

Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR

(verze 6.1)

**Ústřední pojišťovna Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha leden 2006**

Obsah

Úvod.....	4
I. Výklad základních pojmů a pravidel používaných pro účely této metodiky.....	7
1. Doklad.....	7
2. Základní pojmy, druhy smluvní zdravotní péče a přiřazení příslušných druhů dokladů.....	9
2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře.....	10
2.1.1. Kombinovaná kapitačně výkonová platba.....	11
2.2. Ústavní péče.....	11
2.2.1. Sestupná platba ošetrovacího dne.....	12
2.2.2. Smluvní odbornost pracoviště ústavní péče.....	14
2.3. Péče vyžádaná, navržená, předeepsaná.....	15
II. Pravidla pro pořizování dokladů.....	17
1. Společné zásady.....	17
1.1. Společné údaje na dokladech.....	17
2. Vyplňování tiskopisů.....	22
2.1. VZP-01/1999 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči	
VZP-01s/1999 Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči.....	22
2.2. VP-02/1999 Vyúčtování výkonů v ústavní péči	
VZP-02s/1999 Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči.....	23
2.3. VZP-03/1999 Zvlášť účtovaná léčiva a ZP	
VZP-03s/1999 Stomatologické výrobky.....	24
2.4. VZP-05/1999 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče.....	25
2.5. VZP-06/1999 Poukaz na vyšetření/ošetření.....	26
2.5.1 VZP-06k/1999 Poukaz na vyšetření/ošetření K.....	28
2.5.2 VZP-06z/1999 Poukaz na vyšetření/ošetření Z.....	29
2.5.3 VZP-06ft/1999 Poukaz na vyšetření/ošetření FT.....	29
2.5.4 VZP-06dp/1999 Poukaz na vyšetření/ošetření DP.....	30
2.6. VZP-08/1997 Průvodní list dávky.....	31
2.7. VZP-09/1997 Průvodní list diskety.....	32
2.8. VZP-10/1999 Recept.....	32
2.9. VZP-11/1998 Recept na léčivé přípravky obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II.....	33
2.10. VZP-12/1997 Poukaz na brýle a optické pomůcky.....	33
2.11. VZP-13/1997 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku.....	34
2.12. VZP-13P/1997 Přehled vrácených ZP.....	35
2.13. VZP-14/1997 Poukaz na foniatrickou pomůcku.....	36
2.14. VZP-15/1999 Návrh na lázeňskou péči.....	37
2.15. VZP-16/1999 Vyúčtování lázeňské péče.....	43
2.16. VZP-18/1999 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně.....	45
2.17. VZP-19/1999 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně.....	49
2.18. VZP-20/1999 Výpis z receptu.....	52
2.19. VZP-21/1999 Žádanka o schválení (povolení).....	52
2.20. VZP-22/1997 Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví.....	53
2.21. VZP-23/1999 Vyúčtování ozdravenské péče	
2.22. VZP-30/1999 Registrační list.....	57

2.23.	VZP-31/1997	Faktura za období	
	VZP-32/1997	Faktura za dávky	58
2.24.	VZP-34/1999	Příkaz ke zdravotnímu transportu.....	59
2.25.	VZP-35/1995	Záznam o provozu zdravotnického vozidla.....	61
2.26.	VZP-36/1999	Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě	61
2.27.	VZP-37/1999	Vyúčtování výkonů záchranné služby.....	62
2.28.	VZP-39/1999	Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem.....	63
2.29.	VZP-80/1997	Příhláška registrovaných pojištěnců.....	65
2.30.	VZP-85/1999	Hlášení o zastupování lékaře.....	65
2.31.	VZP-90/1998	Seznam nositelů výkonů.....	66
2.32.	VZP 91/1998	Reklamační protokol	68
2.33.	VZP 92/1998	Hlášení o zdravotnickém zařízení	68
2.34.		Vyúčtování dopravy zemřelého ze zdravotní pitvy.....	69
2.35.		Průvodní list k pitvě.....	69
2.36.		Ostatní žádanky na vyšetření	69
III. Pravidla pro předávání dokladů			71
1.		Dávky	71
2.		Faktury	74
3.		Předávání faktur a dávek dokladů	75
4.		Vstupní zpracování dávek	77
IV. Seznam číselníků.....			78
1.		Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (MKN-10)	78
2.		Zdravotní výkony	78
3.		Cenová pásma	78
4.		Kategorie pacienta.....	78
5.		Léčiva, ZP a stomatologické výrobky.....	79
6.		Odbornosti.....	79
7.		Doprava.....	82
8.		Doporučení hospitalizace	83
9.		Náhrady za zdravotní péči.....	83
10.		Skupiny léčiv, ZP a stomatologických výrobků.....	83
11.		Ukončení léčení.....	84
12.		Druh dokladu a typ dávky VZP	84
13.		Okresní pojišťovny VZP	85
14.		Lokalizace	86
15.		Zdravotní pojišťovny	86
16.		Kódy desetimístné identifikace	87
17.		Výkony s povinnou lokalizací zubu	88
18.		Ukončení lázeňské léčby.....	88
19.		Přerušování lázeňské léčby	89
20.		Náklady lázeňské léčby.....	89
V. Seznam a vzory tiskopisů.....			91

Úvod

Podle platného znění zákona č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR (dále jen VZP) VZP vytváří, spravuje a rozvíjí jednotný účetní a informační systém. Pro zajištění tohoto úkolu vydává pro smluvní zdravotnická zařízení "Metodiku pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR" (dále jen metodika). Její znění, příp. nezbytné změny prováděné zejména v návaznosti na změnu obecně závazných právních předpisů připravuje v součinnosti a dohodě se zástupci poskytovatelů zdravotní péče a zástupci zdravotních pojišťoven.

Metodika podrobně upravuje podmínky a způsob pořizování a předávání dokladů pro provedení úhrady poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen zdravotní péče, resp. péče) v souladu s platným zněním obecně závazných právních předpisů, zejména zákonem:

- č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů,
- č. 79/1997 Sb. o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů,
- č. 123/2000 Sb. o zdravotních prostředcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

a vyhláškami MZ ČR:

- č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,
č. 589/2004 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely,
- č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost,
- č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách,
- č. 60/1997 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispensární péče, časové rozmezí dispensárních prohlídek a označení specializace dispensarujícího lékaře,
- č. 61/1990 Sb. o hospodaření s léky a zdravotnickými potřebami,
- č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání.

Pro potřeby výpočtu úhrady zdravotní péče vydává VZP číselníky, které jsou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a výše uvedenými vyhláškami týkajícími se léčiv a zdravotnických prostředků.

Úhradu zdravotní péče, v rozsahu uvedeném ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavírané mezi zdravotnickým zařízením a VZP (dále jen smlouva), provádí VZP za své pojištěnce na základě:

- vyúčtování poskytnuté péče na dokladech pořízených a předaných podle této metodiky,
- výsledků kontrolní a revizní činnosti,
- výsledků zpracování regulačních mechanismů v souladu s obecně závaznými právními předpisy a smlouvou.

Způsob a termíny předkládání a vyúčtování dokladů jsou upraveny ve smlouvě. Pokud není smluvně dohodnuto jinak, hradí VZP pouze zdravotní péči poskytnutou svým pojištěncům a odmítá doklady vystavené na pojištěnce jiných zdravotních pojišťoven. Vyúčtování poskytnuté zdravotní péče podle této metodiky provádějí zdravotnická zařízení, která jsou ve smluvním vztahu k VZP.

Příslušnost územního pracoviště VZP (dále jen ÚP) pro účely schvalování a povolování navržené zdravotní péče (revizními lékaři a odbornými pracovníky ve zdravotnictví, způsobilými k revizní činnosti) je určována sídlem pracoviště smluvního zdravotnického zařízení, se kterým má VZP ČR prostřednictvím příslušné ÚP uzavřenu smlouvu. Výjimka je pouze u lázeňské péče, kde je příslušnost ÚP určována (z důvodu evidence) trvalým bydlištěm pojištěnce. Povinností příslušné ÚP je informovat smluvní zdravotnické zařízení (dále jen SZZ) o kontaktní adrese pro účely schvalování a povolování navržené zdravotní péče, pokud není totožná se sídlem ÚP.

V jednotlivých dílech metodiky jsou vysvětleny základní používané pojmy a pravidla pro vykazování poskytnuté péče VZP, používání jednotlivých dokladů, pořizování a předávání dokladů a přehled číselníků a tiskopisů.

Přesná datová forma číselníků a způsobu vyúčtování upravující styk mezi smluvními zdravotnickými zařízeními a VZP na magn. médiu se uvádí v materiálu “Datové rozhraní VZP ČR”. Metodika a Datové rozhraní jsou závazné pro všechny zdravotní pojišťovny.

Dále VZP vydává “Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR”. Tato pravidla nelze striktně dodržovat ve všech částech, mohou být jednotlivými pojišťovnami modifikována.

V metodice jsou uvedeny tiskopisy v poslední verzi. Předchozí verze tiskopisů se může nadále používat až do vyčerpání zásob.

Seznam zkratk:

- Dg. - diagnóza
- DRNR - doprava raněných, nemocných a rodiček
- EHIC - evropská karta zdravotního pojištění
- ICZP - Informační centrum zdravotního pojištění
- IČP - identifikační číslo zdravotnického pracoviště
- IČPP- identifikační číslo pracovníka na pracovišti
- IČZ - identifikační číslo zařízení
- KP- krajská pobočka VZP
- LSPP - lékařská služba první pomoci
- LZ - lázeňské zařízení
- MKN - mezinárodní klasifikace nemocí
- OD - ošetřovací den
- OL - ošetřující lékař
- PZLÚ - potraviny pro zvláštní lékařské účely
- RLP - rychlá lékařská pomoc
- RZP - rychlá zdravotnická pomoc
- ÚP - územní pracoviště VZP včetně KP Praha
- VZP - Všeobecná zdravotní pojišťovna
- ZP- zdravotnické prostředky
- ZULP - zvlášť účtované léčivé přípravky
- ZUM - zvlášť účtovaný materiál (ZULP, ZP a stomatologické výrobky)
- ZZ - zdravotnické zařízení
- SZZ - smluvní zdravotnické zařízení
- ZZS - zdravotnická záchranná služba

Uvedený seznam neobsahuje všeobecně známé a v písemném styku běžně používané zkratky.

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

1. Doklad

Za doklad pro účely této metodiky jsou považovány:

- vyplněné tiskopisy předepsané pro styk s VZP,
- počítačem tištěné výstupy (s výjimkou receptů a poukazů na ZP), jejichž datový obsah a formální členění odpovídá příslušnému předepsanému tiskopisu (nadále nazýváme tyto způsoby pořízení dokladů formou **papírovou**),
- zápisy dat na magnetickém médiu (disketě) podle předepsaného Datového rozhraní VZP ČR (forma pořízení **na disketě**),
- elektronické zápisy dat podle předepsaného Datového rozhraní VZP ČR předávané přes zabezpečený Portál VZP (forma elektronické komunikace),
- forma **interaktivní**, k vykazování poskytnuté péče se přímo vyplňují elektronické formuláře odpovídající papírové formě dokladů.

Pokud se v textu uvádí “doklad”, míní se tím doklad pořizovaný v jakémkoliv z uvedených forem.

Pokud se text vztahuje pouze k jedné z forem dokladu, je tato vždy konkrétně uvedena.

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 S VZP

kód název dokladu

- | | |
|-----|--|
| 01 | Vyúčtování výkonů v ambulantní péči |
| 01s | Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči |
| 02 | Vyúčtování výkonů v ústavní péči |
| 02s | Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči |
| 03 | Zvlášť účtovaná léčiva 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
- 06z Poukaz na vyšetření/ošetření Z
- 08 Průvodní list dávky
- 09 Průvodní list diskety
- 10 Recept
- 11 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 ZP
- 14 Poukaz na foniatrickou pomůcku
- 15 Návrh na lázeňskou péči
- 16 Vyúčtování lázeňské péče
- 18 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně
- 19 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně
- 20 Výpis z receptu
- 21 Žádanka o schválení (povolení)
- 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 sanitního 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
- 90 Seznam nositelů výkonů
- 91 Reklamační protokol
- 92 Hlášení o zdravotnickém zařízení

Ostatní povolené doklady:

- záznam o provozu vozidla osobní dopravy (SEVT-30 605 9),
- 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, 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 léčivu či ZP, k jednomu dopravnímu výkonu).

Záhlaví dokladu zahrnuje všechny údaje uvedené mimo řádky dokladu.

TISKÚPISY VZP PRO PŘEDÁNÍ INFORMACÍ MEZI LÉKAŘI

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 jen OL) se rozumí:

- praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, praktický zubní lékař, ženský lékař, který registruje pojištěnce (dále jen “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 ústavní péče.

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 v dokladech 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 logopeda, kteří v souladu se svou specializací převzali pojištěnce pro určitý diagnostický závěr do péče na základě požadavku lékaře (klinický psycholog ve vybraných indikacích i bez doporučení). Tito odborní zdravotničtí pracovníci však nejsou oprávněni vyžadovat, navrhnout či předepisovat další péči.

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 SZZ v rámci oboru, eventuálně i druh a typ smluvní péče.

Smluvní odbornost je odbornost pracoviště uvedená ve smlouvě s VZP.

DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Pro potřeby této metodiky jsou rozlišeny tři druhy péče:

- ambulantní péče ošetřujícího lékaře,
- ústavní péče,
- péče vyžádaná, navržená či předepsaná ošetřujícím lékařem.

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

2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře

Pro tento druh péče jsou určeny doklady: 01, 01s, 03, 03s, 05, 21, 22, 36, 37.

Za tento druh péče se nepovažuje péče poskytnutá pojištěnci v období, kdy je hospitalizován. Taková péče je považována za péči vyžádanou při ústavní 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.

Pozn.: Klinický psycholog a logoped vykazuje na dokladu 06. Pouze v případech uvedených v kap. I.2. vykazuje i na dokladu 01.

Registrace pojištěnců

Registraci pojištěnců provádí registrující lékaři na dokladu 30. K vykazování pojišťovně se používají doklady 30 a 80. Registrace u praktického lékaře pro děti a dorost 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. 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 vydává VZP na základě vzájemné dohody se zástupci praktických lékařů, není v její kompetenci, a proto není v metodice popisováno.

2.1.1. Kombinovaná kapitačně výkonová platba

Praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost, kterému je poskytnutá péče hrazena formou kombinované kapitačně výkonové platby nesmí, na své registrované pojištěnce a v případě zástupu na registrované pojištěnce zastupovaného lékaře vykazovat výkony zahrnuté do kapitačního paušálu (jejich seznam je přílohou smlouvy se SZZ). Výkony do paušálu nezahrnuté vykazuje na registrované pojištěnce na dokladu 01.

Zdravotní péče o neregistrované pojištěnce se považuje za nepravidelnou péči. Lékař vykazuje provedené výkony na dokladu 05.

Pozn.: Je-li poskytnut ZUM registrovanému pojištěnci ve spojení s výkonem zahrnutým do kapitačního paušálu, vykazuje se podle pravidla uvedeného v kap. II.2.3.

V případě, že registrace pojištěnce za určité období (minimálně měsíc) nebyla registrujícímu lékaři uznána a na základě této skutečnosti nebyl SZZ přiznán za tohoto pojištěnce kapitační paušál, může SZZ vykázat zdravotní péči pro pojištěnce původně zahrnutou v kapitačním paušálu konkrétními čísly výkonů v nejbližším předkládacím termínu.

Lékař nahlašuje pojišťovně zástupy, pokud tyto překročí 3 dny v běžném měsíci, na dokladu 85.

2.2. Ústavní péče

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

Péče poskytnutá na pracovišti odlišné smluvní odbornosti ústavní 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 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.

SZZ vykáže za dny, po které byl pojištěnec na propustce, příslušný OD propustky s povinně vyplněným datem k tomuto kódu. Tento OD v prvních a posledních třech dnech hospitalizace nelze vykázat s výjimkou případů, kdy hospitalizace je ukončena překladem pojištěnce z důvodu náhlé změny zdravotního stavu nebo úmrtí pojištěnce.

V průběhu resuscitační či intenzivní ústavní 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 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 za jeden den, s vykázáním kategorie odpovídající stavu pojištěnce v první den hospitalizace.

c) Ostatní zdravotní výkony

Ostatní poskytnuté zdravotní výkony se vykazují dle číselníků VZP.

2.2.1. Sestupná platba ošetřovacího dne

Za jednu hospitalizaci se považuje ústavní 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 zdravotnických zařízení),
- překlad jednoho pojištěnce z lůžka na lůžko mezi odděleními stejného oboru (i různých zdravotnických zařízení),
- objednaná přijetí na oddělení stejného oboru do 28 dnů od propuštění z předchozí ústavní péče na oddělení stejného oboru (i různých zdravotnických zařízení).

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, že zdravotní stav pojištěnce nezbytně vyžaduje poskytnutí takové zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně ani při hospitalizaci na stávajícím lůžkovém oddělení.

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

- a) překlad z lůžka na lůžko nebo objednané přijetí pojištěnce na oddělení stejného oboru jiného SZZ, pokud zdravotní stav pojištěnce vyžaduje zdravotní péči, kterou zařízení, 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),
- b) zcela nové onemocnění, které se projevilo v době do 28 dnů od předchozího propuštění a vyžaduje ústavní péči,
- c) nová ataka onemocnění, pro které byl již pojištěnec ústavně ošetřován, 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 kolonka počet "nulou". Při pokračování předchozí hospitalizace se vyplní kolonka "počet", kde číselný údaj vyjadřuje celkový počet dnů předchozích částí 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 péči podle výše uvedených pravidel zodpovídá zdravotnické zařízení.

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

- na pořadí ošetrovacího dne v průběhu jedné hospitalizace (i pokračující),
- na typu vykazovaného OD,
- na stanovené průměrné délce hospitalizace ve smlouvě s VZP 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 ošetrovacích dnů provedeno v sazbě nejnížší (E) a teprve po zpracování všech souvisejících dokladů za ukončenou ústavní péči je možno provést definitivní ohodnocení a úhradu.

2.2.2. Smluvní odbornost pracoviště ústavní péče

Smluvní odbornost pracoviště ústavní péče je základním údajem ve smlouvě VZP a SZZ, ke kterému se vztahuje úhrada ústavní péče.

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

F - standardní lůžková péče

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

H - standardní lůžková péče

pokud SZZ poskytuje standardní lůžkovou péči v konkrétní odbornosti odpovídající péči ve zbývajících nemocnicích.

I - intenzivní a resuscitační lůžková péče

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

P - intenzivní a intermediární lůžková porodnická péče

pouze pro vybraná zařízení (uvedená v aktuálním věstníku MZ ČR)

S - péče na spinálních jednotkách

pouze pro vybraná SZZ (uvedená v aktuálním věstníku MZ ČR)

T - intenzivní a resuscitační lůžková péče

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

U - dlouhodobá léčebná a rehabilitační ústavní péče

pokud SZZ poskytuje na konkrétních lůžkových odděleních speciálně zaměřenou odbornou dlouhodobou léčebnou či rehabilitační ústavní zdravotní péči ve stanovených indikacích.

2.3. Péče vyžádaná, navržená, předepsaná

Péče vyžádaná, navržená či předepsaná OL je péče, kterou poskytuje odborný zdravotnický pracovník na základě požadavku, návrhu či předpisu ošetřujícího lékaře pojištěnce.

Lékař, který poskytuje péči na vyžádání ošetřujícího lékaře, sám ordinuje pouze takovou další péči, kterou nezbytně potřebuje k naplnění požadavku ošetřujícího lékaře - tzn. k poskytnutí požadované péče, pokud pro akutní změnu zdravotního stavu pojištěnce nehrozí nebezpečí z prodlení.

Jiný odborný zdravotnický pracovník než OL poskytující péči na základě vyžádání, návrhu nebo předepsání OL je oprávněn vykázat VZP péči nejvýše v rozsahu požadavku (návrhu či předpisu) OL. Toto se nevztahuje na péči poskytnutou jako potřebnou neodkladnou péči při akutní změně zdravotního stavu pojištěnce.

V povinné zprávě navrhujícímu lékaři uvede poskytující lékař rozsah poskytnuté péče, případně může doporučit ošetřujícímu lékaři další postup či další péči.

Poskytující je povinen uchovat požadavek OL ve zdravotnické dokumentaci pro kontrolu, pokud ho nepředal VZP s vyúčtováním péče.

Vyžádaná, navržená či předepsaná péče zahrnuje:

a) zdravotní výkony

- konziliární vyšetření, případně ošetření,
- komplementové vyšetření pojištěnce (např. funkční diagnostika, instrumentální vyšetření, vyšetření zobrazovací technikou, počítačově vyhodnocované metody apod.),
- konzultaci odborníka,
- zdravotní pitvu,
- laboratorní vyšetření materiálu,
- návštěvu odborníka - tzn. vyžádané poskytnutí péče v domácím prostředí pojištěnce,
- fyzioterapeutickou a ergoterapeutickou péči,
- péči zdravotnického personálu v domácím prostředí pojištěnce (domácí péče).

Pro tuto péči jsou určeny tyto doklady: doklady typu 06 (příp. řádek dokladu 01, 01s, 02, 02s s uvedením řádkové odbornosti), ostatní povolené žádanky (Výměnný list, Průvodní list k pitvě, ostatní žádanky používané ve zdravotnictví), pokud obsahují náležitosti dokladu typu 06.

Upozornění:

- jsou-li požadující OL a poskytovatel vyžádané péče z různých smluvních zdravotnických zařízení nebo z různých částí téhož smluvního

zdravotnického zařízení, která mají přidělena samostatná IČZ (viz kap. II.1 Společné zásady), pak se poskytnutá péče vykazuje vždy na vhodné variantě dokladu 06,

- jsou-li požadující OL a poskytovatel vyžádané péče ze stejného smluvního zdravotnického zařízení, vykazuje se jedním ze dvou způsobů:
 - 1) na vhodné variantě dokladu 06,
 - 2) v řádcích dokladu 01, 01s, 02, 02s ošetřujícího lékaře s povinným uvedením smluvní odbornosti pracoviště, jehož pracovník vyžádanou či předepsanou péči poskytl. Za požadujícího OL je v tomto případě považován ten, jehož smluvní odbornost pracoviště je uvedena v záhlaví dokladu.

b) léčivé přípravky a ZP aplikované v souvislosti s vyžádanými výkony

Pro tuto péči jsou určeny doklady 03, 03s.

c) zdravotnické transporty

- pojištěnce (případně doprovodu),
- zdravotnických pracovníků v nezbytném případě,
- orgánů, nezbytných materiálů, léčiv, transfuzních přípravků.

Pro tuto péči jsou určeny doklady 34, 37, 39, SEVT-30 605 5, případně 35.

d) lázeňskou péči

Pro tuto péči jsou určeny doklady 15, 16.

e) péči v ozdravovně

Pro tuto péči jsou určeny doklady 18, 23.

f) péči v odborném léčebném ústavu

Pro tuto péči jsou určeny doklady 02, 03, 19, 21, 22.

g) léčivé přípravky na recept

Pro tuto péči jsou určeny doklady 10, 11, 20.

h) ZP na poukaz

Pro tuto péči jsou určeny doklady 12, 13, 14.

II. Pravidla pro pořizování dokladů

V dalším textu tohoto dílu je popsáno pořizování dokladů vyplňováním jednotlivých tiskopisů VZP. Pro doklady pořízené tištěnými výstupy z počítače i pořízené na disketě platí z hlediska obsahu jednotlivých uváděných údajů totéž jako pro údaje vyplňované na tiskopisech.

Nejprve jsou popsány společné zásady, význam a vyplňování nejčastěji se vyskytujících údajů na dokladech a dále jednotlivé doklady vztupně podle druhu dokladu. Seznam tiskopisů používaných ve VZP pro tvorbu dokladů v papírové formě spolu se vzory jednotlivých tiskopisů je uveden v V. dílu této metodiky.

1. Společné zásady

Při tvorbě dokladů vyplňováním tiskopisů, není-li dále uvedeno jinak, platí:

- znaky se zapisují do určených, předtištěných pozic hůlkovým písmem nebo psacím strojem,
- vykazované údaje se zarovnávají doprava. V případě menšího rozsahu se nuly před číslem s výjimkou údaje DATUM neuvádějí.

Příklad: 5. dubna 1993 - |0|5|0|4|9|3|

- koncové nuly na pozicích určených pro desetinnou část čísla a desetinná čárka se neuvádějí.

Příklad: 320,00 - |3|2|0| | |

320,03 - |3|2|0|0|3|

- povinně se uvádí datum vystavení, jméno pracovníka, který doklad vystavil, podpis statutárního zástupce SZZ (nebo pracovníka jím pověřeného s delegovanou pravomocí k podpisu) a doklad je opatřen čitelným otiskem razítka včetně IČZ nebo IČP zařízení (viz kap. II.1.1).

U datumových položek označuje dvojčíslí dne **DD**, dvojčíslí měsíce **MM** a poslední dvojčíslí roku **RR**.

1.1. Společné údaje na dokladech

Kód pojišťovny - pokud není na dokladu logo pojišťovny, vyplňuje se číslo pojišťovny pojištěnce dle číselníku Zdravotní pojišťovny. V případě VZP je to 111, nikoli vlastní zkratka VZP.

IČO - identifikační číslo zdravotnického zařízení, přidělené ČSÚ.

IČZ - identifikační číslo zařízení, nebo části zařízení, je jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k VZP. Číslo přiděluje vždy místně příslušná ÚP na základě žádosti té zdravotní pojišťovny, která první uzavře smlouvu na poskytování zdravotní péče s daným zařízením. Vyžaduje-li to potřeba, může ÚP přidělit IČZ i takovému zařízením, které nemá smlouvu s žádnou zdravotní pojišťovnou. Tento způsob přidělování IČZ usnadňuje identifikaci zdravotnických zařízení a předávání informací o nich mezi všemi zdravotními pojišťovnami. První dvě číslice označují číslo okresu, na jehož území se zařízení nachází. Označení odpovídá prvním dvěma číslicím čísla ÚP z číselníku Územní pracoviště VZP. Je vyplňováno na dokladech 08, 09, 13p, 16, 22, 23, 31, 32, 35, 85, 90, 91 a 92.

IČP - identifikační číslo pracoviště je jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k VZP, který blíže identifikuje konkrétní zdravotnické pracoviště zařízení nebo části zařízení. Případně samostatné lékaře, kteří mají s některou ze zdravotních pojišťoven uzavřenu smlouvu pouze na preskripci léčivých přípravků pro rodinné příslušníky. Potvrzuje jej vždy místně příslušné ÚP, viz odstavec IČZ. Je vyplňováno na všech ostatních povolených dokladech, které nejsou vyjmenovány v odstavci IČZ.

IČPP- identifikační číslo pracovníka na pracovišti je jednoznačný osmimístný číselný kód, které může přidělit SZZ svým pracovníkům po dohodě s pojišťovnou, pro potřebu konkrétní identifikace lékaře pro účely preskripce léčivých přípravků. Je vyplňováno na receptech. IČPP musí být rozdílné od IČZ i od IČP. IČPP lze použít pouze u nemocnic.

Odbornost - uvádí se odbornost z číselníku Odbornosti.

a) **Odbornost v záhlaví** označuje smluvní odbornost jednotlivých pracovišť SZZ.

b) **Řádková odbornost** označuje, že výkon uvedený v řádku byl poskytnut jiným pracovištěm jiné smluvní odbornosti stejného SZZ 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 SZZ a roku, za který byl vystaven a předložen VZP. Způsob číslování dokladů si určují jednotlivá SZZ sama podle svých zvyklostí a zavedeného způsobu evidence. Způsob číslování však musí respektovat požadavek průkaznosti ve smyslu platného znění zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví.

Var. Symbol - variabilní symbol je určen k další identifikaci SZZ. Např. rozdělení na nákladová střediska apod. Jeho využití je ponecháno v kompetenci jednotlivých ÚP.

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

Příjmení a jméno pacienta (Příjmení a jméno, Pacient) - slouží pro doplňující identifikaci pojištěnce.

Číslo pojištěnce, Čís. pojištěnce - pojištěnci jsou zásadně identifikováni číslem pojištěnce uvedeným na průkazu pojištěnce. Číslo pojištěnce přiděluje VZP. U devítimístného čísla pojištěnce se poslední pozice neuvádí. Údaj se zarovnáva doleva. Při vykazování poskytnuté péče musí být k identifikaci použito výhradně číslo pojištěnce získané z průkazu pojištěnce.

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

Diagnóza - (dále Dg.) Vyplňuje se podle zásad mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10); vždy povinně na nejvyšší počet znaků, který je v MKN 10 uveden:

- diagnózy třímístné se zarovnávají doleva, poslední místo se nevyplňuje,
- u diagnózy čtyřmístné je poslední místo číslice uváděná za tečkou.

*Příklad: Dg. J39.2 se napíše |J|3|9|2|
Dg. F70 se napíše |F|7|0| |*

V případě, že pro chorobnou jednotku je v MKN-10 dvoje klasifikační schéma (se znakem “+” a “*”), není přípustné použít kód se znakem “*” v Dg. základní, řádkové, ani k označení příčiny smrti.

a) Základní diagnóza

Uvádí se **povinně**. Vyplní se kód základního onemocnění, popř. základního důvodu, které je (bylo) příčinou hospitalizace pacienta v zařízení lůžkové péče nebo dg., která byla důvodem poskytnutí ambulantní péče či důvodem kontaktu se zdravotnickým zařízením (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, uveďte se zde i kód dg. z kap. MKN-10 – Vnější příčiny nemoci 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
010795	75013	1		(Dg. je uvedena v záhlaví)
050795	75012	1	H045	(je nutno uvést ke každému řádku, kde se vyskytne)
050795	75215	1	H045	
050795	75217	1	H045	
150995	75013	1		(Dg. je uvedena v záhlaví)

Náhrady, ind. (KN, Kód náhr., Kód náhrady) - SZZ je povinno indikovat úrazy a jiná poškození zdraví osob, kterým poskytla zdravotní péči, pokud mají 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 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 stomatologických výrobků.

Pokud se 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 vykazuje 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 PŘEHLEDU VRÁCENÝCH ZP SE VYPLŇUJE:

f. - zakřížkuje se v případě, kdy lékař vystavil recept pro sebe nebo své rodinné příslušníky.

Bydliště (adresa) - místo pobytu pacienta v době léčení v pořadí ulice, obec.

Smluvní pojištěnci VZP, tj. ti, kteří nejsou ze zákona účastníky veřejného zdravotního pojištění, ale kteří mají s VZP uzavřenu individuální smlouvu o zdravotním pojištění se prokazují jiným průkazem než je průkaz EHIC. Tito pojištěnci si léčivé přípravky i ZP musí hradit vždy.

I-C-P - označení způsobu úhrady léčivého přípravku nebo ZP se provede zakřížkováním vhodného písmene, přičemž znamená:

- I plnou úhradu pojišťovnou,
- C spoluúčast pacienta. Pacient se v tomto případě podílí částkou, která se rovná rozdílu mezi prodejní cenou léčivého přípravku nebo ZP a úhradou pojišťovny (MAX), nejvýše však do rozdílu mezi cenou MFC a úhradou pojišťovny,
- P plnou úhradu pacientem.

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

Razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře - rozumí se lékaře, který doklad vystavil. Telefonní číslo místa poskytování zdravotní péče a IČP (případně IČPP) na otisku razítka musí být čitelné. V případě nečitelnosti nutno vypsát vedle otisku razítka.

Kód - číselný kód vydaného léčivého přípravku či pomůcky podle číselníků Léčiv a ZP.

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny - při preskripci léčivého přípravku nebo ZP uvedeného v číselnících Léčiv a ZP s označením Z nebo X, nebo při požadavku zvýšené úhrady je na tomto místě potvrzeno povolení revizního lékaře. Povolení revizního lékaře zajišťuje OL. Potvrzuje se na dokladu jedním ze dvou způsobů:

- a) otiskem razítka OL, jeho podpisem a vypsáním jména povolujícího revizního lékaře při předběžném schválení žádosti,
- b) otiskem razítka a podpisem revizního lékaře.

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

2. Vyplňování tiskopisů

2.1. VZP-01/1999 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči VZP-01s/1999 Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči

Doklad 01s je rozšířený oproti dokladu 01 pouze o položku **lokal.**, kterou se vykazuje lokalizace zubu.

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady ind., Datum, Lokal.** Dále se vyplňuje:

Kód - číslo výkonu podle číselníku Zdravotní výkony.

Poč. - celkový počet provedení vykazovaného výkonu. Pokud není uveden, započte se provedení výkonu jedenkrát.

Pracoviště odbornosti 014, 015 a 019 vykazují pouze kódy z "Úhrady stomatologické péče". Ostatní pracoviště vykazují stomatologickou péči jen kódy ze Seznamu zdravotních výkonů. Tyto dva způsoby úhrady ambulantní stomatologické péče nelze kombinovat.

Pozn.: Vyúčtování poskytnuté péče smluvním pojištěncům VZP se zařadí do zvláštní dávky smluvních pojištěnců a zřetelně se označí uvedením zkratky "SP" na průvodním listu dávky nebo diskety.

2.2. VP-02/1999 Vyúčtování výkonů v ústavní péči VZP-02s/1999 Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči

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

Vykazování ústavní péče se provádí v souladu s ustanoveními kap. I.2.2. Ústavní péče. Doklad se uzavírá při ukončení hospitalizace, resp. nejpozději 3 měsíce od data přijetí pacienta nebo od data posledního vyúčtování s tolerancí pěti dnů.

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Čís. pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady ind., Lokal.** V případě potřeby vykázat více Dg. než umožňuje tiskopis v kolonkách ostatní Dg., uvádí se další Dg. v části "Sdělení".

Dále se vyplňuje:

Str. - pořadové číslo listu dokladu. U jednolistového dokladu se údaj nevyplňuje.

Poč. - celkový počet listů dokladu. U jednolistového dokladu se údaj nevyplňuje.

Příklad: Str|1|Poč|5| - označuje, že jde o první list dokladu s celkovým počtem 5 listů.

Oba údaje se v této formě uvádějí pouze u papírových dokladů.

Poslal - číselný kód označující typ subjektu, který doporučil hospitalizaci. Vyplňuje se podle číselníku Doporučení hospitalizace.

Uk. léč. - důvod ukončení hospitalizačního účtu. Údaj se vyplňuje podle číselníku Ukončení léčení.

Datum přijetí, Datum propuštění - datum tvaru DDMMRR ve významu datum otevření, resp. uzavření účtu. Vykazované datum je blíže charakterizováno údajem **Uk. léč.** Při pokračování ústavní péče na témže lůžku stejného zařízení se datum propuštění nesmí rovnat datu přijetí na navazujícím účtu.

Datum –vyplňuje se podle kap. II.1. Společné zásady. Vyplnění je povinné u každého výkonu v průběhu resuscitační či intenzivní péče, u operačních výkonů a výkonů, k nimž se vykazuje ZUM. Vykázané výkony provedené v různých čtvrtletích se vykazují samostatně za každé čtvrtletí zvlášť. Např. vykázaní stejných OD při hospitalizaci zasahující do dvou čtvrtletí se provádí na dvou

řádcích s příslušným počtem dnů a datem provedení jednoho z nich v tom kterém čtvrtletí.

Kód - kód provedeného výkonu podle číselníku Zdravotních výkonů.

Počet - počet provedení příslušného výkonu dle číselníku Zdravotních výkonů v souladu s kap. I.2.2. Vykazování ústavní péče. Nevyplněný údaj se započítává pouze jedenkrát.

Kategorie pacienta, dny - počty dnů, ve kterých splňoval pojištěnec kategorii dle číselníku Kategorie pacienta v souladu s kap. I.2.2.

U hospitalizovaného pacienta staršího 6 let se povolení doprovodu uvádí v části **Sdělení**. (podle pravidel pro povolení revizním lékařem, uvedených v kap. II.1.1, odst. **Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny**).

Tiskopis vyúčtování výkonů v ústavní péči může být vícelistový, pokračovací list má předtištěno v záhlaví pouze **IČP, Čís. dokladu, Str., Poř. č., Příjmení a jméno pacienta**.

Na dokladech 02s a 02 (i s hlavičkovou odborností 6-5 - maxillofaciální chirurgie) nelze vykazovat kódy z “Úhrady stomatologické péče”. Vykazují se kódy příslušných autorských odborností ze Seznamu zdravotních výkonů.

Pozn.: Vyúčtování poskytnuté péče smluvním pojištěncům VZP se zařadí do zvláštní dávky smluvních pojištěnců a zřetelně se označí uvedením zkratky “SP” na průvodním listu dávky nebo diskety.

2.3. VZP-03/1999 Zvlášť účtovaná léčiva a ZP VZP-03s/1999 Stomatologické výrobky

Doklad 03s je rozšířen oproti dokladu 03 o položku **lokal.**, kterou se vyazuje lokalizace zubu. Doklad je možné vykazovat jen v návaznosti na jeden z dokladů Vyúčtování výkonů v ambulantní péči, Vyúčtování výkonů v ústavní péči nebo Poukaz na vyšetření/ošetření.

Vykazovat lze pouze léky, radiofarmaka, výrobky transfuzních stanic, ZP, stomatologické výrobky apod. (dále jen ZUM), které pojišťovna neproplácí jiným způsobem. **Nelze tedy vykazovat ty léčivé přípravky a ZP**, na které byl vystaven recept nebo poukaz, která jsou hrazena hospitalizačním lékovým paušálem nebo jsou zahrnuta přímo v hodnotě výkonu. Výkony, k nimž nelze vykazovat ZUM, nemají v číselníku Zdravotní výkony vyznačenu možnost jejich vykazování.

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

Dále se vyplňuje:

Sk - jednomístný číselný údaj dle číselníku Skupiny léčiv, ZP a stomatologických výrobků. Není-li skupina vyplněna, doplní se automaticky Sk = 1.

Kód - číselný údaj označující ZUM dle číselníku Léčiva, ZP a stomatologické výrobky. V případě, že ZUM není uveden v číselnících, je nutné jej účtovat fakturou za cenu schválenou revizním lékařem pojišťovny.

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

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

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

Cena - cena za vykázané množství, kterou je SZZ oprávněno účtovat (tedy za cenu, za kterou byl ZUM pořízen), nejvýše však do hodnoty maximální úhrady pojišťovnou. Rozsah údaje je 9 znaků, 7 míst pro celou část čísla a 2 místa pro desetinnou část čísla. Cena musí být povinně vyplněna. U podskupin 12 transfuzní přípravky, 13 radiofarmaka a 15 autologní transfuzní přípravky se cena vyplňuje pouze tehdy, pokud není v číselníku IVLP uvedena úhrada pojišťovnou.

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

Pokud se vykazuje ZUM samostatně, použije se na dokladu 01 nspecifikovaný kód (v číselníku uvedený textem “kód slouží pouze pro vykazování účtu 03”), přičemž doklad 01 musí splňovat veškeré náležitosti dle kap. II.1. společných zásad vyplňování.

2.4. VZP-05/1999 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče

Tento doklad umožňuje vykázaní jednorázové (obvykle akutní) péče.

Jedná se především o vykazování péče pracoviště LSPP (kromě stomatologické LSPP, která se vyazuje dokladem 01s), ambulantně poskytnuté péče příjmovou ambulancí lůžkového oddělení (pokud pojištěnec není přijat do ústavní péče) a vykazování jednorázově poskytnuté péče pojištěncům VZP pobývajícím přechodně mimo trvalé bydliště. Dále je možno na tomto dokladu vykazovat i vybranou, skupinově poskytovanou léčebnou či preventivní péči.

Nelze použít při zastupování na pracovišti OL, při preventivních pediatrických prohlídkách dětí za přítomnosti rodičů.

Doklad nemůže být použit pro vykázaní zdravotní péče poskytnuté na vyžádání a pro vykázaní poskytnuté stomatologické péče, kromě uvedených skupinových preventivních akcí.

Je-li zapotřebí vykázat ZULP či ZUM, je nutno poskytnutou péči vykázat 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 pojištění 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 vykázat do několika řádků pod sebou.

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Čís. pojištěnce, Diagnóza, Datum**. Dále se vyplňuje:

Kód - kód provedeného výkonu podle číselníku Zdravotní výkony.

KN - SZZ je povinno indikovat ty případy, které opravňují VZP nárokovat odpovídající finanční náhradu na jiném subjektu či osobě. Na dokladu se uvedou odpovídající kódy podle číselníku Náhrady za zdravotní péči. Váže-li se k pacientovi více typů náhrad než výkonů, uvedou se tyto kódy náhrad na dalších řádcích, přičemž ostatní údaje v řádku se v takovém případě již nevyplňují.

2.5. VZP-06/1999 Poukaz na vyšetření/ošetření

Tyto tiskopisy slouží jak k vyžádání (resp. předepsání) zdravotní péče požadujícím OL (dále požadující), tak současně k jejich vyúčtování lékařem nebo jiným zdravotnickým pracovníkem, který požadovanou péči poskytl (dále poskytovatel).

Tiskopisy jsou jednolistové, obsahující díl A a díl B.

Díl A je určen k vyžádání péče a slouží zároveň poskytovateli jako doklad o oprávněnosti vyúčtování vyžádané či předepsané péče. U speciálních variant tiskopisu VZP- 06 je tento díl strukturován dle specifik požadované péče. Tyto tiskopisy se použijí:

- k vyžádání konziliárního vyšetření, vyšetření či ošetření specialistou, k doporučení převzetí do péče (VZP-06k),
- k vyžádání komplementového vyšetření, tj. vyšetření metodami radiodiagnostickými, ultrazvukem, magnetickou rezonancí, metodami nukleární medicíny apod. (VZP-06z),
- k předpisu fyzioterapeutické a ergoterapeutické péče (VZP-06ft),

- k vyžádání a předpisu domácí péče středních zdravotnických pracovníků (VZP-06dp).

Díl B slouží k vyúčtování vyžádané či předepsané zdravotní péče, pokud poskytovatel předává pojišťovně doklady v papírové formě.

Požadující vyplňuje požadavek vždy v dílu A tiskopisu a předá jej poskytovateli. Požadavek musí přesně zaznamenat v dokumentaci pro případnou kontrolu.

Poskytovatel může poskytnutou péči vyúčtovat:

- a) na tiskopisu VZP-06

Pokud požadavek obdrží vyplněný na dokladu, vyplní díl B přímo na tomto originálu požadavku a předá ho ÚP, čímž dokládá i oprávněnost vyúčtované péče.

V případě požadavku vyplněného na jiném povoleném dokladu musí poskytovatel na jím vystavený tiskopis VZP-06 opsat do dílu A z požadavku údaje: IČP a Odbornost požadujícího, Číslo pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Datum vystavení požadavku, Kód náhrady. Originál požadavku uschová pro případnou kontrolu jako doklad oprávněnosti vyúčtování.

- b) na disketě

Poskytovatel musí doplnit z požadavku údaje: IČP a Odbornost požadujícího, Číslo pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Datum vystavení požadavku, Kód náhrady (dle Datového rozhraní VZP).

SPOLEČNÉ ZÁSADY PRO VYPLŇOVÁNÍ DOKLADŮ VZP-06

Díl A - vyplňuje požadující:

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **IČP, Odbornost, Číslo pojištěnce, Pacient, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Variabilní symbol, Kód náhrady**. Dále se vyplňuje:

Datum - datum vypsání požadavku ve tvaru DDMMRR.

Odeslán ad: - název, obor, resp. odbornost pracoviště, na kterém je požadováno poskytnutí péče.

Požadováno: - specifikace požadované péče. není-li uvedeno jinak, předpokládá se, že se jedná o jednorázový požadavek.

Pozn.: - uvedou se informace, nezbytné ke kvalitnímu poskytnutí péče (např. epikríza zdrav. stavu pojištěnce, údaje o dosavadní léčbě, výsledky vyšetření apod.)

Razítko a podpis lékaře - razítko a podpis požadujícího lékaře včetně telefonního spojení.

Díl B - vyplňuje poskytovatel:

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **Čís. dokladu, Poř. č., IČP, Odbornost, Var. symbol a Datum**. Dále se vyplňuje:

Kód - kód provedení výkonu podle číselníku Zdravotní výkony.

Poč. - celkový počet provedení výkonu ke stejnému datu. Pokud nebude údaj vyplněn, předpokládá se, že výkon byl proveden jednou.

Razítko a podpis - razítko a podpis pracovníka zodpovědného za vyúčtování poskytnuté péče.

2.5.1 VZP-06k/1999 **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 k 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.

Pokud bylo poskytnuto **vyžádané vyšetření**, vykáže poskytovatel tuto péči na dokladu VZP-06, resp. ve stejném SZZ v řádku dokladu VZP-01, 01s, 02 nebo 02s ošetřujícího (požadujícího) lékaře.

Pokud bylo poskytnuto **vyžádané ošetření**

- a) v průběhu hospitalizace pacienta vykáže poskytovatel tuto péči poskytnutou bez ohledu na počet potřebných návštěv na dokladu VZP-06, resp. ve stejném SZZ v řádku dokladu VZP-02 nebo 02s ošetřujícího (požadujícího) lékaře,
- b) pacientu, který není hospitalizován, buď jednorázově, nebo s jednou následnou kontrolou, vykáže poskytovatel tuto péči na dokladu VZP-06, resp. ve stejném SZZ v řádku dokladu VZP-01, 01s ošetřujícího (požadujícího) lékaře. 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.

2.5.2 VZP-06z/1999 Poukaz na vyšetření/ošetření Z

V dílu A požadující dále vyplní:

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

Požadováno - křížkem v rámečku se označí příslušný předtištěný, případně slovy specifikovaný požadavek.

Jednoznačná specifikace požadovaného vyšetření

Speciální požadavek

Klinická diagnóza (slovy)

Důvod požadavku, ev. užší otázka - medicínské zdůvodnění.

V dalších informacích o pacientovi musí být upozorněno na přítomnost cizích předmětů, zejména kovových v těle pacienta.

2.5.3 VZP-06ft/1999 Poukaz na vyšetření/ošetření FT

Požadující vyplní v dílu A dále tyto údaje:

Odeslán ad - doporučené rehabilitační pracoviště, eventuálně požadované či dohodnuté datum k provedení požadavku.

Stav vyžadující FT - pro posouzení oprávněnosti indikace je rozhodující uvedení konkrétního stavu (nejčastěji specifikace poruchy funkce), který vyžaduje fyzioterapii nebo ergoterapii.

Cíl, kterého má být dosaženo - krátkodobý léčebný plán a jeho cíle (např. zvýšení stability stoje, úprava stereotypu pohybu, zvýšení síly svalové apod.).

Požadováno - požadavek musí být vyplněn dle obecně uznávaných zásad fyzioterapie či ergoterapie.

Při předpisu fyzikálně léčebných procedur je pro úhradu pojišťovnou nezbytné uvést jednoznačnou specifikaci procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur. Pro zajištění odborné aplikace je v předpisu fyzikálně léčebné procedury nutno uvést další příslušné údaje:

- bližší specifikaci procedury: název, techniku, metodu, oblast těla nebo typ sestavy, místo aplikace (popisem, případně i zakreslením),
- bližší specifikaci parametrů, případně uvedení programu (u přístrojů vybavených standardně programy pro určité sestavy): typ proudů, případně jejich frekvence, intenzita,
- formu aplikace: dynamická/statická, kuntuální/pulsní, velikost a typ hlavice, velikost a typ elektrod (jejich typ), množství vody, teplota vody, tlak,

určení časů střídání tlaku, množství použitého plynu nebo vody, pólování elektrod či subaquální aplikace, vzdálenost zdroje,

- sklon trakčního stolu ve stupních, případně sílu tahu v kg: kontinuální/intermitentní, v botičkách/ v bokovce.

Při požadavku léčebné tělesné výchovy nebo ergoterapie je nutno uvést podrobněji cíl, kterého má být dosaženo, se základní specifikací doporučených procedur.

Při předpisu reflexních technik (např. měkká technika, mobilizace) je nutno specifikovat požadovanou techniku a oblast, na kterou má být použita.

Upozornění pro poskytovatele - pro ochranu pacienta i provádějícího musí předepisující uvést všechny relativní kontraindikace či další stavy zvyšující riziko vzniku komplikací, upozornit na nutnost kontroly krevního tlaku a pulsu a na nutnost přerušení fyzioterapie při překročení určitých hodnot, uvést umístění kovů v těle, kardiostimulátoru apod. Dále případně upozorní na zvláštnosti profesionální nebo jiné, které mohou ovlivňovat způsob i cíl léčby.

Požadováno poskytnutí FT na adrese - uvede se adresa v případě, kdy je požadováno poskytnutí fyzioterapie v domácím prostředí pojištěnce.

Lékařská kontrola dne - datum objednání k plánované kontrole lékařem.

2.5.4 VZP-06dp/1999 Poukaz na vyšetření/ošetření DP

V dílu A požadující dále vyplní:

Ad zařízení domácí péče - název a adresa zařízení domácí péče, které má požadovanou péči poskytovat, eventuálně požadované či dohodnuté datum začátku péče.

Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP - vyplňuje se vzestupně od čísla 1. Číslem 1 se opatří každý první poukaz, i pokud nenavazuje poukaz další. Pořadové číslo poukazu umožňuje vystavením následujícího poukazu prodloužit, změnit, event. ukončit předcházejícím poukazem vyžádanou péči (bez nutnosti vyplňovat na následujícím formuláři již uvedené a nezměněné informace o pacientovi s výjimkou údajů v záhlaví dílu A dokladu).

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

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

Platnost do - datum, do kterého je poukaz platný. Předpis domácí péče registrujícím lékařem má platnost nejvýše 1 měsíc, při indikaci OL při hospitalizaci nejvýše 14 dnů po ukončení hospitalizace.

Informace o pacientovi:

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

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

Další příslušníci domácnosti na této adrese: - zaškrtně se "ano", pokud žije ve stejné domácnosti další osoba.

Kontaktní osoba pro DP: - jméno a příjmení kontaktní osoby, její vztah k pojištěnci, v případě místa bydliště odlišného od pojištěnceva i přesná adresa bydliště, případně číslo telefonu.

Pacient v péči pečovatelské služby: - zaškrtně se "ano" či "ne".

Mobilita pacienta: - zaškrtně se varianta "a" v případě mobilního pacienta, v případě pacienta s omezenou mobilitou se zaškrtně "b" a doplní se specifikací omezení mobility.

Smyslové omezení: - v případě existence smyslového omezení se uvede, o jaké se jedná, jinak se uvede "není".

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: - zaškrtně se varianta "a" v případě pacienta schopného sebeobsluhy, v případě pacienta s omezenou schopností sebeobsluhy se zaškrtně "b" a doplní se specifikací omezení.

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety:

Další informace - ostatní informace, které mohou ovlivnit poskytování vyžádané péče.

Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo: - medicínské zdůvodnění a očekávaný efekt požadované domácí péče.

Požadováno: - do předtištěného rámečku se vyplní kód požadovaného výkonu, slovní specifikace požadavku, požadovaný počet v jednom dni a požadovaná frekvence v týdnu.

2.6. VZP-08/1997 Průvodní list dávky

Vyplňuje se:

Číslo dávky - jednoznačné číslo dávky v rámci SZZ a roku.

IČZ - identifikační číslo SZZ (viz kap. II.1. Společné zásady).

Charakter dávky - určuje stav předkládaných dokladů v dávce:

P - původní, tj. taková dávka, která obsahuje doklady poprvé předkládané,

O - opravná, tj. taková dávka, která obsahuje doklady opravené (nevztahuje se na recepty a poukazy na ZP).

Typ dávky - (viz kap. III.1. Dávky).

Období - označuje měsíc, ve kterém byly předkládané doklady uzavřeny. Datem uzavření se rozumí datum posledního vyúčtovaného kontaktu OL s pacientem nebo datum výdeje léčiva a ZP. Pokud je smluvně dohodnuté účtovací období delší než jeden měsíc, uvádí se dvojčíslí posledního kalendářního měsíce účtovaného období. Údaj se zapisuje ve tvaru MMRR.

Počet listů v dávce - celkový počet listů všech dokladů v dávce; slouží ke kontrole kompletnosti předávané dávky.

(V případě předávání dávek na disketě se uvádí počet dokladů v dávce.)

Celková hodnota dávky - je možno uvést celkovou hodnotu dokladů v dávce v členění:

- hodnota v bodech,
- hodnota v Kč za léčivé přípravky, přímo účtovaný materiál ap. (do této hodnoty se nezahrnují body v Kč).

Průvodní list dávky se opatřuje čitelným otiskem razítka, datem a podpisem statutárního zástupce SZZ nebo pověřeného pracovníka s delegovanou pravomocí k podpisu.

2.7. VZP-09/1997 Průvodní list diskety

Vyplňuje se:

Identifikace diskety - návěstí ("label") diskety obsahující **IČZ** (viz kap. II.1 Společné zásady).

Počet předaných dávek - uvede se celkový počet předávaných dávek.

Průvodní list diskety se opatřuje čitelným otiskem razítka, datem a podpisem statutárního zástupce SZZ nebo pověřeného pracovníka s delegovanou pravomocí k podpisu.

2.8. VZP-10/1999 Recept

Dle kap. II.1. Společné zásady vyplní lékař **Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), Dne:, Razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.**

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

- “(!)”, jde-li o záměrné překročení nejvyšší dávky léčivého přípravku určené lékopisem, překročená nejvyšší dávka musí být vypsána slovy v jazyce latinském,
- “R”, jestliže lékař trvá na vydání předepsaného léčivého přípravku,
- “Pohotovost”, jde-li o recept vystavený lékařskou službou první pomoci včetně zubní péče nebo ústavní pohotovostní službou,
- návod k použití léčivého přípravku.

Lékárna vyplní na receptu v souladu se smlouvou:

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

Sk. - kód podle číselníku Skupiny léčiv a ZP. Na recept je možné předepsat pouze léky skupiny 1 (hromadně vyráběné léčivé přípravky) a 2 (individuálně vyráběné léčivé přípravky).

Kód - kód vydaného léčivého přípravku podle příslušného číselníku léčivých přípravků.

Cena - úhradu vydaného množství léčivého přípravku, kterou je lékárna oprávněna nárokovat na pojišťovně.

Vydal - podpis osoby, která vydala léky.

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

Druhá strana receptu je vyhrazena pro záznamy pojišťovny a lékárny.

2.9. VZP-11/1998 Recept na léčivé přípravky obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II

Pravidla pro předpis léčivých přípravků obsahujících omamné a psychotropní látky jsou uvedena ve vyhlášce č. 343/1997 Sb. Recept na omamné látky se odlišuje od běžného recepturního tiskopisu v těchto náležitostech:

- vyhotovuje se v originále a dvou kopiích s označením prvopis, první průpis a druhý průpis na jednotlivých listech receptu,
- prvopis i průpisy jsou označeny modrým pruhem, stejným číslem a sérií,
- na recept se předepisuje pouze jeden léčivý přípravek.

2.10. VZP-12/1997 Poukaz na brýle a optické pomůcky

Poukaz je oboustranný tiskopis, který se použije k vykazování pouze jedné optické pomůcky.

Dle kap. II.1. Společné zásady vyplní OL na přední straně poukazu **Příjmení a jméno, Číslo pojištění, f., Bydliště (adresa), I-C-P, Dg., Dne: , Razítko**

zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny. Lékař dále vyplní:

Předpis - předepisovaná skla a jiné optické pomůcky. Pokud je zaškrtnuta výměna skel, nelze uplatnit nárok na obrubu, a opačně.

Lékař je povinen požádat pojištěnce, aby na zadní stranu poukazu potvrdil prohlášení o tom zda brýle nebo optickou pomůcku dostává poprvé, či kdy naposledy dostal optickou pomůcku určitého typu, brýle nebo pouze skla.

Výdejce pomůcky vyplní:

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

Kód - kód podle číselníku ZP.

Cena - cena jednotlivých položek předkládaná výdejcem pomůcky k úhradě pojišťovně.

Celkem - konečný součet cen za optické pomůcky.

Razítko oční optiky - dle kap. II.1. Společné zásady razítko výdejce.

Pacient potvrdí podpisem převzetí výrobku na druhém dílu poukazu v části "**Potvrzují, že mi byly vydány**":

A) celé brýle

B) výměna skel do vlastní obruby, zatržením jedné z obou alternativ,

C) jiná optická pomůcka: název pomůcky.

2.11. VZP-13/1997 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

Poukaz je oboustranný tiskopis, který se používá k vyúčtování pouze jednoho druhu ZP. Opravy ZP, pokud jsou hrazeny pojišťovnou, se vyúčtují na samostatném poukazu pod kódem opravy dle číselníku ZP.

Dle kap. II.1. Společné zásady vyplní OL na přední straně poukazu **Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), I-C-P, Dg., Dne: , Razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře, Kód, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.** Lékař dále vyplňuje:

Pomůcka trvalá, dočasná - způsobem uvedeným na tiskopise se vyznačí, zda předávaná pomůcka je pacientovi dána do trvalého užívání, nebo zapůjčena na omezenou dobu.

Pomůcka dočasná na počet měsíců - počet měsíců, na který se předpokládá zapůjčení dočasné pomůcky.

Druh a označení pomůcky - název pomůcky podle číselníku ZP.

Sk - podskupina ZP dle číselníku ZP.

Počet - předepisované množství v poměru k měrným jednotkám uvedeným v číselníku ZP. Rozsah údaje je 5 znaků, 3 celá čísla a 2 místa desetinná.

Příklady:

- měrná jednotka je jedno balení. Balení obsahuje 100 ks. Předepsáno je pouze 20 kusů a počet se vykáže
 $20 : 100 = 0,2$ | | 0 | 2 | 0 |,

- měrná jednotka je jedno balení. Balení obsahuje 1 ks. Předepsány jsou 2 kusy a počet se vykáže
 $2 : 1 = 2,0$ | | 2 | 0 | 0 |.

Na zadní straně poukazu na předtištěných schématech vyznačí lékař doplňující informace o předepsané pomůcce, a zároveň zde pacient svým podpisem potvrdí prohlášení, kdy naposledy obdržel pomůcku (s výjimkou podskupiny obvazů).

Výdejce pomůcky doplní na přední straně poukazu, a to i v případě vyúčtování opravy, údaje:

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

Ev. č. - u zapůjčovaných pomůcek uvede dvanáctimístné evidenční číslo pomůcky ve tvaru, kde:

- prvních 5 míst je smluvní číslo dodavatele,
- dalších 7 míst je číslo ZP přidělené dodavatelem. Zarovnává se doleva.

Pomůcka nová/repasovaná - způsobem uvedeným na tiskopise vyznačí, zda pacientovi zapůjčená pomůcka je nová nebo repasovaná.

Pozn.: Pokud není na formuláři vyhrazen prostor pro uvedení dvou předchozích údajů, vepíše se do volného místa uvozené zkratkou ev. č. Při neuvedení, že se jedná o novou pomůcku, má se za to, že je repasovaná. Například ev. č. 223592456123, nová.

Cena - úhrada vydaného množství pomůcky, kterou je lékárna nebo výdejna oprávněna nárokovat na pojišťovně.

Cena pomůcky - doplatek pojištěnce rovnající se rozdílu mezi celkovou cenou pomůcky a úhradou pojišťovny.

Razítko výdejce - dle kap. II.1. Společné zásady. U evidovaných pomůcek pacient na zadní straně poukazu svým druhým podpisem potvrdí převzetí předepsané pomůcky.

2.12. VZP-13P/1997 Přehled vrácených ZP

Doklad vyplňuje dodavatel ZP, který dle smlouvy s VZP zajišťuje zapůjčování a cirkulaci ZP označených v číselníku ZP symbolem "R".

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňuje **IČZ, Číslo pojištěnce, Kód, Dne:, Razítko výdejce**. Dále se vyplňuje:

za měsíc.....rok... - měsíc a rok vrácení ZP.

Název a adresa dodavatele ZP - úplný název a adresa.

Evidenční číslo ZP - dvanáctimístné evidenční číslo pomůcky ve tvaru, kde:

- prvních 5 míst je smluvní číslo dodavatele,
- dalších 7 míst je číslo ZP přidělené dodavatelem. Zarovnává se doleva.

Datum vrácení - ve tvaru DDMMRR, kdy byla pomůcka vrácena dodavateli.

Sdělení - místo pro poznámky.

Vystavil - jméno pracovníka.

2.13. VZP-14/1997 **Poukaz na foniatrickou pomůcku**

Dle kap. II.1. Společné zásady vyplní lékař **Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), I-C-P, Dg., Dne:, Razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře, Kód.** Lékař dále vyplní údaje:

Indikační skupina - číselný kód podle číselníku ZP označující stupeň postižení pacienta.

Max. úhrada - informativní údaj podle číselníku ZP o výši úhrady, kterou na sluchadlo poskytuje pojišťovna.

Značka sluchadla - značka a slovní popis sluchadla.

Příslušenství - slovní popis doplňků pomůcky.

V dolní části poukazu si nechá potvrdit od pacienta prohlášení o tom, v kterém roce dostal naposledy sluchadlo. Na zadní straně vyplňuje lékař schémata audiometrického vyšetření a slovní audiometrie se sluchadlem. Nutno uvést tři typy vyzkoušených sluchadel stejné kategorie.

Výdejce pomůcky doplní na přední straně poukazu údaje:

Cena - cenu sluchadla nebo příslušenství dle číselníku ZP.

Cena celkem - celkovou cenu pomůcky.

Výdejce si dále nechá potvrdit od pacienta převzetí pomůcky v části "**Potvrzuji, že mi bylo vydáno**":

A) **sluchadlo** nebo

B) **příslušenství ke sluchadlu** - zatržením.

Dne: - uvede se datum vydání pomůcky.

Podpis - podpisem stvrdí pacient převzetí výrobku.

Razítko výdejce – razítkem dle kap. II.1. Společné zásady a podpisem potvrdí výdejce pomůcky její vydání pacientovi.

2.14. VZP-15/1999 Návrh na lázeňskou péči

Platné právní předpisy rozlišují v návrhové činnosti pro lázeňskou péči dvě kategorie lékařů:

- a) doporučující lékař - určen Indikačním seznamem pro jednotlivé indikace,
- b) registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci (dále jen navrhující lékař) - určen zákonem.

V případech, kdy doporučujícím lékařem je registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci, stává se pro potřebu návrhové činnosti jak doporučujícím, tak navrhujícím lékařem.

Návrh na lázeňskou péči (dále jen "návrh") se vyplňuje psacím strojem, přičemž pořizované údaje se na jednotlivé díly dostávají průpisem. Jednotlivé díly návrhu jsou očíslovány, odlišeny svým názvem a barvou (podle toho, komu jsou určeny) i formátem:

díl 1	předvolání pacientovi	růžová	A5
díl 2	potvrzená objednávka láním	modrá	A5
díl 3	lázeňskému ošetřujícímu lékaři k dokumentaci	bílá	A4
díl 4	pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci	zelená	A4
díl 5	registrujícímu praktickému lékaři nebo ošetřujícímu lékaři při hospitalizaci	bílá	A4
	<i>(do doby nových návrhů budou užívány staré tiskopisy, kde je "navrhujícímu lékaři k dokumentaci").</i>		
díl 6	poučení pacienta	růžová	A4

Lázeňskou péči včetně určení stupně naléhavosti poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu doporučuje pojištěnci ošetřující (doporučující) lékař přímo na návrhu v části lékařská zpráva. Doporučení, minimálně v rozsahu odborného nálezu, pro který se doporučuje lázeňská léčba, může být vystaveno i na zvláštním tiskopisu (výměnný list). V takovém případě uvede registrující praktický lékař jednoznačnou identifikaci doporučujícího ošetřujícího lékaře do návrhu (IČP a odbornost).

Doporučující ošetřující lékař je povinen mít základní údaje o doporučení lázeňské péče v dokumentaci pojištěnce a je povinen zajistit předání doporučení bezprostředně nejpozději do 5 pracovních dnů registrujícímu praktickému lékaři.

Návrh na lázeňskou péči podává na předtištěném formuláři pojišťovny navrhující lékař.

V návrhu musí být vyplněny všechny požadované údaje do předtištěných míst, nebo podle osnovy (viz lékařská zpráva), resp. proškrtnuty nehodící se údaje

v předtisku návrhu, a to mimo části vyhrazené reviznímu lékaři ÚP a LZ, případně odborníku pro nemoci z povolání.

Navrhující lékař musí uvést, že nejsou obecné kontraindikace lázeňské péče. Pokud je zjistí, vrátí doporučení zpět ošetřujícímu lékaři. U osob starších 70 let zajistí celkové interní vyšetření.

Před odesláním řádně vystaveného a lékařem potvrzeného návrhu na vysílající ÚP navrhující lékař oddělí díl 6 a předá jej pacientovi - převzetí dílu potvrdí pacient nebo jeho zákonný zástupce podpisem na dílu 3. Poté oddělí od návrhu ještě díl 5, který po doplnění evidenčního čísla zůstává ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

Navrhující lékař zajistí předání lékařské zprávy z lázeňského léčení doporučujícímu ošetřujícímu lékaři.

Pojišťovna po ověření, zda jde o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1- 4 s tím, že příslušnost ÚP se zde řídí podle adresy uvedeného bydliště pacienta (resp. jeho zákonného zástupce).

Po schválení návrhu revizním lékařem pojišťovny a oddělení dílu 4 pro potřeby pojišťovny se předkládá návrh, tj. zbylé díly 1, 2 a 3 určenému LZ, které po vyplnění adresy zařízení a termínu nástupu zajistí předvolání pacienta prostřednictvím dílu 1. Díl 2 zůstává v evidenci příslušného oddělení lázní, díl 3 v dokumentaci lázeňského ošetřujícího lékaře. Tento režim se vztahuje na komplexní lázeňskou péči, u příspěvkové lázeňské péče je režim upraven s určitými odchylkami (viz Komentář k příspěvkové lázeňské péči).

Po vyplnění a vystavení Návrhu na lázeňskou péči dále platí:

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

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **IČP** a **Odbornost** navrhujícího lékaře. Dále se uvádí:

Ev. č. - evidenční číslo si po oddělení jednotlivých dílů doplňují podle svých potřeb příslušní lékaři a odborní pracovníci, kteří s těmito díly dále pracují.

Čís. vysílajícího ÚP VZP- uvede se číslo vysílajícího ÚP, která schvaluje poskytnutí lázeňské péče.

Pacient - uvede se příjmení a jméno, číslo pojištěnce (tj. číslo uvedené na průkazu pojištěnce) a podle okolností buď název a sídlo zaměstnavatele, resp. osoby samostatně výdělečně činné, nebo sídlo školy a třída, kterou pacient navštěvuje, dále úplná a přesná adresa trvalého bydliště včetně PSČ a telefonu (důležité údaje pro lázně i pojišťovnu).

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

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy) - zdravotní stav pacienta je třeba popsat slovy, nestačí pouhý kód Dg., neboť tyto informace slouží k lepší orientaci revizního lékaře, pracovníka pojišťovny i LZ.

Indikace - uvede se číselný kód podle indikačního seznamu. **Důležité upozornění:** před předtištěným obdélníkem pro vyplnění indikace je nutné doplnit údaj o délce léčebného pobytu - jde o údaje uvedené ve sloupci č. 3 Indikačního seznamu.

vzor: 28 VII/1

Dg.- kód Dg. nemoci podle MKN pro kterou byl pacient léčen.

Komplexní - příspěvková lázeňská péče - nepožadovaný, nehodící se typ lázeňské péče se proškrtně.

I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče - nevhodné se proškrtnou. Např. dětský pacient se značí tak, že se proškrtnou volby "I." i "II".

Vyznačení pořadí naléhavosti **I.** vyžaduje dodržet termín nástupu lázeňské péče do jednoho měsíce od data vystavení návrhu ošetřujícím lékařem. Do tohoto stupně naléhavosti patří také překlady z lůžka na lůžko, které mají v lázeňské péči zvláštní rytmus, známý z klinické praxe. Datum nástupu a název LZ doplní po předchozím projednání s lázněmi přímo SZZ, ve kterém je pacient hospitalizován. Vystavený a takto doplněný návrh odešle SZZ na vysílající ÚP podle svého sídla v dostatečném časovém předstihu tak, aby pacient odjel do lázni vybaven nejen propouštěcí zprávou, ale i potvrzeným návrhem od pojišťovny.

Vyznačení pořadí naléhavosti **II.** vyžaduje dodržet termín nástupu lázeňské péče nejpozději do tří měsíců od data vystavení návrhu.

Vyznačení pořadí naléhavosti **D** znamená, že se jedná o dětského pacienta nebo dorost do 18 let, kdy je nutné dodržet termín nástupu nejpozději do šesti měsíců od data vystavení návrhu. Věkovou hranicí pro nástup na lázeňskou péči se rozumí konec kalendářního roku, v němž dorostový pacient dovršil 18 let.

Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče - v případě navržení průvodce pro pobyt (pouze jedna osoba) se proškrtně pouze **Muž** nebo **Žena**. Pokud není průvodce pro pobyt indikován, proškrtně se celý řádek. Průvodcem se rozumí osoba zletilá, způsobilá k právním úkonům. VZP hradí dopravu - pobyt průvodci i v případě, že průvodce je pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, pokud je doprovod indikován a je součástí léčebného procesu pacienta - pojištěnce VZP.

Doporučené místo pro lázeňskou léčbu - vyplňuje se na základě určení doporučujícího ošetřujícího lékaře a uvede se na lince 1, doplňkově i na lince 2.

Dne - uvede se datum vystavení návrhu, (čímž se rozumí kdy navrhující lékař návrh datoval) tím začíná plynout časové rozmezí platnosti návrhu. Od data vystavení návrhu je povinen navrhující lékař zajistit předání návrhu do 5 pracovních dnů na vysílající ÚP.

Razítko a podpis navrhujícího lékaře.

Potvrzení odborníka pro nemoci z povolání - v případě, že lázeňská péče je indikována pro nemoc z povolání a navrhující lékař není odborníkem pro nemoci z povolání, je navrhující lékař povinen zajistit potvrzení návrhu odborníkem ještě před datováním návrhu.

Lékařská zpráva - lékařskou zprávu lze nahradit propouštěcí zprávou lůžkového zařízení, pokud obsahuje všechny požadované údaje vztahující se k základní Dg. pro lázeňskou léčbu a není starší 3 měsíců. Jinak je nutné propouštěcí zprávu aktualizovat!

Pokud ošetřující lékař nezvolí formu doporučení výměnným listem, uvede zde doporučení lázeňské péče včetně IČP, odbornosti, podpisu, razítka a data doporučení.

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAM. DATA (u dětí podrobně)

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

B: NO

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

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

- fyzikální vyšetření a výsledky všech odborných vyšetření ve smyslu Indikačního seznamu, tj. část A povinná vyšetření, u dětí vyplnit odbornou vložku, pokud je LZ vyžadována (není tiskopisem pojišťovny).

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ

- hmotnost pacienta, sedimentace erytrocytů, vyšetření moče a sedimentu, u osob starších 55 let též EKG a ostatní vyšetření minimálně v rozsahu Indikačního seznamu.

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR, VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

- a) hlavní Dg., která je indikací k lázeňské léčbě,
- b) vedlejší Dg.
 - vždy je nutné zhodnocení funkčního stavu.

F: LÉKAŘEM DŮPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

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

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

Lékařská zpráva musí dále obsahovat důvody doporučení a očekávaný efekt lázeňské léčby.

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

Pacient musí být celou dobu lázeňského pobytu vybaven léky, které pravidelně užívá (viz díl 6 návrhu "Jak s VZP do lázní"). U osob starších 70 let je nutné celkové interní vyšetření, pokud by lázeňská léčba měla mít větší zátěž na kardiovaskulární systém pacienta.

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE ÚP VZP

V této pro potřeby pojišťovny vyhrazené části návrhu revizní lékař povoluje a případně upravuje předložený návrh v jednotlivých položkách, případně jej celý zamítá. Své stanovisko potvrdí otiskem razítka a čitelným podpisem, vč. uvedení data posouzení návrhu.

Schvaluji: pokud revizní lékař předložený návrh schvaluje ve všech položkách, proškrtne slova "Upravuji - Zamítám (důvod)" a na lince 1, 2 a 3 **doplní tři** vhodná LZ z Registru lázeňských SZZ pojišťovny.

Upravuji: volné místo lze využít k dalším úpravám návrhu nad rámec pouhého proškrtnutí předtištěných odrazů, jinak se proškrtnou slova "Zamítám (důvod)".

Stanovisko revizního lékaře se doplní otiskem razítka ÚP a podpisem jejího zástupce, resp. pracovníka pověřeného k podpisu návrhu. Takto vyhotovený návrh se po oddělení dílu 4 - jako objednávka služeb odešle do LZ uvedeného v prvním pořadí (na lince 1), a to nejpozději do pěti pracovních dnů od data převzetí návrhu pojišťovnou od lékaře, který návrh podává.

Zamítám (důvod): důvody zamítnutí návrhu je nutné předem projednat s doporučujícím lékařem a konkrétní zdůvodnění uvést do tiskopisu návrhu. Zamítnutý návrh odesílá ÚP zpět navrhujícímu lékaři (díl 4 zůstává na pojišťovně).

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ

Předtištěné údaje (název a adresa lázní, datum nástupu pacienta) v této části návrhu doplňuje příslušné oddělení LZ ve lhůtě tří pracovních dnů od data doručení návrhu. Všechny tři zbylé díly návrhu se opatří otiskem razítka a podpisem odpovědného pracovníka s tím, že díl 1 - **předvolání pacientovi** je

LZ povinně odeslat (spolu s ostatními informacemi o nástupu, poučením, prospekty apod.) tak, aby pacient byl vyrozuměn **nejpozději do 5 dnů přede dnem určeného nástupu**. Po odléčení pacienta se **díl 1 příkládá k Vyúčtování lázeňské péče** (VZP-16/2000) jako potvrzená objednávka pojišťovny.

Pokud LZ uvedené v návrhu na prvním pořadí, nemá k dispozici lůžko v časovém rozmezí daném stupněm naléhavosti, je povinně celý návrh (díl 1, 2 a 3) odeslat na LZ uvedené v návrhu na druhém pořadí, LZ ve druhém pořadí pak případně na LZ ve třetím pořadí, a to vždy ve lhůtě tří pracovních dnů ode dne doručení návrhu z ÚP nebo LZ. Datem doručení a odeslání se rozumí razítko podatelny LZ. V případě, že ani LZ ve třetím pořadí nenalezne lůžko pro pacienta, je povinně odeslat návrh zpět na vysílající ÚP do tří pracovních dnů ode dne doručení návrhu a po předběžném projednání situace s touto pojišťovnou. O dalším postupu léčby takového pacienta rozhodne lékař, který doporučuje lázeňskou péči, případně revizní lékař pojišťovny po dohodě s ním.

V případě, kdy pacient již obdržel díl 1 a vznikla některá z překážek, která brání nástupu pacienta na lázeňskou léčbu ve stanoveném termínu (jako např. úmrtí v rodině, ošetřování člena rodiny, neodkladná hospitalizace, kontraindikační onemocnění), je pacient povinen neprodleně oznámit vysílajícímu ÚP vznik takové skutečnosti. LZ přitom může, po předchozím telefonickém projednání s ÚP, pacienta předvolat znovu, pokud náhradní termín nástupu nepřesahuje dobu vymezenou pořadím naléhavosti. Tento další termín oznámí LZ pacientovi písemně, např. telegramem. Po nástupu pacienta LZ přepíše původní termín nástupu na dílu 1 na den uvedený v písemném oznámení pacientovi (telegram není pro pojišťovnu zúčtovacím dokladem).

Komentář k příspěvkové lázeňské péči

Pojišťovna u příspěvkové lázeňské péče nehradí náklady spojené s ubytováním, stravováním a dopravou pacienta (ani průvodce) do lázní a zpět.

Poskytování příspěvkové lázeňské péče musí být vždy v souladu s indikačním seznamem pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost a musí být dodržena určená délka léčby pro jednotlivé indikace.

Návrh na příspěvkovou lázeňskou péči, schválený revizním lékařem, obdrží pacient od vysílajícího ÚP. Při převzetí návrhu budou pacientovi poskytnuty informace o vhodných lázeňských místech a smluvních LZ, vč. adres a telefonního spojení.

Pacient může využít servisní služby ÚP, která probíhá v součinnosti s LZ, nebo může svěřit návrh cestovní kanceláři, expozituře lázní, nebo uplatnit svůj návrh osobní návštěvou v lázních, využít telefonního spojení apod.

Doba platnosti návrhu u příspěvkové lázeňské péče je 6 měsíců ode dne jeho vystavení navrhujícím lékařem - ten proškrtne slovo "Komplexní" a vyplní

pouze indikaci a Dg. Revizní lékař rovněž vyznačí příspěvkovou lázeňskou péči, pokud nemění příspěvkovou na komplexní.

LZ při umístování “příspěvkového” pacienta si určuje postup samo podle svých potřeb a dispozic s tím, že nástup pacienta zaznamená jak na dílu 2, tak na dílu 1 jako nedílné součásti vyúčtování poskytnuté péče.

2.15. VZP-16/1999 Vyúčtování lázeňské péče

Náklady komplexní lázeňské péče jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou - jsou hrazeny náklady na ubytování, stravování a léčení. Dopravu pojištěnce (doprovodu) hradí pojišťovna pouze v případě, kdy je indikována ošetřujícím lékařem. U příspěvkové lázeňské péče poskytuje pojišťovna pouze příspěvek ve výši nákladů na vyšetření a léčení.

Vyúčtování lázeňské péče se uzavírá za léčení v uplynulém měsíci vždy po uplynutí kalendářního měsíce a předkládá jako dávka dokladů v termínu dohodnutém ve smlouvě, výhradně na předepsaném dokladu **Vyúčtování lázeňské péče - tiskopis VZP-16/1999**. Jde o třídílný samopropisovací tiskopis, z něhož první dva díly, tj. originál a kopii, zašle LZ spádovému ÚP, které kopii dále postoupí vysílajícímu ÚP. Celkový počet předaných dokladů se vyznačí na průvodním listu dávky.

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

- a) přímo tiskopisem a jedná se o pojištěnce, jehož vyúčtování potvrzuje podpisem zákonný zástupce,
- b) na magn. médiu

a **přiloží se příslušný díl 1** “Návrhu na lázeňskou péči”.

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

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

Dále se vyplňuje:

Indikace - číselný kód označující lázeňskou léčbu podle Indikačního seznamu.

Čís. vysílajícího ÚP VZP - uvede se číslo ÚP, které schválila poskytnutí lázeňské péče podle “Návrhu”.

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

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

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

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

Datum ukončení léčby - den ukončení lázeňské léčby pacienta.

Datum odjezdu pacienta - uvede se skutečný den odjezdu pacienta, resp. jeho průvodce pro pobyt v lázních. Toto datum se nemusí shodovat s datem ukončení léčby.

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

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

Průvodce pro pobyt - pro vyúčtování nákladů na ubytování a stravování je nutno uvést příjmení a jméno průvodce pacienta a jeho číslo pojištěnce. Pokud průvodce není pojištěncem VZP, vykáží se náklady na úhradu doprovodu na číslo pojištěnce - pacienta.

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

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

poč. dnů - uvede se skutečný počet dnů léčebného pobytu pacienta.

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

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

kategorie ubyt. - uvede se příslušná kategorie ubytování pacienta a jeho průvodce podle ceníku, tj. zkratky "bez" (bez koupelny, sprchy a toalety), WC (s toaletou), SWC (se sprchou a toaletou), KWC (s koupelnou a toaletou) nebo D (děti a dorost).

poč. lůžek v pokoji - uvede se číslo odpovídající počtu lůžek na pokoji, ve kterém je pojištěnec ubytován.

kód přerušení - uvede se vždy ten z předtištěného seznamu kódů přerušení léčby, který je důvodem k přerušení léčení. Přerušením se rozumí takové období, které nepřesahuje dobu trvání lázeňské péče uvedené v "Návrhu". Po dobu přerušení léčby je pacientovi rezervováno lůžko, náklady s tím spojené hradí pojišťovna.

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

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

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

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

2.16. VZP-18/1999 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně

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

Návrh na umístění dítěte v ozdravovně (dále jen “návrh”) se vyplňuje psacím strojem, přičemž pořizované údaje se na jednotlivé díly dostávají průpisem. Jednotlivé díly návrhu (A4) jsou očíslovány a odlišeny svým názvem a barvou (podle toho, komu jsou určeny):

díl..1 potvrzená objednávka ozdravovně k dokumentaci

díl 2 spádovému ÚP k evidenci

díl 3 vysílající ÚP a reviznímu lékaři k dokumentaci

díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci

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

Navrhující lékař v návrhu vyplní všechny požadované údaje do předtištěných rámečků, tj. v oddílu “Výsledek lékařského vyšetření” a “Stanovisko navrhujícího lékaře”. Před odesláním řádně vystaveného návrhu na vysílající ÚP lékař oddělí díl 4 návrhu, který po doplnění evidenčního čísla zůstává ve zdravotnické dokumentaci dítěte.

Vysílající ÚP po ověření, zda jde o pojištěnce VZP, převezme návrh v rozsahu dílů 1-3 s tím, že příslušnost ÚP se zde řídí podle příslušnosti navrhujícího lékaře. Po schválení návrhu revizním lékařem a oddělení dílu 3 pro potřeby pojišťovny se předkládá návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 dětské ozdravovně s tím, že díl 1 si ponechává dětská ozdravovna k dokumentaci a díl 2 přikládá k vystavenému individuálnímu účtu pro spádovou pojišťovnu

Dětská ozdravovna na základě potvrzeného návrhu, který obdržela od ÚP, zajistí předvolání dítěte na vhodný termín pobytu vlastním formulářem.

Po vyplnění a vystavení Návrhu na umístění dítěte v ozdravovně jej navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka zdravotnického zařízení na každém dílu návrhu zvlášť. Bez těchto náležitostí, jakož i data vystavení (důležitý údaj pro plynutí stanovených lhůt platnosti návrhu) pojišťovna návrh nepřevezme.

Ev. č. - evidenční číslo si po oddělení jednotlivých dílů doplňují podle svých potřeb příslušní lékaři a odborní pracovníci, kteří s těmito díly dále pracují.

Čís. vysílajícího ÚP VZP - uvede se číslo ÚP, které schvaluje poskytnutí ozdravenské péče.

Čís. návrhu ÚP VZP - číslo návrhu přidělené na ÚP VZP

Rok návrhu - zadá ÚP VZP

VYPLNÍ ŽADATEL:

Příjmení a jméno dítěte - uvede se příjmení a jméno.

Číslo pojištěnce - vyplní se číslo uvedené na průkazu pojištěnce.

Škola a třída - uvede se název a sídlo školy a třída navštěvovaná dítětem.

Sourozenci žijící (počet a stáří) - stáří jednotlivých sourozenců se uvede postupně za sebou, oddělené čárkami.

Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy)

Rodiče (zákonný zástupce): uvede se příjmení a jméno, adresa zaměstnavatele, číslo telefonu do zaměstnání, úplná a přesná adresa trvalého nebo přechodného bydliště včetně PSČ a telefonu otce i matky (zákonného zástupce). V případě obtížného spojení s jedním z rodičů je možné uvést jméno, adresu a telefon prarodiče.

Dne - datum žádosti.

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

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ

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

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

Přestálé nemoci dítěte - výčet prodělaných nemocí, operací, úrazů.

Očkování proti - výčet aplikovaných očkování.

Váha a směrodatná odchylka

Výška a směrodatná odchylka

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

Případné laboratorní vyšetření - sedimentace erytrocytů, vyšetření moče, ev. vyšetření krevního obrazu, i jiné dle úvahy navrhuje lékaře.

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

STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE

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

Typ ozdravenského programu:

- I. - zdravotní oslabení vlivem nepříznivého životního prostředí
- II. - zdravotní problémy spojené s nesprávným životním stylem
- III. - rekonvalescence nevyžadující specializovanou léčbu

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

Dále se uvádí:

Doporučená ozdravovna - navrhuje lékař vybere pro dítě vhodnou ozdravovnu podle Adresáře zdravotnických zařízení v ČR, vydaného MZ ČR, a uvede ji na linku 1, doplňkově i na linku 2.

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

Dne - uvede se datum vystavení návrhu, jímž začíná plynout časové rozmezí 6 měsíců platnosti návrhu. Od data vystavení návrhu je SZZ povinno předat návrh

do 5 pracovních dnů na vysílající ÚP, útvar lázeňské a ozdravenské péče, a to způsobem určeným jejím ředitelem.

Razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře - stvrzuje platnost návrhu.

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

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE ÚP VZP

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

Schvaluji ozdravovnu: pokud revizní lékař předložený návrh schválí, proškrtně slova “Upravuji - Zamítám (důvod)”. Na předtištěnou linku uvede dvě vhodné ozdravovny z Registru smluvních dětských ozdravoven.

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

Zamítám (důvod): důvody zamítnutí návrhu je nutné předem projednat s navrhujícím lékařem. V tomto případě odešle revizní lékař nepotřebné díly návrhu zpět navrhujícímu lékaři (díl 3 zůstává na ÚP).

Stanovisko revizního lékaře se doplňuje otiskem razítka ÚP a podpisem jejího zástupce, resp. pracovníka pověřeného k podpisu návrhu. Takto vyhotovený návrh se - po oddělení dílu 3 - jako objednávka služeb odešle do dětské ozdravovny uvedené v prvním pořadí (na lince 1), a to nejpozději do pěti pracovních dnů od data převzetí návrhu pojišťovnou od navrhujícího lékaře.

DĚTSKÁ OZDRAVOVNA

Dětská ozdravovna zasílá předvolání dítěte, spolu s ostatními informacemi o nástupu, poučením apod. tak, aby rodiče dítěte (jeho zákonný zástupce) byli vyrozuměni **nejpozději 14 dnů přede dnem určeného nástupu**. Po ukončení ozdravenského pobytu dítěte se **díl 2 přikládá k individuálnímu Vyúčtování ozdravenské péče** jako potvrzená objednávka pojišťovny.

Pokud dětská ozdravovna uvedená v návrhu na prvním pořadí nemá k dispozici lůžko v časovém rozmezí daném dobou platnosti návrhu, je povinna celý návrh (díly 1 a 2) odeslat do ozdravovny uvedené v návrhu na druhém pořadí, a to vždy ve lhůtě tří pracovních dnů ode dne doručení návrhu z ÚP.

Datem doručení a odeslání se rozumí razítko podatelny ozdravovny. V případě, že ani ozdravovna ve druhém pořadí nenalezne lůžko pro dětského pacienta, je povinna odeslat návrh zpět na vysílající ÚP do tří pracovních dnů ode dne doručení návrhu a po předběžném projednání situace s touto pojišťovnou. O dalším postupu při umístování takového dítěte rozhodne navrhující lékař ve

spolupráci s revizním lékařem pojišťovny v době platnosti návrhu. Nedodržení výše uvedených termínů je považováno za porušení smluvních podmínek.

V případě, kdy rodiče dítěte (zákonný zástupce) již obdrželi předvolání k nástupu do ozdravovny a vznikla některá z překážek, které brání nástupu dítěte ve stanoveném termínu (jako např. úmrtí v rodině, neodkladná hospitalizace, kontraindikační onemocnění), jsou rodiče dítěte (zákonný zástupce) povinni neprodleně oznámit vysílající ÚP vznik takové skutečnosti. Dětská ozdravovna přitom může, po předchozím telefonickém projednání s ÚP, dítě předvolat znovu, pokud náhradní termín nástupu nepřesahuje dobu vymezenou pro platnost návrhu. Tento další termín oznamuje ozdravovna písemně, např. telegramem. Po nástupu dítěte ozdravovna přepíše původní termín nástupu na dílu 1 a 2 na den uvedený v písemném oznámení (telegram není pro pojišťovnu zúčtovacím dokladem).

2.17. VZP-19/1999 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně

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

Zdravotní péči v dětských odborných léčebnách doporučuje ošetřující lékař. Vlastní návrh však podává registrující praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci, a to na čtyřdílném průpisovém tiskopisu **Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně**. Tiskopis se vyplňuje psacím strojem. Na jednotlivých očíslovaných dílech je v záhlaví vyznačeno, pro koho jsou určeny:

- díl 1 potvrzená objednávka léčebně**
- díl 2 pojišťovně k evidenci**
- díl 3 reviznímu lékaři k dokumentaci**
- díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci**

Postup schvalování návrhu

Navrhující lékař po vyplnění požadovaných údajů v návrhu oddělí díl 4 návrhu, který zůstává ve zdravotnické dokumentaci dítěte. Zbývající díly lékař odešle na útvar zdravotní péče jemu příslušné ÚP. Pro dostupnost dokumentace je na rozdíl od systému potvrzování lázeňské a ozdravenské péče návrh schvalován na ÚP podle pracoviště lékaře - ne podle bydliště dítěte.

ÚP po ověření, zda se jedná o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1-3. Zde se k návrhu vyjádří revizní lékař. Po schválení návrhu revizním

lékařem ÚP a oddělení dílu 3 pro potřeby ÚP se odešle návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 dětské léčebně s tím, že díl 1 si ponechává dětská léčebna k dokumentaci a díl 2 přikládá k vystavenému individuálnímu účtu pro spádové ÚP.

Dětská léčebna na základě potvrzeného návrhu, který obdržela od ÚP, zajistí předvolání dítěte na vhodný termín pobytu vlastním způsobem.

Pokud je pacient překládán přímo z nemocnice do dětské odborné léčebny, revizní lékař návrh neposuzuje. Součástí zdravotnické dokumentace v léčebně je však v tomto případě překladová zpráva, ze které musí být patrná indikace k pobytu v léčebně.

Řádně vyplněný formulář navrhuující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka zdravotnického zařízení na každém dílu návrhu zvlášť.

Postup vyplňování tiskopisu

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

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

Dále se vyplňuje:

Ev. č. - na jednotlivé díly se uvádí evidenční číslo, které si doplňují podle svých potřeb příslušní lékaři a odborní pracovníci, kteří s těmito díly pracují.

Jméno a příjmení dítěte - uvede se jméno a příjmení pacienta.

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

Přesná adresa vč. PSČ - úplná a přesná adresa trvalého nebo přechodného bydliště včetně PSČ a telefonu (důležité údaje pro léčebnu i pojišťovnu).

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

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

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

Dne - uvede se datum vystavení návrhu. Od tohoto dne začíná plynout časové rozmezí 6 měsíců platnosti návrhu. Navrhující zdravotnické zařízení je povinno předat návrh do 5 pracovních dnů od data vystavení návrhu na příslušné ÚP, a to způsobem určeným jejím ředitelem.

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

V této části návrhu revizní lékař příslušného ÚP schvaluje, upravuje nebo zamítá předložený návrh. Své stanovisko potvrdí podpisem, svou jmenovkou a čitelným otiskem razítka ÚP.

Schvaluji léčebnu: pokud revizní lékař předložený návrh schválí, doplní název léčebny a proškrtně slova "Upravuji - zamítám".

Upravuji: proškrtně se slovo zamítám, doplní se např. jiná léčebna.

Zamítám (důvod): důvody zamítnutí návrhu je nutné předem projednat s navrhujícím lékařem. V tomto případě odešle revizní lékař nepotřebné díly návrhu zpět navrhujícímu lékaři (díl 3 zůstává na ÚP).

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA

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

OA: uvedou se vážnější přestálé nemoci, operace, úrazy.

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

Alergie: na léky, potraviny, jiné, ev. jaká léčba.

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO: uvedou se současné obtíže dítěte, pro které je pobyt v léčebně navrhován, včetně dosavadní terapie.

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva): uvedou se výška, váha, patolog. odchylky, zvláště pokud jsou ve vztahu k pobytu v léčebně.

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

E: LÉKAŘEM DŮPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ: uvede se zdůvodnění doprovodu pacienta, navržený způsob dopravy, potřeba dietního stravování apod. Doprovod dítěte do věku 6 let není nutné schvalovat revizním lékařem, nad 6 let ano. Indikující lékař může pobyt doprovodu navrhovat, ale konečné rozhodnutí náleží odborné léčebně. Pokud bude léčebna požadovat umístění doprovodu u dítěte staršího 6 let, požádá o schválení revizního lékaře jí příslušné ÚP.

2.18. VZP-20/1999 Výpis z receptu

Výpis léčivého přípravku z receptu se pořizuje v lékárně na zvláštní tiskopis, který se vyplňuje na rozdíl od receptu takto:

- vypisuje se pouze jeden léčivý přípravek,
- do spodní poloviny tiskopisu se uvede, pod jakým sériovým číslem (výpis z receptu číslo), jestliže je na receptu toto číslo uvedeno, kdy (vystaveného dne) a kým (lékař a IČP) byl původní předpis vystaven,
- pořízení výpisu se potvrdí podpisem a razítkem lékárny.

2.19. VZP-21/1999 Žádanka o schválení (povolení)

Doklad se používá se jako žádost o schválení či povolení úhrady péče, která je v zákonech, vyhláškách (hlavně seznamech) či smlouvě podmíněna schválením revizním lékařem. Doklad vyplňuje žadatel, tedy OL, případně zdravotnické zařízení. Revizní lékař se k žádosti vyjádří (obvykle do 10 dnů), kopii dokladu vrátí žadateli a originál si založí.

Výkonu, léčiva, ZP, ostatní - proškrtnutím či jiným zřetelným označením se uvede druh položky předkládané ke schválení.

Čís. schválení - revizní lékař určí jednoznačné číslo žádanky v rámci roku a ÚP, pod kterým bude povolení evidováno. Žadatel vyplňuje pouze v případě předběžného schválení.

Předběžně dne - uvede se datum ve tvaru DDMMRR v případě, kdy byla žádost s revizním lékařem předem projednávána a kdy jí přidělil číslo schválení.

Pro pacienta, (zařízení) - jméno pojištěnce, resp. název zdravotnického zařízení, pro které se žádá povolení nestandardní úhrady.

Čís. pojištěnce, IČP - uvede se číslo pojištěnce a IČP zařízení, pro které je zvláštní položka určena.

Sk - skupina podle číselníku Skupiny léčiv a ZP.

Kód - uvádí se v případě, kdy číslo výkonu, léčiva či ZP je uveden v přísl. číselníku.

Název - položka, která se předkládá ke schválení reviznímu lékaři.

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

Platnost do - datum ve tvaru DDMMRR označující omezení povolení na určité časové období.

Specifikace požadavku - uvede se konkrétní důvod, pro který je posouzení revizním lékařem vyžádáno. Může jít o

- schválení výkonu, léčiva nebo ZP označeného v seznamech symboly požadujícími schválení RL,
- povolení úhrady z veřejného zdravotního pojištění v případech, kdy je delegováno rozhodnutí na RL zákonem, příslušnou vyhláškou nebo přímo ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou (zde je v zájmu správného a rychlého vyřízení žádosti vhodné uvést konkrétně, podle které části zákona, vyhlášky či smlouvy je povolení žádáno).

Zdůvodnění - lékařská epikríza, ze které jednoznačně vyplývá naplnění podmínek pro úhradu z veřejného zdravotního pojištění, uvedených v příslušných platných předpisech.

Pokud není znám kód léčiva či ZP, je nutno uvést jeho cenovou kalkulaci a dodavatele. Nestací-li místo pro zdůvodnění, pokračuje se na druhé straně tiskopisu, případně na příloze.

Dne:, razítko a podpis žadatele - osobní potvrzení žádosti.

Stanovisko revizního lékaře ÚP VZP - razítko a podpis revizního lékaře, který žádanku odsouhlasí. V případě zamítnutí žádosti se uvede důvod zamítnutí.

2.20. VZP-22/1997 Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví

Tento formulář je určen všem SZZ pro případ, že se tato setkají při výkonu své práce s takovými případy poškození zdraví, která vykazují známky zavinění fyzickou či právnickou osobou. V podstatě se jedná o jakékoliv případy újmy na zdraví (např. úrazy, otravy apod.), které podléhají podle ustanovení § 55 odst. 2 platného znění zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění ohlašovací povinnosti.

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, označí slovem "neznámé".

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, 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...

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

Jedná se o úraz: prac., neprac., nevím - alternativy, může se stát, že jde o 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 zdravot. zařízení, kde je zraněný ošetřen a které odesílá "Hlášení úrazu" příslušné pojišťovně.

Kdy a kam byl zraněný odeslán na další vyšetření nebo do ústavní 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 zdrav. zařízení - zástupce SZZ, které doklad vystavilo. IČZ na otisku razítka musí být čitelné. V případě nečitelnosti nutno vypsát IČZ nad otisk razítka.

Vyplněné tiskopisy zašle SZZ pojišťovně i v případě, že nebyla zjištěna totožnost zraněné osoby a na ni navazující údaje.

2.21. VZP-23/2001 Vyúčtování ozdravenské péče

Náklady na zdravotní péči v dětských ozdravovnách jsou plně hrazeny pojišťovnou. Vyúčtování poskytnuté ozdravenské péče se provádí výhradně na předepsaných dokladech

Vyúčtování ozdravenské péče se uzavírá za ozdravenskou péči v uplynulém měsíci vždy po uplynutí kalendářního měsíce a předkládá jako dávka dokladů v

termínu dohodnutém ve smlouvě, výhradně na předepsaném dokladu **Vyúčtování ozdravenské péče - tiskopis VZP-23/2001**. Jde o třídílný samopropisovací tiskopis, z něhož první dva díly, tj. originál a kopii, zašle dětská ozdravovna spádovému ÚP, které kopii dále postoupí vysílajícímu ÚP. Celkový počet předaných dokladů se vyznačí na průvodním listu dávky.

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

- a) průběžně nebo jednorázově (za celou dobu pobytu) na magnetickém médiu
- b) průběžně papírovou formou dokladů.

a přiloží se příslušný díl 1 "Návrhu na ozdravenskou péči".

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

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

Čís. návrhu - uvede se číslo návrhu podle „Návrhu na ozdravenskou péči“

Rok návrhu - uvede se rok podle „Návrhu na ozdravenskou péči“

Čís. vysílajícího ÚP VZP - uvede se číslo ÚP, které schválilo poskytnutí ozdravenské péče podle „Návrhu“.

Ozdravenský program - číselný kód označující typ ozdravenského programu.

Dětská ozdravovna - uvede se celý název zařízení podle Registru smluvních dětských ozdravoven, ve které dítě absolvovalo ozdravenskou péči.

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

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

Datum ukončení ozdravenské péče - den ukončení ozdravenské péče pacienta.

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

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

Předčasné ukončení pobytu - ukončení z důvodu hospitalizace dítěte nebo na žádost jeho rodičů (zákonného zástupce), popř. z jiných kvalifikovaných důvodů povoluje vedoucí lékař dětské ozdravovny. Jiný důvod předčasného ukončení pobytu (např. svévolné opuštění dětské ozdravovny nebo předčasné propuštění pacienta pro porušení ozdravenského režimu) se uvede ve "Sdělení". Dětská ozdravovna vyúčtuje pojišťovně v těchto případech pouze skutečně vynaložené náklady na pobyt, který pacient již absolvoval.

Vyúčtování nákladů za **ubytování, stravování a ozdravenský program** pacienta:

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

poč. dnů - uvede se skutečný počet dnů ozdravenské péče pacienta.

cena/den - uvede se cena ubytování, stravování a ozdravenského programu za jeden den podle platného ceníku.

cena (Kč) - uvede se celková cena jako násobek počtu uvedených dnů a ceny za 1 den.

Kód přerušení ozdravenské péče - uvede se vždy ten z předtištěného seznamu kódů přerušení ozdravenské péče, který je důvodem k přerušení ozdravenské péče. Přerušením se rozumí takové období, které nepřesahuje dobu trvání ozdravenské péče uvedené v "Návrhu". Po dobu přerušení ozdravenské péče je pacientovi rezervováno lůžko, náklady s tím spojené hradí pojišťovna.

Pozn.: na samostatném řádku v oddílu Pacient - ubytování se vykazuje změna ubytování a doba přerušení ozdravenské péče z důvodu hospitalizace pacienta nebo na jeho žádost se souhlasem vedoucího lékaře dětské ozdravovny (jiná situace by neměla nastat, jinak lze využít místa pro "Sdělení").

Prodlužky z celkového počtu dnů - uvede se počet dnů prodloužení ozdravenské péče z celkového počtu dnů pobytu pacienta.

Cena (Kč) za pobyt celkem - uvede se celková cena v Kč za účtované období ozdravenské péče pacienta.

Řádně vyplněné papírové doklady včetně data vystavení potvrzuje odpovědný pracovník dětské ozdravovny svým podpisem a čitelným otiskem razítka. Doklad o celkovém vyúčtování ozdravenské péče podepisuje rodič dítěte, resp.

zákonný zástupce. Bez těchto náležitostí pojišťovna doklady nepřevzme. Úhradu poskytnuté a řádně vyúčtované ozdravenské péče provede spádové ÚP.

2.22. VZP-30/1999 **Registrační list**

Doklad slouží k registraci pojištěnce k lékaři. Pořizuje se pouze v papírové formě. Registrační list má tři listy označené čísly I, II a III. List I zůstává v evidenci lékaře, list II se předává k evidenci VZP a list III pojištěnci. Jestliže pojištěnec změní zdravotní pojišťovnu, má tato možnost požadovat od lékaře doložení kopie registračního listu I pojištěnce nebo prohlášení lékaře o tom, že má v pacientově zdravotní dokumentaci založen jeho registrační list I.

Všechny požadované údaje se vyplňují do předtištěných rámečků listu I. Na listy II a III se údaje v předtištěných rámečcích propíší. Po vyplnění listu I se jednotlivé listy oddělí, každou zvlášť pojištěnec podepíše, a teprve poté registrující lékař doplní na list II IČP (viz kap. II.1. Společné zásady) a listy II a III potvrdí svým podpisem a otiskem razítka.

Číslo pojištěnce - vyplní se číslo z průkazu pojištěnce.

Jméno a příjmení pojištěnce, adresa jeho trvalého bydliště, resp. přechodného pobytu se vyplňuje hůlkovým písmem nebo na psacím stroji. Adresa se zaznamenává v pořadí údajů:

- ulice (obec), číslo,
- obec (dodací pošta),
- PSČ

podle toho, zda jde o adresu ve velkém městě nebo v obci, která má či nemá poštu nebo ulice, anebo v malé obci (osadě), která nemá ulice.

Datum reg. - uvede se datum registrace v tvaru DDMMRR.

Podpis pojištěnce (zák. zástupce) - svým podpisem se pojištěnec, resp. zákoný zástupce nezletilých dětí, popřípadě jiných osob zavazuje, že uhradí tu část cestovních nákladů lékaře v návštěvní službě, která přesáhne ÚP stanovený a hrazený počet km dojezdu při návštěvní službě.

Po uzavření registrace se pojištěnci nebo zákonnému zástupci pojištěnce předá list III se základním poučením.

Vyplněné a potvrzené registrační listy pojištěnců se předávají ÚP v dohodnutých termínech. Registrační listy se předávají stejně jako ostatní doklady v dávkách s tím rozdílem, že na průvodním listu dávky se vyplní pouze kód ÚP, IČZ zařízení, čís. dávky, období a počet předkládaných listů.

Přeregistrace pojištěnce u jiného praktického lékaře, praktického zubního nebo ženského lékaře před uplynutím stanovené zákonné lhůty z jiného důvodu než

při změně pracoviště smluvního lékaře VZP nebo trvalého pobytu pojištěnce je možná pouze se souhlasem ÚP. Rovněž pojištěnec mladší 6 měsíců může být přeregistrován před uplynutím stanovené zákonné lhůty s podmínkou písemného souhlasu původně registrujícího lékaře. Při další registraci (přeregistraci pojištěnce) si lékař vyžádá od pojištěnce platný list III a přiloží jej k části II nově vystaveného registračního listu předávaného ÚP.

Lékař, od kterého byla z důvodu přeregistrace vyžádána písemná informace potřebná k zajištění návaznosti zdravotní péče, uschová písemnou žádost spolu s listem I registračního listu pojištěnce vyřazeného z jeho evidence. Uschované doklady slouží pro případnou kontrolu.

2.23. VZP-31/1997 Faktura za období **VZP-32/1997 Faktura za dávky**

Vyplňuje se:

IČZ - identifikační číslo zařízení (viz kap. II.1. Společné zásady).

Číslo faktury - číslo faktury přidělené odpovědným pracovníkem SZZ.

IČO - identifikační číslo organizace přidělené ČSÚ.

Pořadové číslo - nevyplňuje se.

Poskytovatel - název SZZ předkládajícího fakturu k proplacení.

Peněžní ústav - název peněžního ústavu SZZ.

Číslo účtu, Kód peněžního ústavu - číslo bankovního spojení.

Den vystavení fa

Den odeslání fa

splatnost faktury do ... pracovních dnů ode dne doručení!

Fakturováno za období - číslo měsíce, za který je poskytnutá péče účtována,

roku - rok, za který je poskytnutá péče účtována.

Celkem Kč - uvede se účtovaná finanční částka.

Číslo dávky, měsíc/rok (pouze u faktury za dávky) - uvede se číslo dávky, případně období ve tvaru MMRR (měsíc/rok), za které je poskytnutá zdravotní péče účtována. Číslo dávky a období musí být shodné s údaji průvodního listu dávky. Pokud se dávka dokladů vztahuje k některému z minulých období, je vyplnění sloupce "měsíc/rok" povinné.

Razítko a podpis – dle pravidel uvedených v kap. II.1. Společné zásady.

Pořadové číslo fa ve VZP, Den doručení fa a Den splatnosti fa vyplňuje ÚP. Splatnost faktury se řídí termíny dohodnutými ve smlouvě.

2.24. VZP-34/1999 Příkaz ke zdravotnímu transportu

Příkaz ke zdravotnímu transportu (dále jen Příkaz) je tiskopis s jednou průpisovou kopií pro indikaci zdravotnických transportů a převozu zemřelého pojištěnce na zdravotní pitvu.

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

Příkaz pro cestu do SZZ, kde má být pojištěnci poskytnuta zdravotní péče, **vyplňuje** vždy ten odesílající OL, který poskytnutí zdravotní péče požaduje.

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

Lékař, který poskytl pojištěnci zdravotní péči v SZZ, je povinen zhodnotit, zda je indikován zdravotnický transport pojištěnce do místa pobytu, a v případě, že ano, **vyplní** Příkaz pro cestu zpět.

Lékař požadující zdravotnický transport vyplní následující údaje dílu A.

Dle kap. II.1. Společné zásady vyplňuje **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Pacient, Číslo pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní dg., Kód náhr.** Jako Dg. pro indikaci zdravotního transportu uvede základní dg.

Dále uvádí:

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

Důvod k transportu: odůvodnění požadovaného transportu a vždy odůvodnění doprovodu. Pokud se jedná o speciální požadavek, vyznačí navíc:

INF - Infekční transport,

NA PITVU - Transport na zdravotní pitvu,

STATIM - Požadavek na urychlený transport

VITAL - Doprava lékaře či jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému výkonu nebo doprava transfuzních přípravků, spec. léčiv, tkání a orgánů nezbytných vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce a bezprostřednímu ohrožení jeho života. Výzva se telefonicky předá dopravci. Doprava (včetně nutné dopravy dárců) se vykazuje vždy na číslo pojištěnce příjemce

Trvalý pobyt: trvalé bydliště pojištěnce.

Odkud a kam - odkud a kam je požadován transport. Vyplní nejbližší SZZ, které je schopno požadovanou zdravotní péči poskytnout, nebo místo pobytu.

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

Pokyny pro posádku: vyznačí zaškrtnutím jeden z předtištěných způsobů transportu pojištěnce a případně uvede další potřebné požadavky na transport. Při dopravě transfúzních přípravků, spec. léčiv, tkání a orgánů k transplantaci uvede druh a požadované množství, ev. speciální podmínky pro dopravu.

Doprovod: ANO - NE, vyplní vždy přeškrtnutím jednoho ze symbolů. Pokud indikuje doprovod, přeškrtně NE (ve tvaru "X"), pokud neindikuje, přeškrtně ANO. Doprovodem se rozumí doprovázející osoba, která není členem posádky vozidla a jejíž přítomnost je s ohledem na zdravotní stav pacienta nutná pro následné ošetření a vyšetření v SZZ.

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

LETECKÁ DOPRAVA: indikaci letecké dopravy předává ke schválení ošetřující lékař reviznímu lékaři ÚP. Revizní lékař potvrdí schválení razítkem a podpisem s uvedením data. Netýká se letecké záchranné služby.

PLÁNOVANÝ PŘEVOZ PACIENTA VOZIDLEM ZZS: je možný pouze na základě předchozího povolení revizním lékařem, které si vyžádá indikující lékař. RL povolení potvrdí razítkem, podpisem a datem, kdy povolení schválil (a přeškrtně **LETECKÁ DOPRAVA**). Vyúčtovává se na dokladu VZP - 37/1999 a příkládá se originál požadavku (doklad VZP - 34/1999).

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

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

SPZ vozu - státní poznávací značku vozidla, kterým provedl transport.

Datum, Hod. - datum a hodinu zahájení transportu.

Kód - kód provedeného dopravního výkonu podle číselníku Doprava. Kód se zarovnává k pravé straně. Doprovod v místním i dálkovém režimu se vykazuje jako další pacient, a to vždy v kódu pacienta.

Počet - počet km provedeného dopravního výkonu nejkratší vhodnou komunikací, tedy vzdálenost do místa určení, které bylo požadováno ošetřujícím lékařem. V případě vyúčtování individuálním paušálem na jednoho pojištěnce se počet nevykazuje, má se za to, že je roven jedné.

Razítko a podpis dopravce - podpis a razítko dopravce.

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

V případě letecké dopravy je nutné předložit fakturu dopravce a vyplněný díl A Příkazu s vyjádřením revizního lékaře.

2.25. VZP-35/1995 Záznam o provozu zdravotnického vozidla

Pro usnadnění záznamů zdravotnických dopravců vydává VZP tiskopis Záznam o provozu zdravotnického vozidla, který obsahuje navíc k obvyklým údajům dopravním i údaje specifické pro zdravotnickou dopravu.

Způsob používání a vyplňování je podrobně uveden na přebalu jednotlivých bloků tiskopisů. Doklad se nepředává VZP automaticky, ale pouze na vyžádání.

2.26. VZP-36/1999 Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě

Používá se k vyúčtování dopravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě. Na tiskopisu se též vykazuje doprava lékaře v LSPP.

Pokud je smluvně stanoven paušál na jeden měsíc, vyplní se v prvním řádku v kolonce **Číslo pojištění** hodnota 999999999, nevyplňují se km a požadovaná hodnota měsíčního paušálu se uvede v Kč.

Pokud je smluvně stanoven paušál na jednu návštěvu, vykazují se jednotlivé návštěvy (resp. Číslo pojištění) chronologicky za každého pojištěnce zvlášť na samostatném řádku a nevyplňují se údaje o ujetých km ani Kč.

Pokud není smluvně stanovena úhrada žádným paušálem, vykazují se jednotlivé návštěvy (resp. Číslo pojištění) chronologicky za každého pojištěnce zvlášť na samostatném řádku, vyplňují se ujeté km na jednotlivé návštěvy, nevyplňují se údaje Kč.

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Poř. č., Číslo pojištěnce, Diagnóza, KN**. Dále se uvádí:

Období - kalendářní měsíc v roce, za který byl doklad vystaven. Údaj se zapisuje ve tvaru MMRR.

Kód dopravy – číslo dopravního výkonu dle číselníku Doprava.

Den - pořadové číslo dne v měsíci uvedeném v období ve tvaru DD. Jeho vyplnění je povinné u první návštěvy za každý vykazovaný den.

Odjezd - čas výjezdu k pojištěnci ve tvaru HHMM (hodina, minuta).

Příjezd - čas příjezdu k pojištěnci ve tvaru HHMM.

Cíl cesty - místo pobytu ošetřovaného pojištěnce.

Km - počet ujetých kilometrů nejkratší vhodnou komunikací z výchozího místa za pojištěncem, popřípadě mezi pojištěnci (s vykázáním k následujícímu pojištěnci) a od posledního pojištěnce zpět do výchozího místa. Cesta zpět se připočítává do počtu km posledně navštíveného pojištěnce. Ostatní ujeté km mimo návštěvní službu pojišťovna neproplácí.

Kč - při smluvní úhradě paušálem na měsíc se požadovaná částka vyplňuje v prvním řádku, při jiném způsobu úhrady se nevyplňuje.

Při použití vozidla pro LSPP se tiskopis vyplňuje navíc podle těchto pravidel:

- vyplňuje ho řidič,
- v záhlaví tiskopisu uvede IČP a odbornost předkládajícího vyúčtování,
- lékař, který návštěvy vykonal, se po ukončení návštěv podepíše do prvního volného řádku a další prázdné řádky proškrtne; pod podpis připojí otisk svého razítka,
- řidič vypíše v řádku Vystavil SPZ vozidla a připojí svůj podpis,
- správnost uvedených údajů potvrdí předkládající vyúčtování ve vymezeném místě pro podpis a razítko,
- tiskopis předkládá k vyúčtování dopravce nebo zařízení provozující LSPP.

Pozn.: Pokud je návštěvní služba při použití vozidla DRNR přerušena transportem navštíveného pojištěnce do nemocnice, je nutno vystavit pro takovou cestu Příkaz ke zdravotnímu transportu.

Výchozím místem pro návštěvu prvního pojištěnce v navazující řadě návštěv se rozumí ordinace lékaře nebo pracoviště LSPP.

2.27. VZP-37/1999 Vyúčtování výkonů záchranné služby

Tiskopis se používá k vyúčtování zdravotních výkonů včetně souvisejících dopravních výkonů a zvláště účtovaných materiálů poskytnutých pojištěnci RLP nebo RZP.

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

SPZ vozu - státní poznávací značka vozidla.

Datum - datum provedení zásahu ve tvaru DDMMRR.

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

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

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

Kód - číslo zdravotního nebo dopravního výkonu podle číselníků Zdravotní výkony a Doprava. Zarovnává se doprava.

Počet - celkový počet provedení vykazovaného zdravotního výkonu. Pokud nebude údaj vyplněn, má se za to, že byl proveden pouze jednou. V případě dopravního výkonu se zde uvede počet ujetých km.

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

Sk - jednomístný číselný údaj, pro jehož vyplnění se použije číselník Skupiny léčiv a ZP. Uvedení skupiny je nezbytné pro vyplnění dalších údajů. Není-li pole vyplněno, systém automaticky předpokládá Sk = 1.

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

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

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

| | |0|1|0|0|

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

Prázdňé okénko: místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.

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

Upozornění: transport tkání a orgánů k transplantaci (včetně nutné dopravy dárců), transfúzních přípravků, speciálních léčivých přípravků a zdravotnických pracovníků se vykazuje vždy na číslo pojištěnce příjemce.

2.28. VZP-39/1999 Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem

Tiskopis se používá k vyúčtování cestovních nákladů cest soukromým vozidlem v tom případě, pokud OL schválí pojištěnci dopravu soukromým vozidlem místo indikovaného zdravotnického transportu.

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

Trvalý pobyt: trvalé bydliště pojištěnce.

Odkud: místo, odkud je odeslán.

Kam: stručný název zařízení a místo, kam je odeslán. OL vždy vyplní nejbližší SZZ, které je schopno požadovanou péči poskytnout.

Důvod k transportu: zdravotní indikace transportu a důvod schválení jízdy soukromým vozidlem. Dále se zde vždy povinně uvede, na kolik cest do uvedeného SZZ je tiskopis vystaven, 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 na tiskopisu doplní:

soukromé vozidlo SPZ - státní poznávací značka soukromého vozidla, které bylo použito k dopravě.

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

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

Výpočet náhrady cestovních nákladů provádí pověřený pracovník ÚP po ověření oprávněnosti počtu uvedených km na základě potvrzení o uskutečnění požadované péče podle příslušné sazby uvedené v číselníku Doprava.

Pracovník pojišťovny vyplní:

Kód - kód dle číselníku Doprava.

Kč - celkem - celková hodnota v Kč stanovená ÚP k proplacení.

Likvidoval (revidoval, vyplatil) - datum a podpis odpovědného pracovníka ÚP.

Příjemce částky náhrad vyplní:

Přijal dne, podpis - datum převzetí a podpis.

Pozn.: Pokud nebude příjemcem částky náhrad pojištěnec, kterému byla doprava indikována, je pro převzetí náhrady nutné zmocnění s uvedenými osobními daty o zmocněnci, včetně rodného čísla, a s podpisem zmocnitele - pojištěnce.

Pracovník, který poskytl péči vyžádanou ošetřujícím lékařem, vyplní:

Potvrzení o odborném vyšetření/ošetření - ústavní péči - při každé návštěvě pojištěnce vyplní datum ošetření a potvrdí razítkem a podpisem. Tímto potvrzuje indikaci pro náhradu cestovních nákladů i pro cestu zpět. V případě, že není indikace i pro cestu zpět doplní v místě razítka a podpisu lékaře “ZPĚT NE” a pokud pro cestu zpět indikuje sanitu vyznačí “ZPĚT SANITA”. Přijetí a propuštění z ústavní péče (včetně lázeňské péče) se potvrzuje a zaznamenává pro každou cestu na zvláštní řádek.

2.29. VZP-80/1997 **Přihláška registrovaných pojištěnců**

Tiskopis slouží lékařům k pořízení seznamu pojištěnců pojišťovny, kteří jsou u něho registrovaní.

Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Čís. Dokladu, Odbornost, Číslo pojištěnce**. Dále se vyplňuje:

Str. - číslo strany přihlášky.

Počet - celkový počet stran přihlášky.

za měsíc a rok - při prvním hlášení registrace se uvede měsíc a rok, ke kterému se pojišťovně hlásí stav (vytvoření registru pojištěnců pro kapítaci). Při hlášení nově registrovaných a přeregistrovaných pojištěnců v dalších měsících se uvede měsíc a rok, za který se hlásí změna.

Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce - při prvním hlášení registrovaných pojištěnců se uvedou všichni, kteří jsou k poslednímu datu uvedeného měsíce u lékaře registrovaní. Při hlášení změn v dalších měsících se uvedou pouze nově registrovaní a přeregistrovaní pojištěnci.

Datum - zapisuje se datum ve tvaru DDMMRR, od kterého je pojištěnec u lékaře registrován. Při nahlášení nesmí být měsíc a rok (MMRR) registrace pojištěnce vyšší než období dávky dokladů.

2.30. VZP-85/1999 **Hlášení o zastupování lékaře**

Zastupovaný lékař nahlašuje pojišťovně zastupujícího lékaře pouze v případě, kdy zastupující lékař je z jiného zdravotnického zařízení (jiné IČZ).

Dle kap. II.1. Společné zásady vyplní zastupovaný lékař **Kód pojišťovny, IČZ a IČP** své i zastupujícího lékaře. Dále uvede:

Jméno a příjmení - své i zastupujícího lékaře.

Zastupování: je možno uvést dvěma způsoby, které lze kombinovat:

- **ve dnech** - výčtem jednotlivých dnů zastupování. Např. zastupování v délce 4 dnů ve dnech 2., 8., 10. a 20. března 1999 se vypíše:

ve dnech: 2., 8., 10. a 20. 3. 1999

- **od, do** - den, měsíc a rok počátku a konce zástupu. Např. zástup v délce 8 dnů ve dnech od 8. do 15. března 1999 se vypíše jako interval:

od 8 3 do 15 3 1999

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

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

Dne:, Razítko a podpis: zastupujícího lékaře (uvede se pokud to jeden z lékařů nebo pojišťovna považují za potřebné).

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

2.31. VZP-90/1998 Seznam nositelů výkonů

Tiskopis slouží ZZ ke čtvrtletnímu hlášení nositelů výkonů. Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňuje **IČZ, IČO, Poř. číslo, Odbornost**. Dále se uvádí:

Název subjektu - název a sídlo ZZ uvedené v rozhodnutí o registraci vydaném orgánem příslušným k registraci, nebo ve zřizovací listině.

Období - číslo čtvrtletí a poslední dvojčíslí roku, za které je Seznam předkládán.

Seznam - uvede se jeden z následujících znaků:

- “N” nedošlo ke změně oproti minulému období (není třeba vykazovat),
- “U” v případě, že doklad obsahuje všechny nositele výkonu,
- “Z” v případě, že se na dokladu uvádějí všechny změny oproti minulému období. Platné údaje z předcházejícího období není třeba vyplňovat. Rodné číslo musí být vyplněno vždy. Pokud se jedná o:
 - změnu příjmení nebo titulu - bude vyplněno rodné číslo, nové příjmení a nové tituly,
 - zánik pracovního úvazku - bude vyplněno rodné číslo, písmeno “Z” v rubrice Kategorie a nula v rubrice PPNV,
 - při změně kategorie nebo změně PPNV je třeba zadat vždy oba údaje a odbornost,
 - v případě nového zaměstnance budou vyplněny všechny údaje.

Poř. číslo - listu.

Odbornost – kolonka se nevyplňuje.

Pozn.: v nové verzi formuláře se kolonka s názvem „Odbornost“ ruší.

Příjmení, jméno, titul, Rodné číslo - nositele výkonu. Pokud je nositelem výkonu cizí státní příslušník, nahradí se rodné číslo číslem pojištěnce. Pokud cizinec nemá číslo pojištěnce, číslo mu přidělí ICZP.

Kategorie - vyplní se podle zákona č. 48/1997 Sb., § 41, odstavce 5 pro uvedeného nositele výkonu podle následující tabulky. Uvádí se nejvyšší kategorie podle dosaženého vzdělání.

Kategorie	Význam
A	Lékař bez absolvované specializační průpravy
B	Lékař s absolvovanou specializační průpravou I. stupně
C	Lékař s absolvovanou specializační průpravou II. stupně nebo s nástavbovou specializační průpravou
D	Klinický psycholog, klinický logoped, absolvent vysoké školy ve studijním oboru tělesná výchova a sport a rehabilitace. Ostatní absolventi vysokých škol (např. RNDr., Ing.) se nevykazují
E	Střední zdravotnický pracovník

V kategorii “e” (střední zdravotnický pracovník) se uvádějí pracovníci:

- samostatného pracoviště domácí péče,
- samostatného pracoviště rehabilitačních pracovníků – absolventů SZŠ,
- laboratoří a komplementu v odbornostech 222, 801 – 822,
- sestra ošetřujícího lékaře, pokud pracuje samostatně bez přítomnosti lékaře mimo ordinaci, (dle vyhlášky MZ 134/98 Sb., kat. 4, bod 41.911),
- záchranáři - střední zdravotnický pracovník v odbornosti 709 při samostatné činnosti v týmech RZP,
- lůžkové části ZZ.

PPNV - přepočtený počet nositele výkonu se zjistí z počtu hodin odpracovaných jednotlivým nositelem výkonu ve ZZ v daném čtvrtletí při poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění (podle zákona č. 48/1997 Sb., § 41, odstavce 6) takto:

Odpracovaný čas nositele výkonu v období	Přepočtený počet nositele výkonu
Do 12 hodin / čtvrtletí	0,00
Do 120 hodin / čtvrtletí	0,25
Do 240 hodin / čtvrtletí	0,50
Do 360 hodin / čtvrtletí	0,75
Nad 360 hodin / čtvrtletí	1,00

V případě, že je nositelem výkonů sestra ošetřujícího lékaře, je počet odpracovaných hodin vztažen pouze na dobu samostatně prováděných zdravotních výkonů.

CISU - vyplní se smluvní odbornost nositele výkonu, který vykonává svou činnost v této odbornosti, včetně lékařů i sester. Odbornost se nemusí vyplňovat, pokud se shoduje s odborností uvedenou v předchozím řádku.

Pozn.: v nové verzi formuláře se dosavadní název sloupce „CISU“ nahrazuje názvem „Odbornost“.

Počet listů celkem:, Datum:, Razítko a Podpis statutárního zástupce ZZ - se uvede na posledním listě.

2.32. VZP 91/1998 Reklamační protokol

Tiskopis se používá k doložení reklamace korekčního koeficientu vypočítaného v ICZP pro zdravotnické zařízení.

V případě nesouhlasu s vykazovanými, event. odmítnutými časy nositelů výkonů uváděnými zdravotními pojišťovnami, si ZZ nechá na tomto protokolu potvrdit opravené správné časy zástupcem příslušné zdravotní pojišťovny. Na základě reklamačního protokolu předaného detašovanému pracovišti ICZP provede ICZP přepočítání korekčního koeficientu ZZ.

Upozornění: Pokud ZZ reklamuje časy nositelů výkonů pro výpočet korekčního koeficientu je třeba současně reklamovat na dalších řádkách formuláře i časy nositelů výkonů pro výpočet regulačních koeficientů a to zvláště podle jednotlivých druhů péče. Příslušný druh péče dle číselníku "Druh péče" se uvede do volného 9. sloupce stejného řádku formuláře.

2.33. VZP 92/1998 Hlášení o zdravotnickém zařízení

Tiskopis je určen pro hlášení o ZZ při jeho vzniku, zániku nebo změnách v adrese, či jiném vyplňovaném údaji (viz vzor formuláře). Vyplňuje se i pro nově vzniklá IČZ v rámci téhož ZZ. Dle kap. II.1. Společné zásady se vyplňuje **Kód pojišťovny, IČZ a IČO**. Dále se uvádí:

Název zdravotnického zařízení - uvedený ve zřizovací listině.

Adresa - uvede se město, místo, část, ulice a číslo popisné.

PSČ - poštovní směrovací číslo.

Kontaktní osoba pro ICZP - osoba pověřená ke styku s ICZP (adresát pro ICZP).

Telefon, Fax, E-mail - nepovinné údaje.

Druh změny - jednomístný znak pro označení:

- V = vznik zařízení,
- Z = zánik zařízení,
- X = změna v datech (např. adresa).

Datum změny - datum změny ve tvaru DDMMRR.

razítko a podpis - odpovědného zástupce ZZ

2.34. Vyúčtování dopravy zemřelého ze zdravotní pitvy

Vyúčtování dopravy zemřelého ze zdravotní pitvy se provádí fakturou, kterou předloží pohřební služba (smluvní nebo nesmluvní) ÚP. Faktura bude proplácena pojišťovnou v souladu s úhradou stanovenou Seznamem výkonů.

Faktura musí obsahovat tyto údaje:

- jméno a příjmení zemřelého,
- číslo pojištěnce,
- trvalý pobyt zemřelého,
- datum a místo úmrtí,
- adresu ústavu, kde byla zdravotní pitva provedena,
- počet ujetých km hrazených pojišťovnou při odvozu zemřelého z místa zdravotní pitvy, ale nejvýše do vzdálenosti, která je rovna vzdálenosti místa pitvy od místa úmrtí.

Faktura musí obsahovat také prohlášení, že částka fakturovaná pojišťovně za dopravu z pitvy byla odečtena ve fakturaci za dopravu do místa pohřbu předané k úhradě obstaravateli pohřbu zemřelého.

2.35. Průvodní list k pitvě

Pro účely pojišťovny je Průvodní list k pitvě uznávaným dokladem k vyžádání zdravotní pitvy a dokladem o oprávněném vykázaní pitvy k úhradě pojišťovně. Na průvodním listu musí být uvedeny dle kap. II.1. Společné zásady IČP a **Odbornost** požadujícího, **Kód pojišťovny**, **Číslo pojištěnce**. Musí být jednoznačně uveden požadavek na **zdravotní pitvu** a musí být opatřen **razítkem a podpisem** požadujícího lékaře.

2.36. Ostatní žádanky na vyšetření

Tyto ve zdravotnictví užívané tiskopisy zůstávají povolenými doklady k vyžádání péče OL SZZ, pokud nejsou nebo nebudou nahrazeny speciálními variantami tiskopisu VZP-06. Jako doklad o oprávněném vykázání vyžádané péče slouží poskytovateli péče pouze tehdy, pokud:

- jsou na nich uvedeny dle kap. II.1. Společné zásady IČP a Odbornost požadujícího, Kód pojišťovny, Číslo pojištěnce, Datum vypsání požadavku, Základní dg., event. Ostatní dg.,
- je na nich čitelně a jednoznačně uveden požadavek,
- jsou opatřeny razítkem a podpisem požadujícího lékaře.

III. Pravidla pro předávání dokladů

Zde jsou popsány specifické pojmy pro předávání dokladů, vlastní předávání dokladů včetně základních kontrol a následné kontroly pro jejich zařazení do zpracování.

1. Dávky

Dávka je zavedena jako pomocná jednotka pro vyúčtování a pro předávání dokladů VZP. Dávky dokladů kompletuje SZZ. 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 LSPP
obsahuje jen doklady druhu 05.

10 - DÁVKA RECEPTŮ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 10, 11 a 20.

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 PÉČE SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 16 a při závěrečném doučtování léčení přiložené díly dokladu 15.

21 - DÁVKA ŽÁDANEK O SCHVÁLENÍ
obsahuje jen doklady druhu 21.

- 23 - DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ OZDRAVENSKÉ PÉČE SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 23 a při závěrečném doučtování léčení přiložené díly dokladu 18.
- 31 - DÁVKA ŽÁDANEK O VYÚČTOVÁNÍ
je pouze v elektronické podobě.
- 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.
- 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 pacientovi 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 pacientovi 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 pacientovi 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 pacientovi 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 pacientovi se řadí za sebou tak, že za doklad 02 se zařadí navazující doklad nebo doklady 03.

DÁVKY ZA SMLUVNÍ POJIŠTĚNCE předkládají ta SZZ, která uzavřela dodatek ke smlouvě s pojišťovnou o poskytování zdravotní péče smluvním pojištěncům, tj. takovým, kteří nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění. Tito smluvní pojištěnci mají mimo jiné v čísle pojištěnce vždy na třetí

pozici číslici 7. Dávka se předkládá jako Ambulantní smíšená typ 98 nebo Hospitalizační smíšená typ 99, viditelně označena symboly “SP” na průvodním listu dávky. Obsahuje pouze papírové doklady. Tyto dávky se předávají pouze jako přílohy k fakturám.

DÁVKY ZA CIZÍ POJIŠTĚNCE se předkládají jako samostatné dávky s označením 4 na průvodním listu dávky (u papírových 4 v kroužku, u elektronických druh pojištění 4) všechny typy dávek pro zúčtování za poskytnutou zdravotní péči jiným pojištěncům než pojištěncům zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a VZP. Jedná se o pojištěnce zdravotních pojišťoven EU a pojištěnce, jejichž nárok na poskytnutí zdravotní péče vyplývá z mezinárodních smluv.

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

Dávka 80 pro registrování pojištěnců - Dávka přihlášek registrovaných pojištěnců - může obsahovat jeden ze dvou druhů dokladů: buď pouze doklady druhu 30 Registrační listy nebo pouze doklad druhu 80 Přihláška registrovaných pojištěnců.

Lékař předává registraci pojištěnců pojišťovně v dávkách číslo 80 - Přihlášek registrovaných pojištěnců - ve smluvně dohodnutém termínu takto:

- dávkou 80 aktuálních Registračních listů (formulářů VZP-30), tj. registrační listy podepsané v předchozím měsíci,
- případně další samostatnou dávkou 80 Přihlášek registrovaných pojištěnců (formulář VZP-80) za ty pojištěnce, za které již v uplynulých obdobích odevzdal Registrační listy. K této dávce již žádné Registrační listy nepřikládá.

V případě hlášení registrací pojištěnců elektronickou cestou, lze předat registrační list pojišťovně dodatečně, nejpozději do půl roku od data registrace pojištěnce.

Dávky pro potřeby ICZP

Každé ZZ (tedy i nesmluvní ve vztahu k VZP) předává nejpozději do 60 dní po skončení čtvrtletí druh dokladu 90 - Seznam nositelů výkonu. Toto hlášení předává nesmluvnímu detašovanému pracovišti ICZP, které v současné době spravuje místně příslušné ÚP VZP.

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.

V případě reklamace korekčního koeficientu v ICZP pro zdravotnické zařízení se předává nesmluvnímu detašovanému pracovišti vyplněný a potvrzený doklad 91 Reklamační protokol.

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 se zdravotnickým zařízením.

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

Faktura za období

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

- a) Pokud zdravotnické zařízení 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 VZP doložena doklady o poskytnuté zdravotní péči. SZZ 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 SZZ uzavírá a předkládá dávky dokladů **čtvrtletně**, jsou faktury za první dva měsíce vyčíslením požadavku na finanční úhradu za již poskytnutou péči. V den předložení VZP nemusí být tyto faktury doloženy dávkami dokladů o provedené zdravotní péči. Třetí fakturu předkládá SZZ po skončení kalendářního čtvrtletí. Obsahuje vyčíslení finančního požadavku na úhradu péče poskytnuté v posledním měsíci čtvrtletí. Tato faktura již musí být v den předložení VZP doložena všemi dávkami dokladů, kterými je vykázána zdravotní péče poskytnutá pojištěncům VZP 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 VZP vždy doložena dávkami dokladů.

Faktura za dávky se předkládá vždy v případě opožděně účtované poskytnuté zdravotní péče v minulých obdobích, a není-li ve smlouvě uvedeno jinak, i při předkládání opravných dávek.

Faktury za dávky předkládá vždy lékárna a výdejna ZP.

3. Předávání faktur a dávek dokladů

Pokud není smluvně dohodnutá elektronická forma vyúčtování, předávají se faktury výhradně v papírové formě.

Elektronickou formou se rozumí přenos faktur „elektronickými prostředky“ nebo zpřístupnění příjemci a uchovávání za užití elektronického zařízení pro zpracování (včetně digitální komprese) a uchovávání dat a využití přenosu po drátě, rádiového přenosu nebo jinými optickými nebo elektromagnetickými technologiemi.

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

Pokud jsou dávky předávány na disketě, je průvodní list dávky součástí předávaných dat. V tomto případě se k disketě přikládá vyplněný tiskopis VZP-09 **Průvodní list diskety**.

V případě dávek receptů, poukazů na ZP a příkazů ke zdravotnímu transportu na disketě nebo jinou elektronickou formou se předávají i původní papírové doklady setříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce. Při elektronické formě vyúčtování lze předat dávky papírových dokladů pojišťovně dodatečně, nejpozději v termínu smluvně dohodnutém pro vyúčtování posledního měsíce čtvrtletí.

Předávání dávek papírových dokladů

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

- a) evidence dávky - každá dávka se eviduje a kontroluje na základě údajů uvedených na Průvodním listu dávky,

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

Výsledkem předání je vyhotovení záznamu **Příjem dávek** s uvedením identifikace dávky a jejího stavu (odmítnuta či přijata). Záznam je předán pracovníkovi SZZ a potvrzená kopie zůstává na ÚP. Tento záznam může po dohodě s ÚP nahradit Průvodní list dávky.

Předávání dávek na disketě

ÚP přijímá dávky na disketě jen tehdy, je-li tento způsob uveden ve smlouvě se SZZ. Na papírovém štítku diskety se uvádí minimálně: IČZ, počet dávek na disketě a datum předání ÚP. Příjem diskety, není-li ve smlouvě uvedeno jinak, se provádí v přítomnosti pracovníka SZZ v následujících krocích:

- a) evidence diskety - disketa se eviduje na základě dat uvedených v dokladu Průvodní list diskety,
- b) kontrola čitelnosti diskety - v případě, že disketu nelze přečíst, neodpovídá datové rozhraní nebo je zavirovaná, je označena jako ODMÍTNUTÁ DISKETA a celá je vrácena. Odmítnutou disketu je možné znovu předložit jen v náhradním smluveném předkládacím termínu,
- c) kontrola úplnosti dávky - pro každou dávku se provádí kontrola zapsaného počtu dokladů s počtem uvedeným v příslušném průvodním listu dávky zaznamenaném na disketě. V případě nesouhlasu je odmítnuta celá dávka. Pokud je na jedné disketě více dávek a alespoň jedna z nich je formálně správná, přejímá se disketa jako neúplná.

Výsledkem předání je záznam **Příjem diskety**, který obsahuje identifikaci diskety a její stav (odmítnuta, přijata celá, přijata neúplná) a seznam přijatých a odmítnutých dávek. Záznam spolu s náhradní disketou (za disketu s předanými daty) je předán pracovníkovi SZZ, potvrzená kopie zůstane ÚP. Příjem opravených dávek se provádí v termínech dohodnutých s ÚP. Jejich další zpracování je analogické s výše uvedenými postupy.

Předávání dávek přes elektronickou podatelnu

Pojišťovna přijímá dávky pomocí elektronické komunikace jen tehdy, je-li tento způsob uveden ve smlouvě se SZZ. Vykazované dávky jsou podrobeny kontrole na platné datové rozhraní a je vystaven protokol o formální správnosti jednotlivých dávek. Ty dávky, které bezchybně projdou kontrolou, lze po podepsání elektronickým podpisem odeslat na elektronickou podatelnu VZP. O převzetí elektronicky podaných dávek se vystaví protokol o přijetí

elektronického podání (bližší viz Uživatelská příručka aplikací elektronické podatelny uvedená na vzp.cz - Portál).

4. Vstupní zpracování dávek

Dávka, která prošla příjmem dávek a postupuje do dalšího zpracování, je označena jako PŘIJATÁ DÁVKA, přičemž vstupní zpracování dávek nemusí zpravidla bezprostředně navazovat na jejich příjem.

Jednotlivé doklady se zpracovávají a v případě papírových dokladů typují v pořadí, v jakém jsou v dávce seřazeny. Při typování dokladů se provádí kontrola čitelnosti obsahu a další formální kontroly. Neprojde-li doklad kontrolou, je označen jako VYŘAZENÝ DOKLAD a dále se nezpracovává. Dávka, resp. zbytek dávky obsahující zkontrolované doklady, je pak zařazena do zpracování jako ZAŘAZENÁ DÁVKA.

Výsledkem kontroly je vyhotovení záznamu **Vstupní zpracování dávek**, který obsahuje:

- stav zařazené dávky (úplná, neúplná),
- u neúplných dávek seznam vyřazených dokladů s uvedením důvodu vyřazení.

Tento záznam se předá SZZ spolu s vyřazenými doklady. Takto vyřazené doklady je možné znovu předložit pojišťovně v původní dávce v dalším smluveném předkládacím termínu. Do opravných dávek zařazuje SZZ opravené doklady, které pojišťovna vyřadila v průběhu pozdějšího zpracování. Opraveným dokladům jsou ponechána původní čísla dokladů.

Pozn.: chybně vykázaný a pojišťovnou již zpracovaný hospitalizační doklad pojišťovna na požádání SZZ stornuje a SZZ jej opravený znovu vykáže pod novým číslem dokladu v řádné dávce.

IV. Seznam číselníků

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

Číselník MKN 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 pojišťovna číselník Zdravotních výkonů, který je v souladu se Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

3. Cenová pásma

Číselník je určen pouze pro SZZ poskytující ústavní lůžkovou péči. Obsahuje vybrané položky číselníku Zdravotních výkonů, zejména kódy OD, které podléhají sestupné platbě.

Číselníky 1 až 3 vydává pojišťovna pouze na disketě. Další informace nezbytné pro jejich řádné užívání jsou uvedeny v materiálu Datové rozhraní VZP ČR.

4. Kategorie pacienta

1. pacient soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku nebo novorozenec na novorozeneckém oddělení,
2. pacient částečně soběstačný, nebo dítě nad 6 let do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku,
3. pacient vyžadující zvýšený dohled, nebo dítě nad 2 roky do 6 let včetně, lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, nebo psychicky alterovaný pacient, u něhož je nutný zvýšený osobní dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakol. sedace,
4. pacient imobilní nesoběstačný, nebo dítě od 0 do 2 let věku včetně, kromě novorozence na novorozeneckém oddělení, lucidní pacient zcela

- imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech,
5. pacient v bezvědomí.

5. Léčiva, ZP a stomatologické výrobky

V této skupině jsou zahrnuty čtyři číselníky:

- Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- Individuálně připravované léčivé přípravky a výrobky transfúzních stanic a radiofarmaka,
- Zdravotnické prostředky
- Stomatologické výrobky.

6. Odbornosti

Číslo a název odbornosti

001	Pracovištěpraktického lékaře pro dospělé
002	praktického lékaře pro děti a dorost
003	LSPP
014	praktického zubního lékaře
015	čelistní ortopedie - ortodontie
019	stomatologické LSPP
101	interního lékařství
102	angiologie
103	diabetologie
104	endokrinologie
105	gastroenterologie a hepatologie
106	geriatrie
107	kardiologie
108	nefrologie
109	revmatologie
128	hemodialýzy
201	fyziatrie a rehabilitačního lékařství
202	klinické hematologie
203	přenosných nemocí
204	tělovýchovného lékařství
205	tuberkulózy a respiračních nemocí

206	Pracoviště klinické farmakologie
207	alergologie a klinické imunologie
208	lékařské genetiky
209	neurologie
222	transfuzní služby
301	pediatrie
302	dětské kardiologie
303	dorostového lékařství
304	neonatologie
305	psychiatrie
306	dětské psychiatrie
307	gerontopsychiatrie
308	léčby alkoholismu a jiných toxikomanií
309	sexuologie
401	pracovního lékařství
402	klinické onkologie (bez radiační onkologie)
403	radioterapie a radiační onkologie
404	dermatovenerologie
405	dětské dermatologie
406	korektivní dermatologie
407	nukleární medicíny
409	dětské neurologie
501	chirurgie
502	dětské chirurgie
503	úrazové chirurgie
504	cévní chirurgie
505	kardiochirurgie
506	neurochirurgie
507	hrudní chirurgie
601	plastické chirurgie
602	popáleninové medicíny
603	gynekologie a porodnictví
604	dětské gynekologie
605	čelistní a obličejové chirurgie
606	ortopedie

- 607 Pracoviště ortopedické protetiky
- 701 otorinolaryngologie
- 702 foniatrie
- 703 audiologie
- 704 dětské otorinolaryngologie
- 705 oftalmologie
- 706 urologie
- 707 dětské urologie
- 708 anesteziologicko-resuscitační
- 709 zdravotnické záchranné služby (RZP+RLP)
- 801 klinické biochemie
- 802 lékařské mikrobiologie
- 803 lékařské bakteriologie
- 804 lékařské parazitologie
- 805 lékařské virologie
- 807 patologické anatomie
- 809 radiodiagnostiky
- 812 jiného laboratorního oboru
- 813 Laboratoř alergologická a imunologická
- 814 toxikologická
- 815 nukleární medicíny
- 816 hematologická
- 817 klinické cytologie
- 818 lékařské genetiky
- 822 mykologická
- 901 Pracoviště klinické psychologie
- 902 Samostatné prac. rehabilitačních pracovníků - absolventů VŠ
- 903 Pracoviště klinické logopedie
- 904 Samostatné prac. jiných zdrav. pracovníků - vysokoškoláků
- 911 Pracoviště domácí péče
- 918 Samostatné prac. rehabilit. pracovníků - absolventů SZŠ
- 927 Pracoviště ortoptických sester SZP
- 989 Pracoviště dopravy raněných, nemocných a rodiček

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

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

- 1H1 Pracoviště standardní ústavní péče - H typu*
- 1F1 Pracoviště standardní ústavní péče - F typu*
- 1II Pracoviště intenzivní ústavní péče při péči H typu*
- 1FI Pracoviště intenzivní ústavní péče při péči F typu*
- 1U1 Pracoviště dlouhodobé ústavní péče - U typu*

7. Doprava

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

Kód	Název výkonu	Doklad č.	
		indikace	vyúčtování
06	Doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě - paušál na jednu návštěvu pacienta		36
08	Doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě - paušál na měsíc		36
10	Doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě		36
12	Doprava lékaře v LSPP		36
20	Doprava pacienta soukromým vozidlem	39	39
30	Místní převoz pacienta. Výkon se vykazuje pouze na základě příkazu k převozu, který vydal registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař	34	34
31	Místní převoz pacienta - paušál na jednoho pacienta	34	34
40	Dálkový převoz pacienta. Výkon se vykazuje pouze na základě příkazu k převozu, který vydal registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař	34	34
50	Převoz - na pitvu a - z pitvy	34 -	34 fa
60	Doprava transfuzních přípravků, speciálních léčiv, tkání a orgánů k transplantaci, doprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu	34	34
70	Jízda vozidla ZZS	V	37
71	Jízda vozidla ZZS - paušál na jednoho pacienta	V	37
72	Převoz speciální sanitkou pro novorozence. Převoz nedonošeného nebo patologického novorozence do nejbližšího specializovaného zdravotnického zařízení	34	34
74	Doprava lékaře RLP v setkávacím systému	V	37
76	Plánovaný převoz pacienta vozidlem ZZS	34	37
90	Letecká přeprava pacienta (1000 Kč)	34	Fa
91	Letecká přeprava pacienta (1 Kč)	34	Fa

8. Doporučení hospitalizace

Kód Typ subjektu, který doporučil hospitalizaci

- 0 Narozen v nemocnici
- 1 Praktický lékař pro dospělé/pro děti a dorost
- 2 Jiný ošetřující lékař - ambulantní péče
- 3 Lékař LSPP
- 4 Lékař RZP
- 5 Jiné zařízení
- 6 Jiné oddělení téhož zařízení
- 7 Bez doporučení lékaře
- 8 Sociální pracovník
- 9 Pokračující ústavní péče na stejném lůžku.

9. Náhrady za zdravotní péči

Kód Název

- 3 Zavinění úrazu nebo onemocnění jinou (třetí) osobou
- 4 Ošetření akutních následků požití alkoholu či omamné látky
- 5 Pracovní úraz
- 6 Další hospitalizace pojištěnce, nepropustitelného pro nezajištění další péče
- 7 Porušení léčebného režimu
- 9 Nemoc z povolání

10. Skupiny léčiv, ZP a stomatologických výrobků

Kód Název

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

11. Ukončení léčení

Kód Název

- 0 Pokračuje ústavní péče na stejném lůžku
- 1 Pacient propuštěn do ambulantní péče
- 2 Pacient přeložen do ústavní péče - do zařízení sociální péče
- 3 Pacient přeložen do ústavní péče - na lůžko jiné odbornosti téhož SZZ
- 4 Pacient přeložen do ústavní péče - do léčebny dlouhodobě nemocných
- 5 Pacient přeložen do ústavní péče - do jiného zdrav. zařízení, které není zařízením soc. péče ani léčebnou dlouhodobě nemocných
- 6 Pacient propuštěn do ambulantní péče - předčasné ukončení hospitalizace
- 7 Pacient zemřel - vystaven poukaz na pitvu
- 8 Pacient zemřel - nevystaven poukaz na pitvu

12. Druh dokladu a typ dávky VZP

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

13. Územní pracoviště VZP

ÚP	KP	Název	ÚP	KP	Název
0100	19	PRAHA-OBVOD PRAHA 1	5300	54	JABLONEC NAD NISOU
0200	19	PRAHA-OBVOD PRAHA 2	5400		KP LIBEREC
0300	19	PRAHA-OBVOD PRAHA 3	5500	59	LITOMĚŘICE
0400	19	PRAHA-OBVOD PRAHA 4	5600	59	LOUNY
0500	19	PRAHA-OBVOD PRAHA 5	5700	59	MOST
0600	19	PRAHA-OBVOD PRAHA 6	5800	59	TEPLICE
0700	19	PRAHA-OBVOD PRAHA 7	5900		KP ÚSTÍ NAD LABEM
0800	19	PRAHA-OBVOD PRAHA 8	6000	76	HAVLÍČKŮV BROD
0900	19	PRAHA-OBVOD PRAHA 9	6100		KP HRADEC KRÁLOVÉ
1000	19	PRAHA-OBVOD PRAHA 10	6200	65	CHRUDIM
1900		KP PRAHA HL. MĚSTO	6300	61	JIČÍN
2000		KP BENEŠOV	6400	61	NÁCHOD
2100	20	BEROUN	6500		KP PARDUBICE
2200	20	KLADNO	6600	61	RYCHNOV NAD KNĚŽNOU
2300	20	KOLÍN	6700	54	SEMILY
2400	20	KUTNÁ HORA	6800	65	SVITAVY
2500	20	MĚLNÍK	6900	61	TRUTNOV
2600	20	MLADÁ BOLESLAV	7000	65	ÚSTÍ NAD ORLICÍ
2700	20	NYMBURK	7100	72	BLANSKO
2800	20	PRAHA-VÝCHOD	7200		KP BRNO-MĚSTO
2900	20	PRAHA-ZÁPAD	7300	72	BRNO-VENKOV
3000	20	PŘÍBRAM	7400	72	BŘECLAV
3100	20	RAKOVNÍK	7500	72	HODONÍN
3200		KP ČESKÉ BUDĚJOVICE	7600		KP JIHLAVA
3300	32	ČESKÝ KRUMLOV	7700	82	KROMĚŘÍŽ
3400	32	INDŘICHŮV HRADEC	7800	89	PROSTĚJOV
3500	76	PELHŘIMOV	7900	76	TŘEBÍČ
3600	32	PÍSEK	8000	82	HERSKÉ HRADIŠTĚ
3700	32	PRACHATICE	8100	72	VYŠKOV
3800	32	STRAKONICE	8200		KP ZLÍN
3900	32	TÁBOR	8300	72	ZNOJMO
4000	44	DOMAŽLICE	8400	76	ŽDÁR NAD SÁZAVOU
4100	42	CHEB			sídlící v obci Nové Město na Moravě
4200		KP KARLOVY VARY	8500	91	BRUNTÁL
4300	44	KLATOVY	8600	91	FRÝDEK-MÍSTEK
4400		KP PLZEŇ-MĚSTO	8700	91	KARVINÁ
4500	44	PLZEŇ-JIH	8800	91	NOVÝ JIČÍN
4600	44	PLZEŇ-SEVER	8900		KP OLMOUC
4700	44	ROKYCANY	9000	91	OPAVA
4800	42	SOKOLOV	9100		KP OSTRAVA
4900	44	TACHOV	9200	89	PŘEROV
5000	54	ČESKÁ LÍPA	9300	89	ŠUMPERK
5100	59	DĚČÍN	9400	82	VSETÍN
5200	59	CHOMUTOV	9500	89	JESENÍK
			9900		PRAHA - ÚSTŘEDÍ

14. Lokalizace

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

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

15. Zdravotní pojišťovny

Kód Název

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Praha
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Praha
- 205 Hutnická zaměstnanecká pojišťovna, Ostrava
- 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a pojišťoven, Praha
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA, Mladá Boleslav
- 211 Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR, Praha
- 212 Stavební zdravotní pojišťovna, Praha
- 213 Revírní bratrská pokladna, Ostrava
- 217 Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE, Praha
- 222 Česká národní zdravotní pojišťovna, Praha

16. Kódy desetimístné identifikace

Struktura desetimístné identifikace pro různé druhy použití má dvě následující varianty:

* * 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. U ostatních se obsazuje dvoumístným kódem ÚP.

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	neobsazeno
* *	3 *	* * * * * K	neobsazeno
* *	4 *	* * * * * K	čísla platebních výměrů a výzev
* *	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)
O P	7 *	* * * * * K	číslo smlouvy (cestovní zdravotní připojištění)
O P	7 7	* * * * * K	číslo smlouvy (připojištění v případě hospitalizace)
O P	7 8	* * * * * K	číslo smlouvy (dlouhodobé smluvní pojištění)

OP	79	*****K	číslo smlouvy (dlouhodobé smluvní pojištění)
OP	80	*****K	číslo smlouvy (krátkodobé smluvní pojištění)
OP	81	*****K	číslo smlouvy (krátkodobé smluvní pojištění)
OP	87	*****K	číslo plátce místo duplicitního rod. čísla
OP	9*	*****K	číslo smlouvy (připojištění)

Pozice 5 a 6

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

Pozice 4 až 9 (případně 5 až 9 nebo 7 až 9)

Pořadové číslo v rámci jednoho územního pracoviště a pro určitý kód desetimístné identifikace. Řada těchto pořadových čísel nebude souvislá, některá čísla budou vynechána z důvodu vytváření kontrolní číslice (viz komentář k pozici 10).

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.

17. 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.

18. 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

19. Přerušeni lázeňské/ozdravenské péče

Kód Název

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

20. 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

21. Typy ozdravenského programu

Kód Název

- I zdravotní oslabení vlivem nepříznivého životního prostředí
- II zdravotní problémy spojené s nesprávným životním stylem
- III rekonvalescence nevyžadující specializovanou léčbu

22. Druh pojistného vztahu

Kód Název

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

23. Druh úhrady

Kód Název

- 1 Výkonová úhrada
- 2 Kapitace
- 3 Paušální

24. Časové období

určuje období fakturace.

Kód	Název
M	měsíční
Q	kvartální
J	jiné

V. Seznam a vzory tiskopisů

VZP-01/1999	Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
VZP-01s/1999	Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči
VZP-02/1999	Vyúčtování výkonů v ústavní péči
VZP-02s/1999	Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči
VZP-03/1999	Zvlášť účtovaná léčiva a zdravotnické prostředky
VZP-03s/1999	Stomatologické výrobky
VZP-05/1999	Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
VZP-06x/1999	Poukaz na vyšetření/ošetření
VZP-06dp/1999	Poukaz na vyšetření/ošetření DP
VZP-06ft/1999	Poukaz na vyšetření/ošetření FT
VZP-06k/1999	Poukaz na vyšetření/ošetření K
VZP-06z/1999	Poukaz na vyšetření/ošetření Z
VZP-08/1997	Průvodní list dávky
VZP-09/1997	Průvodní list diskety
VZP-1 0/1999	Recept
VZP-1 1/1998	Recept na léčivé přípravky obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II
VZP-12/1997	Poukaz na brýle a optické pomůcky
VZP-1 3/1997	Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
VZP-13P/1997	Přehled vrácených ZP
VZP-14/1997	Poukaz na foniatrickou pomůcku
VZP-15/1999	Návrh na lázeňskou péči
VZP-16/1999	Vyúčtování lázeňské péče
VZP-18/1999	Návrh na umístění dítěte v ozdravovně
VZP-19/1999	Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně
VZP-20/1999	Výpis z receptu
VZP-21/1999	Žádanka o schválení (povolení)
VZP-22/1997	Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví
VZP-23/1999	Vyúčtování ozdravenské péče
VZP-30/1999	Registrační list
VZP-31/1997	Faktura za období
VZP-32/1997	Faktura za dávky
VZP-34/1999	Příkaz ke zdravotnímu transportu
VZP-35/1995	Záznam o provozu sanitního vozidla
VZP-36/1999	Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě
VZP-37/1999	Vyúčtování výkonů záchranné služby
VZP-39/1999	Vyúčtování náhrady cestovních nákladů
VZP-80/1997	Příhláška registrovaných pojištěnců
VZP-81/1997	Žádost o předání zdravotních informací
VZP-82/1997	Výpis ze zdravotní dokumentace
VZP-83/1997	Protokol o předání pacienta
VZP-85/1999	Hlášení o zastupování lékaře
VZP-90/1998	Seznam nositelů výkonů
VZP-91/1998	Reklamační protokol
VZP 92/1998	Hlášení o zdravotnickém zařízení