

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

**Verze 6.2
Doplněk č. 57 textu metodiky**

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

**Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha, červen 2026
(účinnost změn: 1. 1. 2027)**

Obsah

II. Pravidla pro pořizování dokladů.....	3
1.1. Společné údaje na dokladech	3
III. Pravidla pro předávání dokladů.....	10
1. Dávky	10
2. Faktury	12
IV. Seznam číselníků.....	14

II. Pravidla pro pořizování dokladů

1.1. Společné údaje na dokladech

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

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

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

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

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

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

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

Čís. dokladu – číslo dokladu slouží k jeho jednoznačné identifikaci v rámci PZS a roku, za který byl vystaven a předložen zdravotní pojišťovně. Způsob číslování dokladů si určují jednotlivá PZS sama podle svých zvyklostí a zavedeného způsobu evidence. Způsob číslování však musí respektovat požadavek průkaznosti ve smyslu zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

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

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

Příjmení a jméno pacienta – slouží pro doplňující identifikaci pojištěnce.

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

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

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

Zahraniční pojištěnci se mohou prokázat některým z následujících dokladů:

- a) potvrzením o registraci;
- b) průkazem pojištěnce EU bydlícího v ČR;
- c) průkazem pojištěnce EU pobývacího v ČR;
- d) průkazem EHIC;
- e) potvrzením dočasně nahrazujícím průkaz EHIC;
- f) formulářem E 112, formulářem S 2;
- g) formulářem S 2,3;
- h) formulářem DA1.

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

1. Za zdravotní služby poskytnuté osobě, která se prokázala doklady **a), b)** nebo **c)**, účtuje PZS příslušné výpomocné zdravotní pojišťovně, která doklad vydala. Zdravotní služby se vykážou podle této Metodiky, tedy v druhu pojištění 4 a samostatnou fakturou¹ se samostatnými dávkami. Vykázat tuto péči lze i společně s druhem pojištění 1 v tzv. dávce smíšené, kde se bude jednat o druh pojištění 1.

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

Pokud zdravotní stav zahraničního pojištěnce samostatnou volbu neumožňuje, zvolí výpomocnou zdravotní pojišťovnu PZS způsobem dle vlastních možností, a to buď elektronicky přes aplikaci e-KZP, která provede výpomocnou registraci pacienta na základě údajů přenesených z EHIC nebo Potvrzením dočasně nahrazujícím EHIC a přiložením kopie dokladu. Výsledkem výpomocné registrace je Potvrzení o registraci a přidělení českého čísla pojištěnce na základě kterého může být péče vyúčtována podle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů.

Další možností je zaslání kopie Evropského průkazu zdravotního pojištění nebo kopie Potvrzení dočasně nahrazující EHIC. Zdravotnické zařízení zašle vybrané zdravotní pojišťovně k registraci kopii Evropského průkazu nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz. ~~Dále v těchto případech zajistí~~

¹ Vykázání samostatné faktury neplatí pro zálohové segmenty.

Lze rovněž využít možnost, kdy PZS **zajistí** přepis údajů uvedených na originálním dokladu (na průkazu EHIC nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC) do části A formuláře „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce z členské země EU, EHP, Velké Británie a ze Švýcarska na čerpání lékařsky nezbytné péče po dobu přechodného pobytu v ČR“ – dále jen **Potvrzení o nároku**.

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

Jedno vyhotovení Potvrzení o nároku předkládá PZS výpomocné zdravotní pojišťovně.

Jedno vyhotovení Potvrzení o nároku si zdravotnické zařízení ponechá.

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

PZS pak vykáže poskytnuté zdravotní služby podle této Metodiky, tedy v druhu pojištění 4 a samostatnou fakturou¹ se samostatnými dávkami. V případě smíšené dávky vykáže PZS poskytnuté zdravotní služby v druhu pojištění 1. Pokud neproběhla výpomocná registrace před vykazáním péče nebo nedošlo k registraci přes aplikaci e-KZP, doručí PZS ~~s~~Spolu s vykazáním zdravotních služeb ~~doručí výpomocné zdravotní~~ zvolené pojišťovně:

- **kopii průkazu EHIC nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC spolu s Potvrzením o nároku vyplněným v části B nebo**
- **Potvrzení o nároku vyplněné v části A i B.**

3. Disponuje-li zahraniční pojištěnec formulářem **f), g)** nebo **h)g)** vystaveným jeho zahraniční zdravotní pojišťovnou, je povinen jej nejprve předložit zvolené výpomocné zdravotní pojišťovně v ČR k registraci. Pokud se zahraniční pojištěnec obrátí na PZS přímo, bez předchozí registrace u výpomocné zdravotní pojišťovny v ČR, požádá jej PZS, aby se nejdříve u některé zdravotní pojišťovny v ČR zaregistroval. Tam, kde to uzná PZS za vhodné, může také zařídit jeho registraci sám. V takovém případě jej požádá o volbu výpomocné zdravotní pojišťovny v ČR a tuto skutečnost výpomocné zdravotní pojišťovně bezodkladně ohlásí. **Podmínkou úhrady** poskytnutých zdravotních služeb v takovém případě je předchozí domluva o podmínkách poskytnutí a úhrady zdravotních služeb mezi PZS a výpomocnou zdravotní pojišťovnou.

PZS si ponechá **originál formuláře E 112, S 2, S 3 nebo DA1 S-2** a přiloží jej k vyúčtování poskytnutých zdravotních služeb. **Potvrzení o nároku není v tomto případě nutné vyplňovat.**

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

- diagnózy třímístné se zarovnávají doleva, poslední dvě místa se nevyplňují;

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

Příklad: Dg. J39.2 se napíše |J|3|9|2

F70 |F|7|0| |

M01.07 |M|0|1|0|7|

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

a) Základní diagnóza

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

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

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

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

b) Ostatní diagnózy

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

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

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

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

c) Řádková diagnóza

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

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

Příklad: Pacient je v dlouhodobé péči očního lékaře pro glaukom. Zároveň je u tohoto lékaře ošetřen s Dg. stenóza slzných cest.

V záhlaví uvedeno: Odbornost – 705, Základní diagnóza – H401

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

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

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

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

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

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

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

|1|4|

|1|5|

extrakce špičáku vlevo dole v dočasné dentici se vyplní takto:

|7|3|

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

81211 |1|3|

81201 |1|6|

81302 |1|4|

81302 |1|5|

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

Dne – uvede se datum vystavení dokladu.

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

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

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

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

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

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

Dne – uvede se datum vystavení receptu (poukazu).

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

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

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

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

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

V případě zdravotnických prostředků:

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

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

V případě LP:

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

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

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

III. Pravidla pro předávání dokladů

1. Dávky

Dávka je zavedena jako pomocná jednotka pro vyúčtování a pro předávání dokladů zdravotní pojišťovně. Dávky dokladů kompletuje PZS. Do dávky se zařazují doklady, které jsou uzavřeny v období, za které se dávka předkládá k vyúčtování.

Dávky rozlišujeme podle charakteru a typu.

CHARAKTER DÁVKY indikuje, zda jde o dávku řádnou (z původních dokladů), nebo opravnou (z opravených dokladů dříve odmítnutých).

TYP DÁVKY indikuje, zda jsou v dávce doklady pouze jednoho druhu – JEDNODUCHÁ DÁVKA, nebo obsahuje-li dávka doklady více druhů – SMÍŠENÁ DÁVKA.

Počet dokladů v dávce může být max. 999.

TYPY DÁVEK PRO ZÚČTOVÁNÍ

05 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ VÝKONŮ NEPRAVIDELNÉ PÉČE A LPS
obsahuje jen doklady druhu 05.

10 – DÁVKA RECEPTŮ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 10, 20 a recepty na LP obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II.

12 – DÁVKA POUKAZŮ NA BRÝLE A OPTICKÉ POMŮCKY
obsahuje jen doklady druhu 12.

13 – DÁVKA POUKAZŮ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU
POMŮCKU
obsahuje jen doklady druhu 13.

- 14 – DÁVKA POUKAZŮ NA FONIATRICKOU POMŮCKU
obsahuje jen doklady druhu 14.
- 16 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ LÁZEŇSKÉ LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE
SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 16 a při závěrečném doúčtování léčení přiložené díly dokladu 15.
- 23 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ OZDRAVENSKÉ PÉČE SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 23 a při závěrečném doúčtování léčení přiložené díly dokladu 18.
- 31 – DÁVKA ŽÁDANEK O VYÚČTOVÁNÍ
při vyúčtování v DR nahrazuje faktury.
- 34 – DÁVKA PŘÍKAZŮ KE ZDRAVOTNÍMU TRANSPORTU
obsahuje jen doklady druhu 34.
- 36 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ CEST V NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBĚ
obsahuje jen doklady druhu 36.
- 37 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ VÝKONŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY
obsahuje jen doklady druhu 37.
Pozn.: Pokud jsou v dávce typu 37 obsaženy doklady, jejichž transport byl indikován na tiskopisu 34 „Příkaz ke zdravotnímu transportu“, přikládají se též tyto tiskopisy v samostatné papírové dávce typu 34.
- 39 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ NÁHRAD CESTOVNÍCH NÁKLADŮ
obsahuje jen doklady druhu 39.
- 81 – DÁVKA AMBULANTNÍ SMÍŠENÁ PRO STOMATOLOGII
obsahuje jen doklady druhu 01s a 03s. Doklady k témuž pojištění se řadí za sebou tak, že za doklad 01s se zařadí navazující doklad nebo doklady 03s.
- 82 – DÁVKA HOSPITALIZAČNÍ SMÍŠENÁ PRO STOMATOLOGII
obsahuje jen doklady druhu 02s a 03s. Doklady k témuž pojištění se řadí za sebou tak, že za doklad 02s se zařadí navazující doklad nebo doklady 03s.
- 90 – DÁVKA POUKAZŮ NA VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 06 a 03. Doklady k témuž pojištění se řadí za sebou tak, že za doklad 06 se zařadí navazující doklad nebo doklady 03.
- 98 – DÁVKA AMBULANTNÍ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 01 a 03. Doklady k témuž pojištění se řadí za sebou tak, že za doklad 01 se zařadí navazující doklad nebo doklady 03.
- 99 – DÁVKA HOSPITALIZAČNÍ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 02 a 03. Doklady k témuž pojištění se řadí za sebou tak, že za doklad 02 se zařadí navazující doklad nebo doklady 03.

~~DÁVKY ZA DRUH POJIŠTĚNÍ 2 předkládají ti PZS, kteří uzavřeli smlouvu s komerční pojišťovnou o poskytování zdravotní péče smluvním pojištěným, tj. takovým, kteří nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění. Předkládají se jako~~

~~samostatné dávky s označením 2 na průvodním listu dávky (u papírových 2 v kroužku) pro všechny typy dávek pro zúčtování za poskytnutou zdravotní péči smluvním pojištěným.~~

DÁVKY ZA DRUH POJIŠTĚNÍ 4 – předkládají se jako samostatné dávky s označením 4 na průvodním listu dávky (u papírových 4 v kroužku) pro všechny typy dávek pro zúčtování za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům zdravotních pojišťoven ostatních států EU, EHP, Švýcarska a pojištěncům, jejichž nárok na poskytnutí zdravotní péče vyplývá z mezinárodních smluv. V případě, že bude poskytovatel vykazovat v jedné dávce zahraniční i ostatní pojištěnce, potom vyplní v průvodním listu dávky druh pojistného vztahu 1.

TYPY DÁVEK PRO PŘEDÁVÁNÍ

Ostatní jednoduché dávky

V dávkách lze předávat i ty doklady, které neslouží k vyúčtování zdravotnické péče. Tyto dávky jsou vždy jednoduché a typ dávky odpovídá druhu dokladu (např. pro druh dokladu 22 – Hlášení úrazu nebo jiné poškození zdraví je typ dávky 22).

Dávky pro registraci pojištěnců

Lékař oznamuje zdravotní pojišťovně registraci pojištěnců ve smluvně dohodnutém termínu dávkou číslo 80 – Dávka registrací pojištěnců na formulářích VZP-80 (Příhláška registrovaných pojištěnců). Do formulářů se vyplní předepsané údaje z registračních listů podepsaných pojištěnci v předchozím měsíci, přičemž se na průvodním listu dávky vyplní pouze IČZ, kód územního pracoviště, kterému se dávky předávají, číslo dávky, období a počet předkládaných formulářů VZP-80.

Při prvním vyplnění dokladu se předává vždy úplný seznam nositelů výkonů. V případě, že nedochází k žádné změně v nositelích výkonů oproti minulému období, doklad se nepředkládá.

2. Faktury

Při vyúčtování poskytnuté zdravotní péče se používají dva způsoby fakturace:

- faktura za období;
- faktura za dávky.

Způsob fakturace a předkládací termíny jsou uvedeny ve smlouvě s PZS.

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

Faktura za období

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

a) Pokud PZS uzavírá a předkládá dávky dokladů **měsíčně**, má každá faktura za měsíc přiloženy dávky dokladů ukončené nebo uzavřené v daném období (měsíci). Faktura musí

být v den předložení zdravotní pojišťovně doložena doklady o poskytnuté zdravotní péči. PZS poskytující ústavní péči, která uzavírají doklady za ukončenou hospitalizaci častěji než jednou měsíčně, mohou mít ve smlouvě větší počet předkládacích termínů v jednom měsíci.

- b)** Pokud PZS uzavírá a předkládá dávky dokladů **čtvrtletně**, jsou faktury za první dva měsíce vyčíslením požadavku na finanční úhradu za již poskytnutou péči. V den předložení zdravotní pojišťovně nemusí být tyto faktury doloženy dávkami dokladů o provedené zdravotní péči. Třetí fakturu předkládá PZS po skončení kalendářního čtvrtletí. Obsahuje vyčíslení finančního požadavku na úhradu péče poskytnuté v posledním měsíci čtvrtletí. Tato faktura již musí být v den předložení zdravotní pojišťovně doložena všemi dávkami dokladů, kterými je vykázána zdravotní péče poskytnutá pojištěncům dané zdravotní pojišťovny v celém kalendářním čtvrtletí, tzn. i dávkami příslušejícími k fakturám předloženým za první a druhý měsíc čtvrtletí.

Faktura za dávky

Faktura za dávky má charakter běžné faktury a musí být v den předložení zdravotní pojišťovně vždy doložena dávkami dokladů.

Faktura za dávky se předkládá vždy v případě předkládání dávek:

- lékárnami a výdejnami ZP;
- opožděně účtované zdravotní péče poskytnuté v minulých obdobích,
- za druh pojištění ~~2-a~~ 4, dále v případě zálohových segmentů za druh pojistného vztahu 1, bude-li se jednat o dávku obsahující i druh pojištění 4;
- není-li ve smlouvě uvedeno jinak, i při předkládání opravných dávek.

IV. Seznam číselníků

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

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

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

2. Zdravotní výkony

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

3. Cenová pásma

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

4. Kategorie pacienta

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

5. Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků

Kód	Název
-----	-------

- | | |
|------|--|
| 1. 1 | Hromadně vyráběné léčivé přípravky a PZLÚ |
| 2. 2 | IVLP, a výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka |
| 3. 3 | Zdravotnické prostředky |
| 4. 4 | Stomatologické výrobky |

6. Smluvní odbornosti

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

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

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

- | | |
|-----|---|
| 1H1 | akutní lůžková péče vnitřního lékařství – interny – typ H |
| 1F1 | akutní lůžková péče vnitřního lékařství – interny – typ F |
| 1I1 | intenzivní lůžková péče vnitřního lékařství – interny – typ I |

1T1 intenzivní lůžková péče vnitřního lékařství – interny – typ T

1U1 dlouhodobá lůžková péče vnitřního lékařství – interny – typ U

7. Doprava

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

Kód	Název výkonu	Doklad č.	
		indikace	vyúčtování
06	Přeprava zdrav. pracovníka v návštěvní službě - paušál na jednu návštěvu pacienta		36
08	Přeprava zdrav. prac. v návštěvní službě - paušál na měsíc		36
10	Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě		36
12	Přeprava lékaře v pohotovostní službě		36
20	Přeprava pacienta soukromým vozidlem – paušál na 1 km	39	39
40	Přeprava pacienta v sídle vyššího územního samosprávného celku v pásmu 1 – 8 km	34	34
45	Přeprava pacienta v pásmu 1 - 30 km	34	34
46	Přeprava pacienta v pásmu 31 - 60 km	34	34
47	Přeprava pacienta v pásmu 61 - 130 km	34	34
48	Přeprava pacienta v pásmu 131 - 450 km	34	34
49	Přeprava pacienta v pásmu 451 a více km	34	34
50	Převoz k pitvě a z pitvy	34	34, fa
54	Přeprava pacienta v krajském statutárním městě – paušál na jednoho pacienta	34	34
60	Přeprava transfúzních přípravků, speciálních léčiv, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu (vykazuje pracoviště zdravotnické záchranné služby)	34	37
61	Přeprava transfúzních přípravků, speciálních léčiv, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu (vykazuje odbornost 989 na základě smluvních podmínek)	34	34
69	Manipulace s imobilním pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností nad 140 kg při transportu sanitním vozidlem vsedě nebo vleže	34	34
70	Jízda vozidly ZZS, jízda vozidly PPNP	V*	37
72	Přeprava patologického novorozence a novorozence s nízkou porodní hmotností k nejbližšímu specializovanému poskytovateli	34	37
74	Přeprava lékaře ZZS v setkávacím systému	V*	37

77	Jízda vozidly PPNP	34	37
80	Přeprava infekčního pacienta	34	34
81	Přeprava infekčního pacienta v krajském statutárním městě – paušál na jednoho pacienta	34	34
90	Letecká přeprava pacienta (1000 Kč)	34	Fa34
91	Letecká přeprava pacienta (1 Kč)	34	Fa

V* = výzva

8. Doporučení hospitalizace

Kód Typ subjektu, který doporučil hospitalizaci

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

9. Náhrady za zdravotní péči

Kód Název

- 3 Úraz zaviněný jinou osobou
- 4 Alkohol, omamné látky
- 5 Pracovní úraz
- 6 Sociální důvod hospitalizace
- 7 Porušení léčebného režimu
- 8 Jiný důvod
- 9 Nemoc z povolání

10. Ukončení léčení

Kód Název

- 0 Pokračuje lůžková péče na stejném lůžku
- 1 Pacient propuštěn do ambulantní péče
- 2 Pacient přeložen do lůžkové péče – do zařízení sociální péče
- 3 Pacient přeložen do lůžkové péče – na akutní lůžko jiné odbornosti téhož PZS
- 4 Pacient přeložen do lůžkového zařízení následné péče nebo na odd. následné péče téhož PZS

- 5 Pacient přeložen do lůžkové péče – na akutní lůžko jiného PZS
- 6 Pacient propuštěn do ambulantní péče – předčasné ukončení hospitalizace
- 7 Pacient zemřel – vystaven poukaz na pitvu
- 8 Pacient zemřel – nevystaven poukaz na pitvu
- P Technické ukončení lůžkové péče přechodem pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně

11. Druh dokladu a typ dávky

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

12. Lokalizace ve stomatologii

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

1. pozice – kvadrant:

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

2. pozice – číslo zubu v kvadrantu:

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

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

13. Zdravotní pojišťovny

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

14. Pravidla pro čísla pojištěnců

Struktura čísel pojištěnců ve veřejném zdravotním pojištění je následující:

** X * * * * * K

** X X * * * * * K

Pozice 1 a 2

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

Pozice 3 (a případně 4)

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

trvalého pobytu v ČR představují číslo měsíce zvětšené o 20 (pro ženy)

Pozice 5 a 6

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

Pozice 10

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

15. Výkony s povinnou lokalizací zubu

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

16. Ukončení lázeňské/ozdravenské péče

Kód	Název	Sankce
0	Neukončeno – pobyt/léčba pokračuje	Ne
1	Ukončeno standardně	Ne
2	Ukončeno předčasně hospitalizací	Ne
3	Ukončeno předčasně na žádost klienta/pacienta/zák. zástupce	Ne
4	Ukončeno předčasně – svévolné opuštění ozdravovny/léčebny	Ano
5	Ukončeno předčasně – porušení řádu léčebny/ozdravovny	Ano
6	Ukončeno předčasně – jiný důvod	Individuálně

17. Přerušení lázeňské/ozdravenské péče

Kód	Název
0	Bez přerušení (standardní náklad)
1	Přerušeno hospitalizací (náklady na lůžko)
2	Přerušeno na žádost klienta/pacienta/zák. zástupce (náklady na lůžko)
3	Přerušeno z jiných důvodů (náklady na lůžko)

18. Náklady lázeňské/ozdravenské péče

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

19. Typy ozdravenského programu

Kód	Název
I	životní prostředí
II	životní styl
III	rekonvalescence

20. Druh pojistného vztahu

Určuje druh pojištění.

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

21. Druh úhrady

Určuje způsob financování.

Kód	Název
1	Výkonová úhrada
2	Kapitace a agregovaná úhrada
3	Paušální
4	Maximální úhrada

22. Časové období

Určuje období fakturace.

Kód	Název
M	měsíční
Q	kvartální
J	jiné