

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

Verze 6.2

Doplněk č. 44 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, prosinec 2021
(účinnost změn: od 1. 1. 2022)

Obsah

1.1. Společné údaje na dokladech	3
2.2. VZP-02/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní péči, VZP-02s/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči	5
2.3. VZP-03/2006 Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, VZP-03s/2006 Stomatologické výrobky	6
2.5.4 VZP-06dp/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření DP	8
2.13. VZP-15/2013 VZP-15/2022 Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči	9
2.14. VZP-16/2013 Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče	16
2.15. VZP-17/2013 VZP-17/2022 Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně	18
2.16. VZP-18/2013 VZP-18/2022 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně	23
2.17. VZP-19/2013 VZP-19/2022 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně	27
2.19. VZP-21/2013 VZP-21/2022 Žádanka o schválení (povolení)	30
2.21. VZP-23/2005 VZP-23/2022 Vyúčtování ozdravenské péče	31
2.24. VZP-34/2013 VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu	33
V. Seznam a vzory tiskopisů	36

1.1. Společné údaje na dokladech

POUZE NA RECEPTECH, POUKAZECH NA ZP A NA 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.

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

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

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

Razítko poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře/předepisujícího – rozumí se lékaře/předepisujícího, který doklad vystavil. V případě poukazu na zdravotnické prostředky (doklady 12, 13, 14) identifikace poskytovatele zdravotních služeb v tištěné podobě obsahující: 1. jde-li o fyzickou osobu, jméno, popřípadě jména, a příjmení poskytovatele zdravotních služeb, dále adresu místa poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo pracoviště zdravotnického zařízení, pokud bylo zdravotní pojišťovnou přiděleno, a kontaktní telefonní číslo, nebo 2. jde-li o právnickou osobu, název nebo obchodní firmu, adresu sídla, místo poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo pracoviště zdravotnického zařízení, pokud bylo zdravotní pojišťovnou přiděleno, a kontaktní telefonní číslo; dále se uvede jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby oprávněné prostředek předepsat tiskacím písmem (dále v textu jako „lékař/předepisující“) a podpis osoby oprávněné prostředek předepsat. V případě otisku razítka musí být telefonní číslo místa poskytování zdravotní péče a IČP čitelné. V případě nečitelnosti je nutné vypsát informace vedle otisku razítka.

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

Kód – číselný kód vydaného 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~~ je nutné schválení zdravotní pojišťovnou, nebo při požadavku zvýšené úhrady je na tomto místě potvrzeno schválení ~~či povolení revizního lékaře~~ zdravotní pojišťovny. ~~Potvrzení revizního~~

lékaře Schválení zdravotní pojišťovnou zajišťuje osoba oprávněná prostředek předepsat (lékař/předepisující). Na dokladu se zaznamenává těmito způsoby:

V případě zdravotnických prostředků:

Jestliže je úhrada prostředku vázána na schválení ~~revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny~~ příslušnou zdravotní pojišťovnou, pak

- a) ~~revizní lékař~~ oprávněná osoba pojišťovny na poukazu uvede poznámku „Schváleno ~~revizním lékařem~~ zdravotní pojišťovnou“ nebo „Neschváleno ~~revizním lékařem~~ zdravotní pojišťovnou“, datum rozhodnutí, evidenční číslo rozhodnutí, podpis a otisk razítka ~~rozhodujícího revizního lékaře~~ oprávněné osoby pojišťovny,
- b) předepisující na základě písemného souhlasu ~~revizního lékaře~~ zdravotní pojišťovny na poukazu uvede poznámku „Schváleno ~~revizním lékařem~~ zdravotní pojišťovnou“, datum rozhodnutí ~~revizního lékaře~~ oprávněné osoby pojišťovny o schválení úhrady, evidenční číslo rozhodnutí, nebo
- c) předepisující na základě písemného souhlasu ~~revizního lékaře~~ zdravotní pojišťovny opakovaným předepisováním prostředku na poukazu uvede poznámku „Schváleno ~~revizním lékařem~~ zdravotní pojišťovnou“, datum rozhodnutí ~~revizního lékaře~~ oprávněné osoby pojišťovny o schválení opakované úhrady a evidenční číslo rozhodnutí.

V případě léčivých přípravků:

Jestliže je úhrada léčivého přípravku vázána na schválení ~~revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny~~ příslušnou zdravotní pojišťovnou, uvede se

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

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

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 téže lůžku stejného PZS se datum propuštění nesmí rovnat datu přijetí na navazujícím účtu.

Datum – vyplňuje se podle kap. II. 1. Společné zásady. Vyplnění je povinné u každého výkonu v průběhu resuscitační či intenzivní péče, u operačních výkonů a výkonů, k nimž se vykazuje ZUM. Vykázané výkony provedené v různých čtvrtletích se vykazují samostatně za každé čtvrtletí zvlášť. Např. vykázaní 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~~ schvalování zdravotní pojišťovnou, 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 vykazuje 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. Pokud je vykazován ZP (skupina = 3), tak se na dokladu 03s nevyplňuje lokalizace.

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~~ zdravotní pojišťovnou.

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

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

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

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

~~— 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.~~

- Pro ZULP ve výši

- a) nejvyšší možné úhrady pro konečného spotřebitele,
- b) nejvyšší možné ceny pro konečného spotřebitele, je-li nižší než úhrada pro konečného spotřebitele podle písmene a),
- c) smluvní ceny zdravotní pojišťovny, je-li nižší, než úhrada pro konečného spotřebitele podle písmene a) a cena pro konečného spotřebitele podle písmene b).

- Pro ZUM ve výši

- a) ceny, za kterou byl ZUM pořízen, nejvýše však do hodnoty maximální úhrady pojišťovnou,
- b) sjednané úhrady, 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 přípravy a krvetvorné buňky, 13 radiofarmaka, 14 parenterální výživa pro domácí terapii a 15 autologní transfuzní přípravy se cena vyplňuje pouze tehdy, pokud není v číselníku „Individuálně vyráběné léčivé přípravky, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka“ uvedena úhrada pojišťovnou.

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

- „Z“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována zvýšená úhrada (druhá úhrada LP z číselníku HVLP)
- „T“ – pokud je pro vykázaný ZULP požadována třetí úhrada LP z číselníku HVLP
- „D“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku
- „C“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována druhá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku
- „B“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována třetí úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku
- „E“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována čtvrtá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku
- „F“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována pátá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku
- „G“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována šestá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku
- „H“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována sedmá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku
- „I“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována osmá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku

- „J“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována devátá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku
- „K“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována desátá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku
- „X“ – v případě schválení úhrady **revizním lékařem pojišťovny zdravotní pojišťovnou** u ZULP, které mají nulovou úhradu.

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

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

2.5.4 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).

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

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

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

Informace o pacientovi:

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

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

Další příslušníci domácnosti na této adrese – 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 telefonní číslo.

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

Mobilita pacienta – zaškrtně se varianta „a“ v případě plně 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 specifikace omezení.

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety

Další informace – ostatní informace, které mohou ovlivnit kvalitu 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 výkonů v jednom dni a požadovaná frekvence v týdnu.

2.13. ~~VZP-15/2013~~ VZP-15/2022 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) **navrhující lékař** – lékař registrujícího poskytovatele (registrující praktický lékař), lékař ambulantního poskytovatele, který poskytnutí léčebně rehabilitační péče jako hrazené ze zdravotního pojištění doporučil, nebo ošetřující lékař při hospitalizaci (dále ~~jen~~ jako „navrhující lékař“) – určen zákonem.

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

Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči (dále jen „návrh“) 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.

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	zdravotní pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci	zelená A4
díl 5	registrujícímu praktickému lékaři, navrhujícímu lékaři ambulantního poskytovatele 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 navrhující** lékař jednoznačnou identifikaci doporučujícího ošetřujícího lékaře do návrhu (IČP a odbornost).

Doporučující a **navrhující ošetřující lékař** je povinen mít základní údaje o doporučení lázeňské léčebně rehabilitační péče v dokumentaci pojištěnce.

Není-li doporučující lékař zároveň navrhujícím, a 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 **reviznímu lékaři pojišťovny 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.

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.

Není-li navrhující lékař zároveň doporučujícím, pak 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 pobočky pojišťovny se zde řídí podle příslušnosti navrhujícího lékaře.

Po schválení návrhu **revizním lékařem pojišťovny zdravotní pojišťovnou** 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 PZS 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 PZS na každém dílu návrhu zvlášť (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 vysílající pobočky pojišťovny, která schvaluje poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče.

Pacient – uvede 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 uvede telefonní číslo a 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 pacienta.

Podpis zák. zástupce: svým podpisem zákonný zástupce souhlasí s textem žádosti o povolení pobytu pacienta, pojištěnce pojišťovny, v léčebně rehabilitační péči, včetně prohlášení. 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 datového rozhraní zajistí navrhuje 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 ~~revizního lékaře, pracovníka pojišťovny zdravotní 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 proškrtně.

I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče – nevhodné se ~~proškrtnou~~ ~~proškrtně~~. 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~~ ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou. Datum nástupu a název LZ doplní po předchozím projednání s lázněmi přímo PZS, ve kterém je pacient hospitalizován. Vystavený a takto doplněný návrh odešle PZS na pracoviště 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 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~~ 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 ~~od data vystavení návrhu~~ ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou. 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 proškrtně pouze **Muž** nebo **Žena**. Pokud není průvodce pro pobyt indikován, proškrtně 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 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, ~~– 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 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 PZS, 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, když doporučující lékař není současně navrhujícím lékařem.

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 zašle ošetřující lékař LZ na místně příslušné pracoviště 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 ~~REVIZNÍHO LÉKAŘE~~ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

V této pro potřeby pojišťovny vyhrazené části návrhu ~~revizní lékař povoluje~~ 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 pojišťovny, vč. uvedení data posouzení návrhu.

Při ~~Přeložení~~ přeložení pojištěnce mladšího 18 let ze ZZ poskytovatele lůžkové péče do LZ a přímém přeložení z akutní lůžkové péče do LZ se schválení ~~revizní lékař~~ zdravotní pojišťovnou ~~neposuzuje~~ 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 pojišťovně a kromě toho ještě předává kopii návrhu spolu s překladovou zprávou přímo LZ, do kterého je překlad předjednan.

Schvaluji: pokud ~~revizní lékař~~ oprávněná osoba pojišťovny 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 PZS 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~~ zdravotní pojišťovny se doplní otiskem razítka pojišťovny a případně podpisem ~~jejího zástupce, resp. pracovníka pověřeného k podpisu návrhu~~ oprávněné osoby pojišťovny. 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~~ ve lhůtě stanovené platným zněním zákona č. 48/1997 Sb. 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 tři pracovních dnů od data doručení návrhu. Všechny tři zbylé díly návrhu (PC originál) se opatří otiskem razítka a podpisem odpovědného pracovníka. Díl 1 (kopie 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 přede dnem určeného nástupu**. Po odléčení pacienta se **díl 1 příkládá 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 tři pracovních dnů ode dne doručení návrhu z pojišťovny nebo LZ. Datem doručení a odeslání se rozumí razítka 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** oprávněnou osobou pojišťovny.

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 zdravotní pojišťovny**, 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 klientských služeb pojišťovny, ~~kteřá 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~~ – schválení návrhu zdravotní pojišťovnou. Navrhující lékař ~~ten~~ proškrtne slovo „Komplexní“ a vyplní pouze indikaci a Dg. **Revizní lékař** **Oprávněná osoba pojišťovny** rovněž vyznačí příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči, pokud nemění příspěvkovou na komplexní.

LZ si při umístování „příspěvkového“ pacienta samo určuje nástup ~~samo~~ podle svých potřeb a dispozic. Datum nástupu pacienta zaznamená jak na dílu 2 (kopie PC originálu), tak na dílu 1 (kopie PC originálu) jako nedílné součásti vyúčtování poskytnuté péče.

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.

2.14. VZP-16/2013 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. Převážu pojištěnce (doprovodu) hradí pojišťovna pouze v případě, kdy je indikována ošetřujícím lékařem. U příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče poskytuje 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**. Jde o třídílný tiskopis, z něhož první díl, tj. originál, zašle LZ dané ZP. 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, přiloží se příslušný díl 1 „Návrhu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči“. Návrh v elektronické formě přeпоšle LZ na pojišťovnu spolu s vyúčtováním pouze v případě, když pojištěnec v době od schválení návrhu **revizním lékařem zdravotní pojišťovnou** změnil pojišťovnu.

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

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

Indikace – kód označující lázeňskou léčbu podle Indikačního seznamu.

Čís. vysílajícího ÚP – uvede se číslo příslušného pracoviště 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 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 léčebně rehabilitační péče předkládá.

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

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

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

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

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

Kategorie ubyt. – uvede se příslušná kategorie ubytování 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 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, pojišťovna náklady spojené s rezervováním lůžka nehradí).

*Pozn.: na samostatném řádku v oddílu **Pacient – ubytování** se vyazuje 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 ošetrovací den od klienta ve smyslu Zákona s textem „RPK=“, případně za ošetrovací den od průvodce s textem „RPP=“ stvrzující, že byl vybrán příslušný regulační poplatek za ošetrovací den uvedený v platném SZV. V případě provedení klinického vyšetření klienta příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče se do místa určeného pro sdělení uvede částka za vybrání regulačního poplatku za klinické vyšetření klienta ve smyslu Zákona s textem „RPV=“ stvrzující, že byl vybrán příslušný regulační poplatek („regulační poplatek za návštěvu – poplatek uhrazen) uvedený v platném SZV.

Nebo se do místa určeného pro sdělení uvede příznak za provedení klinického vyšetření klienta příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče s textem „RPÚ=“ stvrzujícím, že bylo klinické vyšetření provedeno („regulační poplatek za návštěvu – poplatek uvedený v platném SZV).

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 pojišťovna doklady nepřevzme.

2.15. ~~VZP-17/2013~~ VZP-17/2022 Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně

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

Zdravotní péči v odborných léčebnách pro dospělé s OD 00022 doporučuje ošetřující lékař. V případě, kdy je pacient indikován k lůžkové léčebně rehabilitační péči z vlastního sociálního prostředí, podává pojišťovně návrh registrující praktický lékař **nebo lékař ambulantního poskytovatele**; v případě indikace léčebně rehabilitační péče ošetřujícím lékařem při hospitalizaci podává pojišťovně návrh tento OL. Žádá-li OL překlad, pak podává návrh pojišťovně a kromě toho ještě předává kopii návrhu spolu s překladovou zprávou přímo léčebně, do které je překlad předjednan. Návrh se podává buď na čtyřdílném průpisovém tiskopisu **Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně** (tiskopis se vyplňuje psacím strojem), vytištěný pomocí PC, nebo elektronicky prostřednictvím 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 **ošetřujícímu lékaři léčebny k dokumentaci (potvrzená objednávka léčebně)**

díl 2 **k vyúčtování**

díl 3 ~~reviznímu lékaři~~ **zdravotní pojišťovně k dokumentaci**

díl 4 **navrhujícímu lékaři k dokumentaci**

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

Postup vyplňování tiskopisu

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

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

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

Dále se vyplňuje:

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

Čís. návrhu – číslo návrhu přidělené pojišťovnou; v případě návrhu předávaného v datovém rozhraní je to „číslo dokladu“ přidělené navrhuje PZS.

Rok návrhu – zadá pojišťovna.

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

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

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

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

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

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

Zdůvodnění pobytu v léčebně: stručně se uvede důvod, pro který je nezbytné poskytnutí léčebně rehabilitační péče ústavní formou.

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

Dne – uvede se datum vystavení návrhu.

~~Od tohoto dne začíná plynout časové rozmezí platnosti návrhu.~~ Navrhující poskytovatel je povinen předat návrh do 5 pracovních dnů od data vystavení návrhu na příslušnou pojišťovnu, a to způsobem určeným jejím ředitelem.

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

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

Postup schvalování návrhu

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

Pojišťovna ~~do 5 pracovních dnů~~ ve lhůtě stanovené platným zněním zákona č. 48/1997 Sb. zajistí ověření formálních náležitostí, převezme návrh v rozsahu dílů 1–3 (PC originál) a zajistí vyjádření ~~revizního lékaře~~ oprávněné osoby pojišťovny. Po potvrzení návrhu ~~revizním lékařem~~ oprávněnou osobou pojišťovny a oddělení dílu 3 (pořízení kopie PC originálu) pro potřeby pojišťovny se odešle návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 (PC originál), na určenou adresu léčebny. Díl 1 (PC originál) si ponechává léčebna k dokumentaci a díl 2 (kopii PC originálu) přikládá k vyúčtování pro pojišťovnu.

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

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

STANOVISKO ~~REVIZNÍHO LÉKAŘE~~ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

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

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

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

Zamítám (důvod): V tomto případě odešle ~~revizní lékař~~ oprávněná osoba pojišťovny nepotřebné díly návrhu (PC originál) se zdůvodněním zamítnutí zpět navrhuujícímu lékaři (díl 3 návrhu nebo kopie PC originálu zůstává na pojišťovně).

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

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

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

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ODBORNÁ LÉČEBNA

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

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

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

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

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

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

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

2.16. ~~VZP-18/2018~~ VZP-18/2022 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně

Základní pravidla pro poskytování péče v dětských ozdravovnách jsou uvedena v zákoně č. 48/1997 Sb. Vlastní návrhová činnost lékaře, jakož i schvalování a objednávání ozdravenské péče pro děti od 3 do 15 let se realizuje pomocí čtyřdílného tiskopisu **Návrh na umístění dítěte v ozdravovně**.

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

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

díl 1 **potvrzená objednávka ozdravovně k dokumentaci**

díl 2 **spádové pojišťovně k dokumentaci**

díl 3 ~~vysílající pojišťovně a reviznímu lékaři k~~ **zdravotní pojišťovně k dokumentaci**

díl 4 **navrhujícímu lékaři k dokumentaci**

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

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

Navrhující lékař v návrhu vyplní všechny požadované údaje do předtištěných rámečků, tj. v oddílu „Výsledek lékařského vyšetření“ a „Stanovisko navrhujícího lékaře“. Před odesláním řádně vystaveného návrhu na vysílající pracoviště 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 navrhujícího lékaře k pracovišti pojišťovny. Po schválení návrhu ~~revizním lékařem~~ **zdravotní pojišťovnou ve lhůtě stanovené platným zněním zákona č. 48/1997 Sb.** 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 navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka PZS na každém dílu návrhu zvlášť. Bez těchto náležitostí, jakož i data vystavení (důležitý údaj pro plynutí stanovené lhůty platnosti návrhu) pojišťovna návrh nepřevzme.

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

Číslo vysílajícího pracoviště pojišťovny – uvede se číslo pracoviště 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)

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

Dne – datum žádosti.

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

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

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ

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

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

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

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

Váha

Výška

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

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

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

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

STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE

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

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

Typ ozdravenského programu:

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

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

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

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

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

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

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

STANOVISKO ~~REVIZNÍHO LÉKAŘE~~ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

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

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

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

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

Stanovisko ~~revizního lékaře~~ zdravotní pojišťovny 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** ve lhůtě stanovené platným zněním zákona č. 48/1997 Sb. 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 umístování takového dítěte rozhodne navrhující lékař ve spolupráci s ~~revizním lékařem~~ oprávněnou osobou 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 léčebně rehabilitační 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).

2.17. ~~VZP-19/2018~~ VZP-19/2022 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně

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

Zdravotní péči v dětských odborných léčebnách doporučuje ošetřující lékař. Vlastní návrh však podává registrující všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost 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 k dokumentaci**
- díl 2 **pojišťovně k dokumentaci**
- díl 3 **~~reviznímu lékaři~~ zdravotní pojišťovně k dokumentaci**
- díl 4 **navrhujícímu lékaři k dokumentaci**

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

Postup schvalování návrhu

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

Pojišťovna po ověření, zda se jedná o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1–3 (PC originál). Zde se k návrhu **event.** vyjádří **revizní lékař** oprávněná osoba pojišťovny. Po schválení návrhu **revizním lékařem** zdravotní pojišťovnou **ve lhůtě stanovené platným zněním zákona č. 48/1997 Sb.** a oddělení dílu 3 (pořízení kopie PC originálu) pro potřeby

pojišťovny se odešle návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 (PC originál), dětské léčebně. Díl 1 (PC originál) si ponechává dětská léčebna k dokumentaci a díl 2 (kopii PC originálu) přikládá k vystavenému individuálnímu účtu pro 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 zdravotní pojišťovna~~ 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 navrhuující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka PZS na každém dílu návrhu zvlášť (PC originál).

Postup vyplňování tiskopisu

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

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

Dále se vyplňuje:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

STANOVISKO ~~REVIZNÍHO LÉKAŘE~~ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

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

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

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

Zamítám (důvod): důvody zamítnutí návrhu je nutné předem projednat s navrhujícím lékařem. V tomto případě odešle ~~revizní lékař~~ oprávněná osoba pojišťovny 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 prodělaná závažná onemocnění dítěte, operace, úrazy.

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

Alergie: na 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 přepravy, potřeba dietního stravování apod. Doprovod dítěte do věku 6 let není nutné schvalovat ~~revizním lékařem~~ zdravotní pojišťovnou, nad 6 let ano. Indikující lékař může pobyt doprovodu navrhovat, ale konečné rozhodnutí náleží odborné léčebně. Pokud bude léčebna požadovat umístění doprovodu u dítěte staršího 6 let, požádá o schválení ~~revizního lékaře jí příslušné pojišťovny~~ příslušnou zdravotní pojišťovnu.

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

~~Pokud návrh posuzuje revizní lékař pojišťovny, tak se v~~ V těchto případech se postupuje jako u návrhů na lázeňskou léčebně rehabilitační péči (viz odstavce „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~~ zdravotní pojišťovna), tak pojišťovny uhradí léčbu za ty dny, ve kterých byl pacient pojištěncem té které pojišťovny.

2.19. ~~VZP-21/2013~~ VZP-21/2022 Žádanka o schválení (povolení)

Doklad se používá jako žádost o schválení či povolení úhrady péče, která je v zákonech, vyhláškách (především SZV) či smlouvě podmíněna schválením ~~revizním lékařem~~ zdravotní pojišťovnou. Doklad vyplňuje žadatel, tedy OL, případně PZS. ~~Revizní lékař~~ Zdravotní pojišťovna se k žádosti vyjádří (~~obvykle do 10 dnů~~) ve lhůtě stanovené platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., kopii dokladu vrátí žadateli a originál si založí (v případě podání 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~~ oprávněná osoba pojišťovny určí (případně v informačním systému pojišťovny je generováno) jednoznačné číslo žádanky v rámci roku a pojišťovny, 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~~ oprávněnou osobou pojišťovny předem projednávána a kdy jí ~~přidělil~~ bylo přiděleno 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 PZS, 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~~ zdravotní pojišťovně.

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 zdravotní pojišťovnou~~ 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 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 pojišťovny~~ zdravotní pojišťovny – razítko a podpis ~~revizního lékaře~~ oprávněné osoby pojišťovny, ~~kteřý~~ která žádanku odsouhlasí. V případě zamítnutí žádosti se uvede důvod zamítnutí.

2.21. ~~VZP-23/2005~~ VZP-23/2022 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 se 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 pracovišti pojišťovny, které kopii dále postoupí vysílajícímu pracovišti pojišťovny. Celkový počet předaných dokladů se vyznačí na průvodním listu dávky.

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

- a) průběžně nebo jednorázově (za celou dobu pobytu) elektronickou formou,
- b) průběžně papírovou formou dokladů.

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

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

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **ICZ, 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 pracoviště pojišťovny, které schválilo poskytnutí ozdravenské péče podle „Návrhu“.

Ozdravenský program – číselný kód označující typ ozdravenského programu.

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

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

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

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

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

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

Předčasné ukončení pobytu – ukončení z důvodu hospitalizace dítěte nebo na žádost jeho rodičů (zákonného zástupce), popř. z jiných kvalifikovaných důvodů povoluje vedoucí lékař dětské ozdravovny. Jiný důvod předčasného ukončení pobytu (např. svévolné opuštění dětské ozdravovny nebo předčasné propuštění pacienta pro porušení ozdravenského režimu) se uvede ve „Sdělení“. Dětská ozdravovna vyúčtuje 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 ve smyslu Zákona uvedený v platném SZV.

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 pracoviště pojišťovny.

2.24. ~~VZP-34/2013~~ VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu

Příkaz ke zdravotnímu transportu (dále jen Příkaz) je tiskopis s jednou průpisovou nebo označenou kopií pro indikaci zdravotnických transportů a přepravy zemřelého pojištěnce na patologicko-anatomickou nebo zdravotní pitvu a z patologicko-anatomické nebo zdravotní pitvy.

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

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

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

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

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

Lékař požadující zdravotnický transport vyplní následující údaje dílu A.

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

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

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

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

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

VITAL: transport lékaře či jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému výkonu nebo přeprava transfuzních přípravků, spec. léčivých přípravků, buněk, tkání a orgánů k transplantaci 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 přepravci. Přeprava se vykazuje vždy na číslo pojištěnce příjemce

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

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

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

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

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

Pokud pojištěnec požaduje transport do jiného než k nejbližšímu PZS, tedy takový transport, který je z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazen pouze částečně, pak lékař do části

„Kam“ uvede adresu jako pokyn pro posádku ZDS, kam má být transport proveden. V tomto případě pro úhradu ZP označí symbolem x „Odkud“ a „Nejbližší SZZ“.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SPZ vozu – registrační značku vozidla, kterým provedl transport.

Datum – datum zahájení transportu.

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

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

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

Počet

Přeprava pacienta – počet km ujetých s každým konkrétním pacientem vhodnou komunikací do místa určení dle indikace lékaře. Uvedené platí i v případě, je-li současně přepravováno více

pacientů, nejvíce však 4 osoby, včetně doprovodů pacientů. Vykazuje se kódem, který přísluší pásmu, ve kterém se tyto kilometry nacházejí. Počet km musí odpovídat vzdálenosti vypočítané s použitím smluvně dohodnutého SW, zaokrouhlené na celé km. Doprovod pacienta se vykazuje tak, že je připočten počet km ujetých s doprovodem k počtu km ujetých s pacientem. Tento součet km se vykazuje jedním kódem, v jedné řádce, příslušného pásma, ve kterém se součet těchto km nachází.

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

Přeprava zemřelého:

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

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

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

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

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

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-10/2009	Recept

VZP-12/2021	Poukaz na brýle a optické pomůcky
VZP-13/2021	Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
VZP-13P/2006	Přehled vrácených ZP
VZP-14/2021	Poukaz na foniatrickou pomůcku
VZP-15/2013	VZP-15/2022 Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči
VZP-16/2013	Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče
VZP-17/2013	VZP-17/2022 Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně
VZP-18/2018	VZP-18/2022 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně
VZP-19/2018	VZP-19/2022 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně
VZP-20/2006	Výpis z receptu
VZP-21/2013	VZP-21/2022 Žádanka o schválení (povolení)
VZP-22/2013	Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví
VZP-23/2005	VZP-23/2022 Vyúčtování ozdravenské péče
VZP-30/2006	Registrační list
VZP-31/2006	Faktura za období
VZP-32/2006	Faktura za dávky
VZP-34/2013	VZP-34/2022 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	Přihláška 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

Účinnost změny: 1. 1. 2022