy je klient autentizován jako oprávněný zástupce PZS. O převzetí elektronicky podaných dávek se vystaví protokol o přijetí elektronického podání.

Pozn.: chybně vykázaný a zdravotní pojišťovnou již zpracovaný doklad zdravotní pojišťovna na požádání PZS stornuje a PZS jej znovu (a správně) vykáže pod novým číslem dokladu v řádné dávce.

IV. Seznam číselníků

Další informace nezbytné pro řádné užívání číselníků jsou uvedeny v materiálu Datové rozhraní.

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

Číselník „MKN“ zdravotní pojišťovny koresponduje s desátou revizí mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, která je garantovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky.

2. Zdravotní výkony

Pro potřeby vyúčtování vydává zdravotní pojišťovna číselník „Zdravotní výkony“, který je v souladu se Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

3. Cenová pásma

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

4. Kategorie pacienta

Pro potřeby vyúčtování vydává zdravotní pojišťovna číselník „Kategorie pacienta“, který je v souladu se Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

5. Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků

Kód	Název
1	Hromadně vyráběné léčivé přípravky a PZLÚ
2	IVLP, a výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka
3	Zdravotnické prostředky
4	Stomatologické výrobky

6. Smluvní odbornosti

Číselník je určen pro PZS. Obsahuje seznam odborností, které se používají pro nasmlouvání zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou.

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

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

- 1H1 *akutní lůžková péče vnitřního lékařství - interny - typ H*
- 1F1 *akutní lůžková péče vnitřního lékařství - interny - typ F*
- 1I1 *intenzivní lůžková péče vnitřního lékařství - interny - typ I*
- 1T1 *intenzivní lůžková péče vnitřního lékařství - interny - typ T*
- 1U1 *dlouhodobá lůžková péče vnitřního lékařství - interny - typ U*

7. Doprava

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

Kód	Název výkonu	Doklad č.	
		indikace	vyúčtování
06	Přeprava zdrav. pracovníka v návštěvní službě - paušál na jednu návštěvu pacienta		36
08	Přeprava zdrav. prac. v návštěvní službě - paušál na měsíc		36
10	Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě		36
12	Přeprava lékaře v pohotovostní službě		36
20	Přeprava pacienta soukromým vozidlem – paušál na 1 km	39	39
40	Přeprava pacienta v sídle vyššího územního samosprávného celku v pásmu 1 – 8 km	34	34
45	Přeprava pacienta v pásmu 1 - 30 km	34	34
46	Přeprava pacienta v pásmu 31 - 60 km	34	34
47	Přeprava pacienta v pásmu 61 - 130 km	34	34
48	Přeprava pacienta v pásmu 131 - 450 km	34	34
49	Přeprava pacienta v pásmu 451 a více km	34	34
50	Převoz k pitvě a z pitvy	34	34, fa

54	Přeprava pacienta v krajském statutárním městě – paušál na jednoho pacienta	34	34
60	Přeprava transfúzních přípravků, speciálních léčiv, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu (vykazuje pracoviště zdravotnické záchranné služby)	34	37
61	Přeprava transfúzních přípravků, speciálních léčiv, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu (vykazuje odbornost 989 na základě smluvních podmínek)	34	34
69	Manipulace s imobilním pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností nad 140 kg při transportu sanitním vozidlem vsedě nebo vleže	34	34
70	Jízda vozidly ZZS, jízda vozidly PPNP	V*	37
72	Přeprava patologického novorozence a novorozence s nízkou porodní hmotností k nejbližšímu specializovanému poskytovateli	34	37
74	Přeprava lékaře ZZS v setkávacím systému	V*	37
77	Jízda vozidly PPNP	34	37
80	Přeprava infekčního pacienta	34	34
81	Přeprava infekčního pacienta v krajském statutárním městě - paušál na jednoho pacienta	34	34
90	Letecká přeprava pacienta (1000 Kč)	34	Fa34
91	Letecká přeprava pacienta (1 Kč)	34	Fa

V* = výzva

8. Doporučení hospitalizace

Kód Typ subjektu, který doporučil hospitalizaci

- 0 Narozen v nemocnici
- 1 Všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost
- 2 Jiný ošetřující lékař – ambulantní péče
- 3 Lékař LPS
- 4 Výjezdová skupina ZZS
- 5 Jiné zařízení
- 6 Jiné oddělení téhož zařízení
- 7 Bez doporučení lékaře
- 8 Sociální pracovník
- 9 Hospitalizace pokračuje (=začátek nového zúčtovacího období)
- P Pokračování ústavní péče na stejném lůžku po změně zdravotní pojišťovny

9. Náhrady za zdravotní péči

Kód	Název
3	Úraz zaviněný jinou osobou
4	Alkohol, omamné látky
5	Pracovní úraz
6	Sociální důvod hospitalizace
7	Porušení léčebného režimu
8	Výměna komponent systému ASR_TM Jiný důvod
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 PZS
4	Pacient přeložen do lůžkového zařízení následné péče nebo na odd. následné péče téhož PZS
5	Pacient přeložen do ústavní péče – na akutní lůžko jiného PZS
6	Pacient propuštěn do ambulantní péče – předčasné ukončení hospitalizace
7	Pacient zemřel – vystaven poukaz na pitvu
8	Pacient zemřel – nevystaven poukaz na pitvu
P	Technické ukončení ústavní péče přechodem pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně

11. Druh dokladu a typ dávky

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

12. Lokalizace ve stomatologii

Lokalizace zubů se určuje dvojmístným číselným údajem. Při vykazování lokalizace na celý chrup nebo čelist se na první pozici uvede vždy nula a na druhé pozici nula pro celý chrup, 1 pro horní a 2 pro dolní čelist. Při vykazování lokalizace na kvadrant, bez vazby na zub, se na první pozici uvede kód příslušného kvadrantu a na druhé pozici vždy nula. Při vykazování lokalizace zubu první číslice určuje kvadrant a druhá číslo zubu v kvadrantu. Číselník „Lokalizace“, pomocí něhož se specifikuje umístění zubu (kvadrantu), nabývá na jednotlivých pozicích těchto hodnot:

1. pozice – kvadrant:

- 1 - pravý horní kvadrant ve stálé dentici

- 2 - levý horní kvadrant ve stálé dentici
- 3 - levý dolní kvadrant ve stálé dentici
- 4 - pravý dolní kvadrant ve stálé dentici
- 5 - pravý horní kvadrant v dočasné dentici
- 6 - levý horní kvadrant v dočasné dentici
- 7 - levý dolní kvadrant v dočasné dentici
- 8 - pravý dolní kvadrant v dočasné dentici
- 9 - implantát

2. pozice – číslo zubu v kvadrantu:

- 0 - lokalizace zubu se neurčuje (označ. sam. kvadrantu)
- 1 - velký řezák
- 2 - malý řezák
- 3 - špičák
- 4 - první premolár (dočasný molár)
- 5 - druhý premolár (dočasný molár)
- 6 - první molár
- 7 - druhý molár
- 8 - třetí molár
- 9 - meziodent, hemiextrakce

Při vykazování lokalizace v případě provedení egalizace bezzubého alveolárního výběžku se vykáže pozice jednoho ze zubů, který se v ošetřené oblasti (sextantu) nacházel, pokud byla čelist ozubená.

13. Zdravotní pojišťovny

Kód	Název
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Praha
201	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Praha
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Ostrava
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Praha
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Mladá Boleslav
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, Praha
213	RBP, zdravotní pojišťovna, Ostrava
333	Pojišťovna VZP, a.s., Praha

14. Pravidla pro čísla pojištěnců

Struktura čísel pojištěnců ve veřejném zdravotním pojištění je následující:

* * X * * * * * K

* * X X * * * * * K

Pozice 1 a 2

U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují poslední dvě číslice z roku narození.

Pozice 3 (a případně 4)

**	0 *	* * * * *	K	číslo pojištěnce (rodné číslo muže nebo číslo pro cizince muže, případně zaměstnance bez trvalého pobytu v ČR)
**	1 *	* * * * *	K	číslo pojištěnce (rodné číslo muže nebo číslo pro cizince muže, případně zaměstnance bez trvalého pobytu v ČR)
**	2 *	* * * * *	K	U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují číslo měsíce zvětšené o 20 (pro muže)
**	3 *	* * * * *	K	U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují číslo měsíce zvětšené o 20 (pro muže)
**	5 *	* * * * *	K	číslo pojištěnce (rodné číslo ženy nebo číslo pro cizinku ženu, případně zaměstnanou ženu bez trvalého pobytu v ČR)
**	6 *	* * * * *	K	číslo pojištěnce (rodné číslo ženy nebo číslo pro cizinku ženu, případně zaměstnanou ženu bez trvalého pobytu v ČR)
**	7 *	* * * * *	K	U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují číslo měsíce zvětšené o 20 (pro ženy)
**	8 *	* * * * *	K	U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují číslo měsíce zvětšené o 20 (pro ženy)

Pozice 5 a 6

U rodných čísel – den narození nebo den narození zvýšený o 50, u čísel pojištěného cizince nebo zaměstnance bez trvalého pobytu v ČR.

Pozice 10

U devítimístných rodných čísel (do roku 1953) – **mezera**. U ostatních čísel kontrolní číslice (K), která zabezpečuje správnost zapsaného identifikačního čísla. Tvoří se tak, aby modulo 11 celého desetimístného čísla byla 0, tj. aby celé číslo bylo beze zbytku dělitelné 11.

15. Výkony s povinnou lokalizací zubu

Stomatologické výkony uvedené v tomto číselníku lze vykazovat pouze na stomatologických dokladech. Pro jednotlivé výkony je zde uvedeno, zda je pro ně vykazování lokality povinné, nepovinné, nebo zakázané.

16. Ukončení lázeňské/ozdravenské péče

Kód	Název	Sankce
0	Neukončeno – pobyt/léčba pokračuje	Ne
1	Ukončeno standardně	Ne

2 Ukončeno předčasně hospitalizací	Ne
3 Ukončeno předčasně na žádost klienta/pacienta/zák. zástupce	Ne
4 Ukončeno předčasně – svévolné opuštění ozdravovny/léčebny	Ano
5 Ukončeno předčasně – porušení řádu léčebny/ozdravovny	Ano
6 Ukončeno předčasně – jiný důvod	Individuálně

17. 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)

18. Náklady lázeňské/ozdravenské péče

Kód	Název
1	Za ubytování – klient/pacient
2	Za stravování – klient/pacient
3	Za léčení – klient/pacient
4	Za ubytování doprovodu
5	Za stravování doprovodu
9	Příznak provedení klinického vyš. – klient PLP

19. Typy ozdravenského programu

Kód	Název
I	životní prostředí
II	životní styl
III	rekonvalescence

20. Druh pojistného vztahu

Určuje druh pojištění.

Kód	Název
1	Veřejné zdravotní pojištění
2	Smluvní připojištění
3	Cestovní připojištění
4	Pojištění EU a mezinárodní smlouvy

21. Druh úhrady

Určuje způsob financování.

Kód	Název
1	Výkonová úhrada

- 2 Kapitace a agregovaná úhrada
- 3 Paušální
- 4 Maximální úhrada

22. Časové období

Určuje období fakturace.

Kód	Název
M	měsíční
Q	kvartální
J	jiné