

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

Verze 6.2

Doplněk č. 27 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, listopad 2015
(účinnost změn od 1. 1. 2016)

Provedené úpravy stávajícího textu jsou zvýrazněny šedivým podbarvením textu, zrušené červeným přeškrtnutým písmem.

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 poskytovatele zdravotních služeb „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. 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,
- č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách,
- č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
- č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

a zejména těmito vyhláškami:

- č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách,
- 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,
- č. 100/2012 Sb., o předepisování zdravotnických prostředků a o podmínkách zacházení s nimi,

- č. ~~267/2012~~ 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče ~~Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost,~~
- č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči,
- č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Účinnost změny: od 1. 1. 2016

II. 1. Společné zásady

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. U poukazů (doklady 12, 13, 14) se dále uvede telefonní číslo pacienta, pokud s tím pacient souhlasí.

Smluvní pojištěnci, tj. ti, kteří nejsou ze zákona účastníky veřejného zdravotního pojištění, ale kteří mají s komerční pojišťovnou uzavřenu 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 poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře – rozumí se lékaře, 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.

Účinnost změny: od 1. 1. 2016

II. 2.13. VZP-15/2013 Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči

Platné právní předpisy, tj. zákon č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 1/2015 Sb. a vyhláška č. 2/2015 Sb. (dále jen „Indikační seznam“) rozlišují v návrhové činnosti pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči dvě kategorie lékařů:

- a) doporučující lékař – určen Indikačním seznamem pro jednotlivé indikace,
- b) lékař registrujícího poskytovatele - 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 léčebně rehabilitační 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 lázním	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 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. 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 léčebně rehabilitační 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 léčebně rehabilitační péče. Pokud je zjistí, vrátí doporučení zpět ošetřujícímu lékaři. Navrhující lékař zajistí veškerá potřebná vyšetření resp. stanoviska stanovená Indikačním seznamem.

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 ZZ 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 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 – navrhuje lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka ZZ 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** navrhuje lékař. 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 – uvede se číslo vysílajícího ÚP, které schvaluje poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační 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). Jako součást adresy bydliště se uvede e-mailová adresa, pokud je známa.

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

I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. 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 léčebně rehabilitační 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 léčebně rehabilitační péči zvláštní rytmus, známý z klinické praxe.

Vyznačení pořadí naléhavosti **II.** vyžaduje dodržet termín nástupu lázeňské léčebně rehabilitační 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 potvrzení návrhu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči o 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 proškrtne pouze **Muž** nebo **Žena**. Pokud není průvodce pro pobyt indikován, proškrtne se celý řádek. Průvodcem se rozumí osoba zletilá, způsobilá k právním úkonům. Přepravu – pobyt průvodci hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn pojištěnec – pacient, kterému je doprovod indikován a schválen pojišťovnou.

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.

Razítka a podpis navrhujícího lékaře.

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.

Lékařská zpráva – lékařskou zprávu lze nahradit propouštěcí zprávou lůžkového ZZ, pokud obsahuje všechny požadované údaje vztahující se k základní Dg. pro lázeňskou léčbu a není starší 2 měsíců. Jinak je nutné údaje obsažené v propouštěcí zprávě aktualizovat!

Pokud 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., 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 výšky a 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 tehdy, kdy doporučující lékař není současně navrhujícím lékařem.

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

V případě žádosti o prodloužení léčby u indikací určených Indikačním seznamem ošetřující lékař LZ zašle na místně příslušnou ÚP kopii původního lázeňského návrhu, lékařskou zprávu s popisem aktuálního zdravotního stavu, popisem průběhu dosavadní

léčebně rehabilitační péče včetně dosaženého terapeutického efektu, a dále uvede cíl a předpokládaný efekt další léčby včetně zdůvodnění, proč nelze další péči poskytovat ambulantní formou.

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. Přeložení pojištěnce mladšího 18 let ze ZZ poskytovatele lůžkové péče do LZ revizní lékař neposuzuje (až na tuto výjimku probíhá zpracování návrhu standardním způsobem).

Schvaluji: pokud revizní lékař předložený návrh schvaluje ve všech položkách, proškrtně 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 léčebně rehabilitační péče (VZP-16/2013)** 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 léčebně rehabilitační 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 léčebně rehabilitační péči

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 s Indikačním seznamem a musí být dodržena určená délka léčby pro jednotlivé indikace.

Návrh na příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační 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 léčebně rehabilitační péče je 6 měsíců ode dne jeho vystavení navrhujícím lékařem – ten proškrtne slovo „Komplexní“ a vyplní pouze indikaci a Dg. Revizní lékař rovněž vyznačí příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační 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 léčebně rehabilitační 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 léčebně rehabilitační péče pojišťovně, tak pojišťovny hradí léčbu za ty dny, ve kterých byl pacient pojištěncem té které pojišťovny.

Účinnost změny: od 1. 1. 2016

II. 2.16. VZP-18/2005 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně

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.

Přestálé nemoci dítěte – ~~výčet prodělaných nemocí, operací, úrazů.~~ závažnější prodělané nemoci, případně jejich četnost, operace, závažnější úrazy.

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

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.

Alergie: na léčivé přípravky, potraviny, jiné, ev. jaká léčba.

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.

Účinnost změny: od 1. 1. 2016

2.19. VZP-21/2013 Žádanka o schválení (povolení)

Doklad se používá jako žádost o schválení či povolení úhrady péče, která je v zákonech, vyhláškách (hlavně seznámech) či smlouvě podmíněna schválením revizním lékařem. Doklad vyplňuje žadatel, tedy OL, případně ZZ. 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, (poskytovatele) – jméno pojištěnce, resp. název poskytovatele, pro kterého se žádá povolení nestandardní úhrady.

Čís. pojištěnce, IČP – uvede se číslo pojištěnce a IČP toho ZZ, 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, ve kterém může pojištěnec čerpat předmětnou péči.

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** stanovena úhrada pro 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.

Účinnost změny: od 1. 1. 2016

2.28. 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 pojištěnci přepravu soukromým vozidlem, řízeným jinou osobou, místo indikovaného zdravotnického transportu.

OL, který pojištěnce 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 pojištěnec odeslán.

Kam – stručný název poskytovatele a místo včetně PSČ (uvede se vždy pouze jedno SZZ), kam je pojištěnec odeslán. OL vždy vyplní nejbližší SZZ, které je schopno požadovanou péči poskytnout.

Důvod k transportu – zdravotní indikace transportu a důvod schválení jízdy soukromým vozidlem s vyznačením nutnosti individuální přepravy. Dále zde OL uvede počet indikovaných cest do uvedeného SZZ, 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 přepravě.

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 pojišťovny.

Příjemce částky náhrad vyplní:

Přijal dne, podpis – datum převzetí a podpis.

Pozn.:

Pokud nebude příjemcem částky náhrad pojištěnec, kterému byla přeprava 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, vždy 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“. Pokud pomínou důvody k indikaci dalších cest do SZZ, doplní v místě razítka a podpisu lékaře „DALŠÍ CESTY NE“. Přijetí a propuštění z ústavní péče (včetně

lázeňské léčebně rehabilitační péče) se potvrzuje a zaznamenává pro každou cestu na zvláštní řádek s označením „PŘIJETÍ“ nebo „PROPUŠTĚNÍ“. Pokud není uveden jiný pokyn, je potvrzení o odborném ošetření/vyšetření současně potvrzením indikace pro náhradu cestovních nákladů pro cestu zpět.

Účinnost změny: od 1. 1. 2016