

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

**Verze 6.2
Doplněk č. 56 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: od 1. 9. 2026)**

Obsah

I. Výklad základních pojmů a pravidel používaných pro účely této Metodiky.....	3
1. Doklad	3
2. Základní pojmy, druhy smluvní zdravotní péče a přiřazení příslušných druhů dokladů.....	5
2.2. Ústavní Lůžková péče.....	8
II. Pravidla pro pořizování dokladů.....	11
2. Vyplňování tiskopisů.....	11
2.4. VZP-05/2009 Vyúčtování výkonů nepravdivé péče	13
2.6. VZP-85/1999 Hlášení o nepřítomnosti / zastupování lékaře	14
2.8. VZP-10/2025 Recept	15
2.15. VZP-17/2022 Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně.....	17
2.20. VZP-22/2013 Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví.....	22
2.28. VZP-39/20206 Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem.....	23
IV. Seznam číselníků.....	25

I. Výklad základních pojmů a pravidel používaných pro účely této Metodiky

1. Doklad

Za doklad pro účely této Metodiky jsou považovány:

a) papírová forma

- vyplněné tiskopisy předepsané pro styk se zdravotními pojišťovnami;
- počítačem tištěné výstupy (pokud právní předpis nestanoví jinak), jejichž datový obsah a formální členění odpovídá příslušnému předepsanému tiskopisu.

b) elektronická forma

- zápisy dat na smluvně dohodnutém datovém nosiči (např. disketě, CD, flash disku) podle předepsaného DR (forma pořízení na **datovém nosiči**);
- zápisy dat podle předepsaného DR předávané přes zabezpečený portál nebo B2B, případně dalším dohodnutým elektronickým kanálem;
- elektronické dokumenty odpovídající papírové formě dokladů;
- přímo vyplňované elektronické formuláře odpovídající papírové formě dokladů.

Pokud se v textu uvádí „doklad“, míní se tím doklad pořizovaný v jakékoliv z uvedených forem.

Pokud se text vztahuje pouze k jedné z forem dokladu, je tato vždy konkrétně uvedena. Existuje-li doklad v obou formách, je text primárně zaměřen na papírovou formu a pro elektronickou formu mají přednost pravidla pro vyplňování údajů uvedená v DR.

Pro pořizování dokladů v papírové formě jsou k dispozici tiskopisy VZP označené číslem odpovídajícím druhu dokladu a další povolené tiskopisy uvedené v této Metodice.

Doklady slouží převážně k uplatnění nároku na proplacení poskytnuté zdravotní péče. Některé se používají k vyžádání, navržení či předepsání zdravotní péče, dále jako povinná hlášení nebo jako podklad pro kontrolu.

DRUHY DOKLADŮ POUŽÍVANÝCH PRO STYK SE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI

Jedná se jak o doklady papírové, tak doklady v podobě DR. Některé doklady mohou existovat pouze jako papírové nebo pouze v podobě DR, některé existují v obou formách.

kód	název dokladu
-----	---------------

0l	Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
----	-------------------------------------

01s	Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči
-----	--

- 02 Vyúčtování výkonů v ~~ústavní~~ lůžkové péči
- 02s Vyúčtování výkonů v ~~ústavní~~ lůžkové stomatologické péči
- 03 Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky
- 03s Stomatologické výrobky
- 05 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
- 06 Poukaz na vyšetření/ošetření
- 06dp Poukaz na vyšetření/ošetření DP
- 06ft Poukaz na vyšetření/ošetření FT
- 06k Poukaz na vyšetření/ošetření K
- 06orp Poukaz na vyšetření/ošetření ORP
- 06z Poukaz na vyšetření/ošetření Z
- 08 Průvodní list dávky
- 09 Průvodní list datového nosiče
- 10 Recept
 - Recept na léčivé přípravky obsahující omamné látky sk. I
 - a psychotropní látky sk. II
- 12 Poukaz na brýle a optické pomůcky
- 13 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
- 13P Přehled vrácených zdravotnických prostředků
- 14 Poukaz na foniatrickou pomůcku
- 15 Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- 16 Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče
- 17 Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně
- 18 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně
- 19 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně
- 20 Výpis z receptu
- 21 Žádanka o schválení
- 22 Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví
- 23 Vyúčtování ozdravenské péče
- 30 Registrační list
- 31 Faktura za období
- 32 Faktura za dávky

34	Příkaz ke zdravotnímu transportu
35	Záznam o provozu zdravotnického vozidla
36	Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě
37	Vyúčtování výkonů záchranné služby
39	Vyúčtování náhrady cestovních nákladů
80	Příhláška registrovaných pojištěnců
85	Hlášení o zastupování lékaře

Ostatní povolené doklady:

- záznam o provozu vozidla osobní dopravy;
- žádanky (Výměnný list, Průvodní list k pitvě a ostatní žádanky běžně používané ve zdravotnictví).

Pro potřebu popisu dokladů 01, 01s, 02, 02s, 03, 03s, 05, 06, 06k, 06z, 06ft, 06dp, 06orp, 34, 37 jsou v této Metodice rozlišeny pojmy **řádek** a **záhlaví** dokladu a v návaznosti na to údaje řádkové a údaje v záhlaví.

Řádek dokladu je souhrn údajů vztahujících se k jedné účtované položce vykázané kódem (tzn. k jednomu zdravotnímu výkonu, jednomu přímo podanému LP či ZP, k jednomu výkonu přepravy).

Záhlaví dokladu zahrnuje všechny údaje uvedené mimo řádky dokladu.

TISKOPISY VZP PRO PŘEDÁNÍ INFORMACÍ MEZI LÉKAŘI (nejsou povinné pro stomatology)

kód název tiskopisu

81	Žádost o předání zdravotních informací
82	Výpis ze zdravotní dokumentace
83	Protokol o předání pacienta

2. Základní pojmy, druhy smluvní zdravotní péče a přiřazení příslušných druhů dokladů

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Ošetřujícím lékařem (dále také jako OL) se rozumí:

- praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost a pediatr¹, praktický zubní lékař, gynekolog, který registruje pojištěnce (dále také jako registrující lékař);
- lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči, který v souladu se svou specializací převzal pojištěnce pro určitý diagnostický závěr do péče;
- lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení poskytovatele lůžkové péče;
- lékař poskytující pojištěnci zdravotní služby v zařízení poskytovatele jednodenní péče.

Navíc musí jít o poskytovatele, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou (s výjimkou případů dle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.).

Ošetřující lékař je sám povinen poskytnout, vyžádat, navrhnout či předepsat další péči, kterou indikoval. Ošetřující lékař zodpovídá za účelnost jím indikované další péče, za úplnost a správnost údajů jím vyplňovaných dle níže uvedených požadavků u jednotlivých typů dokladů a je povinen zaznamenat ve zdravotní dokumentaci přesný rozsah a objem ordinované péče (eventuálně uschovat v dokumentaci kopii požadavku).

*Pozn.: Pro účely této Metodiky se za péči ošetřujícího lékaře považuje též péče klinického psychologa a klinického logopeda, kteří v souladu se svou specializací převzali pojištěnce do péče, klinický logoped jen na základě požadavku lékaře, klinický psycholog i bez doporučení, vždy však v rozsahu jeho způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Za ošetřujícího lékaře se pro účely této Metodiky dále považuje také lékař smluvního mamografického screeningového centra, který za účelem zabezpečení nezbytné komplexní diagnostiky chorob prsu a včasného stanovení diagnózy, sám indikuje ~~další~~ potřebné ~~doplňující~~ **vybrané** výkony z oblasti diagnostiky chorob prsu ~~(za účelem provedení punkční biopsie a jejího vyhodnocení, či doplňujícího ultrazvukového vyšetření prsu).~~*

OBOR, ODBORNOST

Obor určuje odborné zaměření činnosti příslušně kvalifikovaných zdravotnických pracovníků nebo obor činnosti zdravotnického pracoviště.

Odbornost pracoviště blíže specifikuje specializaci a odborné zaměření činnosti příslušně vybaveného pracoviště PZS v rámci oboru, eventuálně i druh a typ smluvní péče.

Smluvní odbornost je odbornost pracoviště uvedená ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou.

DRUHY VYKAZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Pro potřeby této Metodiky jsou rozlišeny tři druhy péče:

- ambulantní péče ošetřujícího lékaře;
- ~~ústavní~~ **lůžková** péče;
- péče vyžádaná, navržená či předepsaná ošetřujícím lékařem.

¹ 1 Odbornost 002.

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

2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře

Pro tento druh péče jsou určeny doklady: 01, 01s, 03, 03s, 05, 21, 22, 36, 37, 39. Za tento druh péče se nepovažuje péče poskytnutá pojištěnci v období, kdy je hospitalizován. Taková péče je považována za péči vyžádanou při ~~ústavní~~ lůžkové péči. Proto ji nelze vykazovat na dokladech 01 a 05, ale musí být vykázána buď na dokladu 06, nebo řádkem dokladu 02. Výjimkou je stomatologická péče poskytnutá pojištěnci při hospitalizaci v jiném oboru než stomatologie. Takovou péči je třeba vykázat dokladem 01s. V případě potřeby je možné vystavit i doklad 39.

Pozn.: Klinický logoped vykazuje na dokladu 06. Pokud však nestačí dvě návštěvy pacienta, bude tato péče považována za převzetí do péče a poskytovatel ji vykáže na vlastním dokladu 01.

Registrace pojištěnců

Registraci pojištěnců provádí registrující lékaři na dokladu 30. K vykazování zdravotní pojišťovně se používají doklady 80. Registrace u praktického lékaře pro děti a dorost a pediatra bude pojištěnci automaticky zrušena v měsíci, ve kterém dosáhne věku 19 let. Praktický lékař pro dospělé je oprávněn registrovat pojištěnce nejdříve v měsíci, kdy tento dosáhl věku 14 let. Gynekolog je oprávněn registrovat pojištěnku nejdříve v měsíci, kdy tato dosáhla věku 15 let. Registrace zůstává v platnosti, i když pojištěnec změní zdravotní pojišťovnu.

Při přeregistraci pojištěnce je povinností lékaře neprodleně požádat předchozího registrujícího lékaře o informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče. Žádost se podává na tiskopisu 81 Žádost o předání zdravotních informací a kopie žádosti se stává nedílnou součástí dokladů o řádné registraci pojištěnce u lékaře. Lékaři si vyměňují informace nezbytné pro zajištění návaznosti zdravotní péče na tiskopisu 82 Výpis ze zdravotní dokumentace nebo na tiskopisu 83 Protokol o předání pacienta, případně jiným vhodným písemným způsobem.

Vyplňování tiskopisů 81, 82 a 83, které jsou definovány na základě vzájemné dohody se zástupci praktických lékařů, není v kompetenci zdravotních pojišťoven, a proto není v Metodice popisováno.

Vybírání regulačních poplatků

OL vykazuje vybrání regulačního poplatku ve smyslu § 16a zákona č. 48/1997 Sb. příslušným číslem výkonu na dokladech, které se používají pro vykazování výkonů, a to v rámci vyúčtování související poskytnuté zdravotní péče v nejbližším termínu pro předání vyúčtování následujícím po vybrání regulačního poplatku.

V případech uvedených v ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. vykazuje příslušné číslo výkonu: regulační poplatek – pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen.

2.2. Ústavní-lůžková péče

Ústavní-lůžkovou péčí se rozumí péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech a zvláštní ústavní-lůžková péče v hospicích. Pro tento druh péče jsou určeny doklady: 02, 02s, 03, 03s, 21, 22.

Péče poskytnutá na pracovišti odlišné smluvní odbornosti ústavní-lůžkové péče je vykazována odděleně.

Na dokladu 02 a 02s se vykazují:

a) Ošetřovací dny

První a poslední den hospitalizace se z hlediska vykázání kódu OD považuje dohromady za jeden den. Proto se kód OD vykazuje vždy za první den hospitalizace (den přijetí), nikdy za den poslední (ať jde o ukončení hospitalizace propuštěním, překladem či úmrtím pojištěnce). Pokud je datum přijetí a datum ukončení hospitalizace identické, vykáže se příslušný kód OD 1x.

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

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

Kód OD doprovodu pacienta se vykazuje na dokladu vystaveném za ústavní-lůžkovou péči poskytnutou doprovázenému pojištěnci.

b) Kategorie pacienta

Vykazuje se pouze v případě splnění podmínek uvedených v Seznamu zdravotních výkonů.

Pro kategorii pacienta platí stejné pravidlo jako pro OD, tzn., že první a poslední den hospitalizace se z hlediska vykázání považuje dohromady za jeden den, s vykázáním kategorie odpovídající stavu pojištěnce v první den hospitalizace.

c) Ostatní zdravotní výkony

Ostatní poskytnuté zdravotní výkony se vykazují dle číselníku „Zdravotní-výkony“.

Vybírání regulačních poplatků

Lůžkový PZS v případech uvedených v ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. vykazuje příslušné číslo výkonu: regulační poplatek – pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen.

2.2.1. Sestupná platba ošetrovacího dne

Za jednu hospitalizaci se považuje ~~ústavní~~ lůžková péče o jednoho pojištěnce na lůžkovém oddělení jednoho oboru.

Za pokračování jedné hospitalizace se považuje:

- přijetí stejného pojištěnce na oddělení stejného oboru do 28 dnů včetně od propuštění (i různých PZS);
- překlad jednoho pojištěnce z lůžka na lůžko mezi odděleními stejného oboru (i různých PZS);
- objednaná přijetí na oddělení stejného oboru do 28 dnů od propuštění z předchozí ~~ústavní~~ lůžkové péče na oddělení stejného oboru (i různých PZS).

Za novou hospitalizaci je považováno:

- první přijetí pojištěnce;
- přijetí po době delší než 28 dnů od předchozího propuštění z hospitalizace ve stejném oboru;
- odůvodněné přeložení pojištěnce na lůžko jiného oboru, tzn. v tom případě, když zdravotní stav pojištěnce nezbytně vyžaduje poskytnutí takové zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně ani při hospitalizaci na stávajícím lůžkovém oddělení.

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

- překlad z lůžka na lůžko nebo objednané přijetí pojištěnce na oddělení stejného oboru jiného PZS, pokud zdravotní stav pojištěnce vyžaduje zdravotní péči, kterou PZS, ve kterém byl původně hospitalizován, není schopno poskytnout, a taková péče nemůže být pojištěnci poskytnuta bez překladu (tzn. nelze provést konkrétní potřebný diagnostický či terapeutický zákrok a zpětný zdravotnický transport pojištěnce na původní oddělení);
- zcela nové onemocnění, které se projevilo v době do 28 dnů od předchozího propuštění a vyžaduje ~~ústavní~~ lůžkovou péči;
- nová ataka onemocnění, pro které byl již pojištěnec ~~ústavně~~ ošetřován v lůžkové péči, ale potřebnou zdravotní péči nelze poskytnout ambulantně.

Důvod pro uznání hospitalizace za novou musí být jednoznačně uveden ve zdravotnické dokumentaci.

Označení nové a pokračující hospitalizace

Pro označení nové a pokračující hospitalizace se používají kódy uvedené v číselníku „Zdravotní výkony“.

U nové hospitalizace se vyplňuje do kolonky počet nula. Při pokračování předchozí hospitalizace se vyplní do kolonky „Počet“ číselný údaj, který vyjadřuje celkový počet dnů

předchozí části hospitalizace, o jejíž pokračování se jedná, aby bylo možno uplatnit klesající sazbu v pokračujícím režimu.

Za správnost označení hospitalizace za novou, resp. pokračující na vyúčtování za **ústavní lůžkovou** péči podle výše uvedených pravidel zodpovídá PZS.

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

- na pořadí ošetřovacího dne v průběhu jedné hospitalizace (i pokračující);
- na typu vykazovaného OD;
- na stanovené průměrné délce hospitalizace ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou v rozmezí povolené odchylky v konkrétním oboru.

Pokračování předchozí hospitalizace je hrazeno v návaznosti na počet již vykázaných OD v předchozí hospitalizaci (resp. hospitalizacích).

Pokud není na dokladu vykázáno, zda se jedná o novou hospitalizaci nebo pokračování předchozí, nebo není vyznačen počet dnů předchozí hospitalizace, je ohodnocení ošetřovacích dnů provedeno v sazbě nejnižší (E). Teprve po zpracování všech souvisejících dokladů za ukončenou **ústavní lůžkovou** péči je možno provést definitivní ohodnocení a úhradu.

2.2.2. Smluvní odbornost pracoviště lůžkové péče

Smluvní odbornost pracoviště lůžkové péče je základním údajem ve smlouvě zdravotní pojišťovny a PZS, ke kterému se vztahuje úhrada lůžkové péče.

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

F – standardní lůžková péče

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

H – standardní lůžková péče

Pokud PZS poskytuje standardní lůžkovou péči v konkrétní odbornosti odpovídající péči ve zbývajících nemocnicích.

R – péče na operačním sále

Pokud PZS poskytuje indikovanou péči v určitém oboru na vyčleněných, personálně, věcně a technicky vybavených operačních sálech.

I – intenzivní a resuscitační lůžková péče

Pokud PZS poskytuje indikovanou resuscitační či intenzivní **ústavní lůžkovou** péči v určitém oboru na vyčleněných, personálně, věcně a technicky k tomu vybavených lůžkových jednotkách a pokud vykazuje ve standardní lůžkové péči typ H.

T – intenzivní a resuscitační lůžková péče

Pokud PZS poskytuje indikovanou resuscitační či intenzivní **ústavní-lůžkovou** péči v určitém oboru na vyčleněných, personálně, věcně a technicky k tomu vybavených lůžkových jednotkách a pokud vykazuje ve standardní lůžkové péči typ F.

P – intenzivní a intermediární lůžková porodnická péče

Pouze pro vybraná PZS (uvedená ve Věstníku MZ ČR).

S – péče na spinálních jednotkách

Pouze pro vybraná PZS (uvedená ve Věstníku MZ ČR).

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

Pokud PZS poskytuje na konkrétních lůžkových odděleních speciálně zaměřenou odbornou dlouhodobou léčebnou či léčebně rehabilitační **ústavní-lůžkovou** zdravotní péči ve stanovených indikacích.

D – dlouhodobá intenzivní péče

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

M – intenzivní lůžková psychiatrická péče

Pokud PZS poskytuje na konkrétních lůžkových odděleních intenzivní a kontinuální diagnostiku a terapii psychiatrických onemocnění za použití trvalého monitorování kamerovým systémem se záznamovým zařízením a současně poskytuje emergentní psychiatrickou péči.

II. Pravidla pro pořizování dokladů

2. Vyplňování tiskopisů

2.2.VZP-02/20092026 Vyúčtování výkonů v **ústavní-lůžkové péči,**

VZP-02s/20092026 Vyúčtování výkonů v **ústavní-lůžkové stomatologické péči**

VZP-02p/19992026 Vyúčtování výkonů v **ústavní-lůžkové péči**

(pokrač.)

VZP-02sp/19992026 Vyúčtování výkonů v **ústavní-lůžkové stomatologické péči (pokrač.)**

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

Vykazování ~~ústavní~~-lůžkové péče se provádí v souladu s ustanoveními kap. I. 2.2. **Ústavní Lůžková 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 **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištění, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady ind., Lokal., Razítko a podpis**.

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~~-lůžkové 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. Jako příklad lze uvést vykázání stejných OD při hospitalizaci zasahující do dvou čtvrtletí, které se provádí na dvou řádcích s příslušným počtem dnů a datem provedení jednoho z nich v daném 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~~-lůžkové 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 schvalování zdravotní pojišťovnou, uvedených v kap. II. 1.1, odst. **Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny**).

Tiskopis vyúčtování výkonů v ~~ústavní~~ lůžkové 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.

2.4. VZP-05/2009 **Vyúčtování výkonů nepravidelné péče**

Tento doklad umožňuje vykazání jednorázové (obvykle akutní) péče.

Doklad se používá především pro vykazování péče pracoviště LPS (vyjma stomatologické LPS), ambulantně poskytnuté péče příjmovou ambulancí lůžkového oddělení (pokud pojištěnec není přijat do ~~ústavní~~ lůžkové péče) a vykazování jednorázově poskytnuté péče pojištěncům pobývajícím přechodně mimo trvalé bydliště. Dále je možno na tomto dokladu vykazovat i vybranou, skupinově poskytovanou léčebnou či preventivní péči.

Doklad nelze použít v případě zastupování na pracovišti OL a preventivních pediatrických prohlídkách dětí za přítomnosti rodičů.

Doklad neslouží pro vykazání zdravotní péče poskytnuté na vyžádání a pro vykazání poskytnuté stomatologické péče, kromě uvedených skupinových preventivních akcí. Stomatologická LPS je vykazována dokladem 01s.

Dále prostřednictvím tohoto dokladu nemohou být vykazány výkony smluvní odbornosti koronera.

Je-li zapotřebí vykazat ZULP či ZUM, je nutno poskytnutou péči vykazat dokladem 01.

Při vyplňování jednotlivých řádků dokladu se nemusí uvádět opakující se shodné položky z předchozích řádků, vyjma kódu výkonu a náhrady. Je-li tedy stejnému pojištěnci poskytnuto v jednom dni více výkonů pro stejnou diagnózu, potom se datum, číslo pojištěnce a diagnóza uvede pouze u prvního výkonu.

Vícenásobné provedení stejného výkonu je třeba vykazat do několika řádků pod sebou.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištěnce, Diagnóza, Datum, Razítko a podpis**.

Dále se vyplňuje:

Kód – kód provedeného výkonu podle číselníku „Zdravotní výkony“.

KN – PZS je povinen indikovat případy, které opravňují zdravotní pojišťovnu k nárokování odpovídající finanční náhrady vůči jinému subjektu či osobě. Na dokladu se uvedou odpovídající kódy dle číselníku „Náhrady za zdravotní péči“. V případě, že se k pacientovi váže více typů náhrad než výkonů, uvedou se tyto kódy náhrad samostatně na dalších řádcích, přičemž ostatní údaje v řádku se již nevyplňují.

2.5.1. VZP-06k/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření K

V dílu A požadující navíc vyplní:

Odeslán ad – specifikace oboru, případně konkrétního pracoviště, pro které je poukaz určen, eventuálně požadované či dohodnuté datum provedení požadavku.

Požadováno – křížkem v rámečku se označí příslušný požadavek, případně se slovy doplní jeho specifikace.

Doporučeno – křížkem v rámečku se označí příslušné doporučení, případně se slovy doplní jeho specifikace.

Důvod požadavku (doporučení) – medicínské zdůvodnění požadavku.

Pokud bylo poskytnuto **vyžádané ošetření**:

a) v průběhu hospitalizace pacienta vykáže poskytovatel tuto péči

- na dokladu 06, jsou-li požadující a poskytovatel péče z různých PZS (bez ohledu na počet potřebných návštěv);
- v řádku dokladu VZP-02 nebo 02s ošetřujícího (požadujícího) lékaře, v případě stejného PZS;

b) pokud pacient není hospitalizován

- na dokladu VZP-06 buď jednorázově, nebo s jednou následnou kontrolou;
- v řádku dokladu VZP-01, 01s ošetřujícího (požadujícího) lékaře ve stejném PZS. Pokud však nestačí dvě návštěvy pacienta, bude tato péče považována za převzetí do péče a poskytovatel ji vykáže na vlastním dokladu VZP-01, 01s.

V případě **převzetí do péče** na základě „doporučení převzetí do péče“ vykazuje poskytovatel tuto péči na vlastním dokladu VZP-01, 01s při převzetí do péče ambulantní, nebo na vlastním dokladu VZP-02, 02s při převzetí do péče ~~ústavní~~ lůžkové.

2.6. VZP-85/1999 Hlášení o nepřítomnosti / zastupování lékaře

PZS nahlašuje zdravotní pojišťovně uzavření pracoviště/nepřítomnost lékaře a zároveň oznamuje zastupujícího lékaře/zastupující pracoviště v případech stanovených ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou.

Tiskopis VZP-85/1999 „Hlášení o zastupování lékaře“ se použije jak pro hlášení o zastupování, tak pro hlášení o nepřítomnosti lékaře.

V případě hlášení o své nepřítomnosti (bez zajištěného zastupování) lékař v záhlaví tiskopisu škrtně slovo „ZASTUPOVÁNÍ“ a dopíše sem slovo „NEPŘÍTOMNOSTI“, vyplní údaje v části ZASTUPOVANÝ LÉKAŘ a dobu své nepřítomnosti vyplní v části ZASTUPUJÍCÍ LÉKAŘ. Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplní lékař **Kód pojišťovny, IČZ a IČP** své a v případě zastupování i zastupujícího lékaře. Dále uvede:

Jméno a příjmení – své a v případě zastupování i zastupujícího lékaře.

Doba nepřítomnosti a zastupování – je možno uvést dvěma způsoby, které lze kombinovat: ve dnech – výčtem jednotlivých dnů nepřítomnosti či zastupování.

Příklad: zastupování v délce 4 dnů ve dnech 2., 8., 10. a 20. března 2023 se vypíše:

ve dnech: 2., 8., 10. a 20. 3. 2023

od, do – den, měsíc a rok počátku a konce zástupu.

Příklad: zástup v délce 8 dnů ve dnech od 8. do 15. března 2023 se vypíše jako interval:

od 8 3 do 15 3 2023

Adresa ordinace – vyplní se pouze v případě zastupování, které se uskuteční jinde než v ordinaci zastupovaného lékaře.

Razítko, Dne, Podpis – den vystavení, razítko a podpis zastupovaného lékaře.

Dne, Razítko a podpis – zastupujícího lékaře; v případě nepřítomnosti bez zastupování jde o údaje nahlašujícího lékaře.

Pokud nahlašující lékař potřebuje již předané „Hlášení o nepřítomnosti/ zastupování lékaře“ zrušit, tak předá zdravotní pojišťovně opis nebo kopii předaného hlášení a vlevo před nadpis tiskopisu uvede výrazně hůlkovým písmem „ZRUŠENÉ“. Pokud potřebuje lékař údaje, na již předaném hlášení opravit, tak jej musí výše popsaným způsobem nejprve zrušit a pak (nebo současně) předat zdravotní pojišťovně opravené (správně vyplněné) hlášení a vlevo před nadpis tiskopisu uvést výrazně hůlkovým písmem „OPRAVENÉ“.

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

2.8. VZP-10/2025 Recept

Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplní lékař **Kód pojišťovny, Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), Dne, Razítko poskytovatele, Jmenovka, podpis a telefon lékaře, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.**

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

- „(!)“, jde-li o záměrné překročení nejvyšší dávky LP určené lékopisem, překročení dávkování musí být vypsána slovy v jazyce latinském;
- Pokud právní předpis nestanoví jinak, uvede se text:
 - „**Nezaměňovat**“ v případě, kdy lékař trvá na vydání předepsaného LP;
 - „**Zvýšená úhrada**“, jde-li o předpis LP, který má podle jiného právního předpisu stanovenou zvýšenou (druhou) úhradu, nebo „**Zvýšená třetí úhrada**“ jde-li o předpis LP,

který má podle jiného právního předpisu třetí úhradu, a předepisující lékař požaduje využití jedné z těchto zvýšených úhrad;

- Případně oba symboly (texty);
- „**Pohotovost**“, jde-li o recept vystavený LPS včetně zubní péče nebo ~~ústavní~~ lůžkovou pohotovostní službou;
- „**Neodkladná péče**“, je-li LP předepsán na účet veřejného zdravotního pojištění nesmluvním lékařem v rámci jím poskytnuté nutné a neodkladné péče;
- **Diagnóza** – uvádí se povinně hlavní diagnóza vážící se k předepisovanému LP, pokud je u něj požadována zvýšená úhrada;
- V případě, že předepisuje LP, jehož úhrada z veřejného zdravotního pojištění je z hlediska jeho odbornosti omezena (omezená preskripce) uvede na druhou stranu tiskopisu:
 - jméno, případně jména, příjmení a odbornost lékaře, který předpis LP doporučil a jeho **IČP**;
 - nebo označení „Na doporučení odborného lékaře“ spolu s jeho **IČP**. Doporučení odborného lékaře musí být nejpozději v den předepsání LP založeno ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

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

- Návod k použití LP.
- Jestliže se má výdej LP opakovat, uvede předepisující lékař na receptu pokyn k opakovanému výdeji, a to příznakem „**Opakovací recept**“, a doplní údaj o celkovém počtu výdejů.

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

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

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

Kód – kód vydaného LP podle příslušného číselníku léčivých přípravků.

Úhrada – uvede se úhrada vydaného množství LP, kterou je lékárna oprávněna nárokovat zdravotní pojišťovně vyjma úhrady za signální výkon a doplatku nad ochranný limit pojištění.

Doplatek do limitu – částka doplatku započitatelného do ochranného limitu pojištění, uhrazená pojištěncem nebo jeho zákonným zástupcem lékárně při nepřekročení ochranného limitu pojištění.

Doplatek nad limit – částka doplatku započitatelného do ochranného limitu pojištění, kterou z důvodu překročení ochranného limitu pojištění uhradí zdravotní pojišťovna lékárně.

Vydal – podpis osoby, která vydala LP.

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

Pokud je LP doprodáván za původní (vyšší) cenu dle platného Cenového předpisu (v současnosti režim tříměsíčního doprodeje v případě změny maximální ceny), tak lékárna na receptu u příslušného předepisovaného LP uvede slovo „**Doprodej**“.

Druhá strana receptu je vyhrazena pro záznamy zdravotní pojišťovny, pro vyznačení delegované preskripce a pro záznamy lékárny.

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

- na tiskopisu se přeškrtně nadpis „RECEPT“ a doplní slovo „výpis“;
- dále se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vypisovanému LP;
- do spodní části tiskopisu se navíc uvede kdy (vystaveno dne) a kým (lékař a IČP) byl původní předpis vystaven;
- do řádku „Dne“ se uvede datum pořízení výpisu;
- pořízení výpisu se potvrdí podpisem a razítkem lékárny.

Upozornění: Lékárna nemusí na papírový tiskopis receptu (výpisu) dopisovat ty údaje, které předává zdravotní pojišťovně v elektronické podobě. Výjimkou je položka „Poř. č.“, záměna předepsaného LP a taxace v případě II. 2.8. VZP-10/2024 Receptu, respektive výpisu na individuálně připravovaný LP.

2.15. 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 zdravotní pojišťovně návrh registrující praktický lékař nebo lékař ambulantního poskytovatele; v případě indikace léčebně rehabilitační péče ošetřujícím lékařem při hospitalizaci podává zdravotní pojišťovně návrh tento OL. Žádá-li OL překlad, pak podává návrh zdravotní 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 DR. 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 **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 vyplňování tiskopisu

Navrhující lékař vyplní všechny požadované údaje kromě oddílu „Stanovisko 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 navrhující 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 zdravotní pojišťovnou; v případě návrhu předávaného v DR je to „číslo dokladu“ přidělené navrhujícím PZS.

Rok návrhu – zadá zdravotní pojišťovna.

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

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

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

V případě elektronicky podaného návrhu prostřednictvím DR zajistí navrhující 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 požadavku na poskytnutí péče – stručně se uvede důvod, pro který je nezbytné poskytnutí léčebně rehabilitační péče ~~ústavní~~ **lůžkovou** 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.

Navrhující poskytovatel je povinen předat návrh do 5 pracovních dnů od data vystavení návrhu na příslušnou zdravotní 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 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 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 zdravotní pojišťovnu.

Zdravotní pojišťovna ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., zajistí ověření formálních náležitostí, převezme návrh v rozsahu dílů 1–3 (PC originál) a zajistí vyjádření oprávněné osoby zdravotní pojišťovny. Po potvrzení návrhu oprávněnou osobou zdravotní pojišťovny a oddělení dílu 3 (pořízení kopie PC originálu) pro potřeby zdravotní 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 zdravotní pojišťovnu.

Léčebna na základě potvrzeného návrhu, který obdržela od zdravotní 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), zdravotní pojišťovna návrh nepřevzme.

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

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

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

Upravuji – proškrtně se slovo „zamítám“, doplní se např. jiná léčebna.

Zamítám (důvod) – V tomto případě odešle oprávněná osoba zdravotní pojišťovny nepotřebné díly návrhu (PC originál) se zdůvodněním zamítnutí zpět navrhujícímu lékaři (díl 3 návrhu nebo kopie PC originálu zůstává na zdravotní pojišťovně).

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 LP, potraviny, jiné, ev. jaká léčba.

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které): 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): navrhující lékař uvede skutečnosti rozhodné pro indikaci doprovodu, rozhodnutí o indikaci doprovodu náleží léčebně. Pokud bude léčebna indikovat doprovod,

požádá o schválení příslušnou zdravotní pojišťovnu (součástí žádosti je kopie potvrzeného návrhu).

Zdravotní 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 ze zdravotní 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 zdravotní pojišťovnu. O dalším postupu léčby takového pacienta rozhodne lékař, který doporučuje léčebně rehabilitační péči, případně oprávněná osoba zdravotní 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 zdravotní 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~~ lůžkové péči“.

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

2.20. VZP-22/2013 **Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví**

Doklad se používá k hlášení případů poškození zdraví, které vykazují známky zavinění fyzickou či právnickou osobou.

V podstatě se jedná o jakékoliv případy újmy na zdraví (např. úrazy, otravy), které podléhají ohlašovací povinnosti podle ustanovení § 55 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

Lékař je povinen vyplnit všechny kolonky tiskopisu s tím, že neodpovídá za správnost informací získaných od zraněného, pokud si nemůže ověřit správnost údajů v osobních dokladech. V případě pracovního úrazu je třeba uvést toho zaměstnavatele, u něhož k pracovnímu úrazu došlo. Na toto je třeba upozornit zraněného s několika pracovními poměry. V případě poskytování zdravotní péče osobě neidentifikovatelné vyplní lékař pouze kolonky, k nimž se může vyjádřit na základě jemu známých skutečností. Kolonky, které nebude moci vyplnit z důvodu neznalosti všech skutečností (s výjimkou údajů Příjmení a jméno, Číslo pojištění), označí slovem „neznámé“. Vyplněné tiskopisy zašle PZS zdravotní pojišťovně bez zbytečného prodlení poté, kdy u zraněného zjistí příjmení, jméno a číslo pojištění.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Příjmení a jméno, Číslo pojištění, Bydliště (adresa), Diagnóza.**

Dále se uvádí:

Zaměstnavatel, povolání, druh vykonávané práce – u zaměstnavatele uvést název a adresu. V případě pracovního úrazu se uvede ten zaměstnavatel, u něhož došlo k pracovnímu úrazu.

Datum, hodina a místo úrazu – dle sdělení svědků či poškozeného, Policie ČR nebo jiných orgánů. Místem úrazu se rozumí především **obec (příp. okres)** a poté podrobnější popis místa.

Stručný děj a příčiny úrazu – dle výpovědi zraněného, svědků apod. Dále se zde uvede, zda ke zranění došlo v důsledku fyzického napadení (text „Ke zranění došlo v důsledku fyzického napadení“, „Ke zranění nedošlo v důsledku fyzického napadení“, nebo „Není známo, zda ke zranění došlo v důsledku fyzického napadení“).

Ke zranění došlo v důsledku dopravní nehody – varianty: ano, ne, nevím (nehodící se škrtná).

Jedná se o úraz – prac., neprac., nevím (například se může jednat prac. úraz při autonehodě) Nehodící se škrtná.

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

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

Kdy a kam byl zraněný odeslán na další vyšetření nebo do ~~ústavní~~ lůžkové péče – vyplnění údaje (datum, čas a místo) je nutné pro další sledování případu.

Zraněný byl hospitalizován v našem ZZ počínaje dnem – je nutné vyplnit, i kdyby nebylo vystaveno potvrzení o pracovní neschopnosti (např. u dětí, u důchodců, ...).

Vystavil – jmenovka a vlastnoruční podpis lékaře vystavujícího hlášenku.

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

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

2.28. VZP-39/2020 **Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem**

Tiskopis se používá k vyúčtování cestovních nákladů cest soukromým vozidlem v tom případě, pokud OL schválí pojištěnci přepravu soukromým vozidlem, řízeným jinou osobou, místo indikovaného zdravotnického transportu. Přeprava je hrazena ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního poskytovatele, který je schopen požadovanou hrazenou službu poskytnout.

Pojištěnec svým podpisem na tiskopise prohlašuje, že soukromé vozidlo řídila jiná osoba, případně dává plnou moc k převzetí náhrady cestovních nákladů zmocněnci (pokud plnou moc neuděljuje, řádky „~~RČ~~“ a „jméno a příjmení zmocněnce“, „bydliště zmocněnce“ a „datum narození zmocněnce“ proškrtne).

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

~~**Trvalý pobyt** – trvalé bydliště pojištěnce.~~

Odkud – místo, odkud je pojištěnec odeslán. Uvede se adresa včetně PSČ.

Nejbližší PZS – stručný název a adresa nejbližšího PZS, který je schopen požadovanou hrazenou službu poskytnout.

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

Důvod k transportu – ~~zdravotní~~ **medicínské indikace** ~~odůvodnění~~ transportu a důvod schválení jízdy soukromým vozidlem s vyznačením nutnosti individuální přepravy, případně **medicínské odůvodnění úhrady** ke vzdálenějšímu PZS.

Počet jízd - ~~Dále zde~~ OL uvede počet indikovaných cest do uvedeného PZS, a to v souladu s objemem požadované zdravotní péče, nejvýše však 10 cest vzhledem k rozsahu tiskopisu.

Datum, razítko a podpis – lékaře, který doklad vystavil.

~~Pojištěnec doplní registrační značku vozidla, které bylo použito k přepravě.~~

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

Pověřený pracovník zdravotní pojišťovny vyplní a provede:

výpočet náhrady cestovních nákladů po ověření oprávněnosti počtu uvedených km na základě potvrzení o uskutečnění požadované péče podle příslušné sazby uvedené v číselníku „Doprava“.

Km – celkem – počet ujetých kilometrů nejkratší vhodnou komunikací za celkový počet cest předepsaných ošetřujícím lékařem a uskutečněných dle potvrzení na rubu tiskopisu.

Kód – kód dle číselníku „Doprava“.

Kč – celkem – celková hodnota v Kč stanovená zdravotní pojišťovnou k proplacení.

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

Příjemce částky náhrad vyplní:

~~Přijal dne~~ **Způsob úhrady, podpis** – ~~datum převzetí~~ úhrada na bankovní účet (číslo účtu), úhrada poštovní poukázkou a podpis.

Pozn.: Pokud nebude příjemcem částky náhrad pojištěnec, kterému byla přeprava indikována, je pro ~~převzetí~~ přijetí náhrady nutné zmocnění s uvedenými osobními daty o zmocněnci (jméno, příjmení, datum narození a bydliště), ~~včetně rodného čísla~~, a s podpisem zmocnitele – pojištěnce.

Pracovník, který poskytl péči vyžádanou ošetřujícím lékařem, vždy vyplní:

Potvrzení o odborném vyšetření/ošetření – ~~ústavní~~ lůžkové péči – při každé návštěvě pojištěnce vyplní datum ošetření a potvrdí razítkem a podpisem. V případě, že není indikace i pro cestu zpět, doplní v místě razítka a podpisu lékaře „ZPĚT NE“, a pokud pro cestu zpět indikuje sanitu, vyznačí „ZPĚT SANITA“. Pokud pominou důvody k indikaci dalších cest k PZS, doplní v místě razítka a podpisu lékaře „DALŠÍ CESTY NE“. Přijetí a propuštění z ~~ústavní~~ lůžkové péče (včetně lázeňské léčebně rehabilitační péče) se potvrzuje a zaznamenává pro každou cestu na zvláštní řádek s označením „PŘIJETÍ“ nebo „PROPUŠTĚNÍ“. Pokud není uveden jiný pokyn, je potvrzení o odborném ošetření/vyšetření současně potvrzením indikace pro náhradu cestovních nákladů pro cestu zpět.

III. Pravidla pro předávání dokladů

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~~ lůžkovou 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;

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 ~~ústavní~~ lůžkovou péči. Obsahuje vybrané položky číselníku „Zdravotní výkony“, zejména kódy OD, které podléhají sestupné platbě.

4. Kategorie pacienta

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

5. Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků

Kód Název

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

6. Smluvní odbornosti

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

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

Upozornění: při lůžkové péči na 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 ~~ústavní~~ 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 ~~ústavní~~ lůžková péče na stejném lůžku
- 1 Pacient propuštěn do ambulantní péče
- 2 Pacient přeložen do ~~ústavní~~ lůžkové péče – do zařízení sociální péče
- 3 Pacient přeložen do ~~ústavní~~ 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 ~~ústavní~~ 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 ~~ústavní~~ 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. Přerušování lázeňské/ozdravenské péče

Kód	Název
0	Bez přerušování (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