

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

Verze 6.2

Doplněk č. 50 textu metodiky

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

Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha, červenec 2024
(účinnost změn: od 1. 10. 2024)

Obsah

| | |
|---|---------------|
| I. Výklad základních pojmů a pravidel používaných pro účely této Metodiky | 3 |
| 1. Doklad | 3 |
| 2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře | 5 |
| 2.2. Ústavní péče | 6 |
| 2.3. Péče vyžádaná, navržená, předepsaná | 7 |
| II. Pravidla pro pořizování dokladů..... | 9 |
| 1.1. Společné údaje na dokladech | 9 |
| 2.8. VZP-10/ 2009 2024 Recept | 16 |
| 2.10. VZP-13/2022 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku | 18 |
| 2.14. VZP-16/2013 Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče | 21 |
| 2.19. VZP-21/ 2022 2024 Žádanka o schválení (povolení)..... | 23 |
| 2.21. VZP-23/2022 Vyúčtování ozdravenské péče | 25 |
| 2.31. VZP-90/2006 Seznam nositelů výkonů | 27 |
| III. Pravidla pro předávání dokladů..... | 28 |
| 1. Dávky | 28 |
| IV. Seznam číselníků..... | 30 |
| 18. Náklady lázeňské/ozdravenské péče | 30 |

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

1. Doklad

Za doklad pro účely této Metodiky jsou považovány:

a) papírová forma

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

b) elektronická forma

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

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

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

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

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

DRUHY DOKLADŮ POUŽÍVANÝCH PRO STYK SE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI

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

| kód | název dokladu |
|------------|--|
| 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 účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky |
| 03s | Stomatologické výrobky |

- 05 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
- 06 Poukaz na vyšetření/ošetření
- 06dp Poukaz na vyšetření/ošetření DP
- 06ft Poukaz na vyšetření/ošetření FT
- 06k Poukaz na vyšetření/ošetření K
- 06orp Poukaz na vyšetření/ošetření ORP
- 06z Poukaz na vyšetření/ošetření Z
- 08 Průvodní list dávky
- 09 Průvodní list datového nosiče
- 10 Recept
- Recept na léčivé přípravky obsahující omamné látky sk. I
a psychotropní látky sk. II
- 12 Poukaz na brýle a optické pomůcky
- 13 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
- 13P Přehled vrácených zdravotnických prostředků
- 14 Poukaz na foniatrickou pomůcku
- 15 Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- 16 Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče
- 17 Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně
- 18 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně
- 19 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně
- 20 Výpis z receptu
- 21 Žádanka o schválení (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 zdravotnického vozidla
- 36 Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě
- 37 Vyúčtování výkonů záchranné služby
- 39 Vyúčtování náhrady cestovních nákladů
- 80 Příhláška registrovaných pojištěnců
- 85 Hlášení o zastupování lékaře
- ~~90 Seznam nositelů výkonů~~

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, 06orp, 34, 37 jsou v této Metodice rozlišeny pojmy **řádek** a **záhlaví** dokladu a v návaznosti na to údaje řádkové a údaje v záhlaví.

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

Záhlaví dokladu zahrnuje všechny údaje uvedené mimo řádky dokladu.

TISKOPISY VZP PRO PŘEDÁNÍ INFORMACÍ MEZI LÉKAŘI

(nejsou povinné pro stomatology)

| kód | název tiskopisu |
|-----|--|
| 81 | Žádost o předání zdravotních informací |
| 82 | Výpis ze zdravotní dokumentace |
| 83 | Protokol o předání pacienta |

2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře

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

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

Registrace pojištěnců

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

Při přeregistraci pojištěnce je povinností lékaře neprodleně požádat předchozího registrujícího lékaře o informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče. Žádost se podává na tiskopisu 81 Žádost o předání zdravotních informací a kopie žádosti se stává nedílnou součástí dokladů o řádné registraci pojištěnce u lékaře. Lékaři si vyměňují informace nezbytné pro

zajištění návaznosti zdravotní péče na tiskopisu 82 Výpis ze zdravotní dokumentace nebo na tiskopisu 83 Protokol o předání pacienta, případně jiným vhodným písemným způsobem.

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

Vybírání regulačních poplatků

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

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

2.2. Ústavní péče

Ústavní péčí se rozumí péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech a zvláštní ústavní péče ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu. 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 vykazání kódu OD považuje dohromady za jeden den. Proto se kód OD vykazuje vždy za první den hospitalizace (den přijetí), nikdy za den poslední (ať jde o ukončení hospitalizace propuštěním, překladem či úmrtím pojištěnce). Pokud je datum přijetí a datum ukončení hospitalizace identické, vykáže se příslušný kód OD 1x.

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

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 vykazání považuje dohromady za jeden den, s vykazáním kategorie odpovídající stavu pojištěnce v první den hospitalizace.

c) Ostatní zdravotní výkony

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

Vybírání regulačních poplatků

~~Lůžkový PZS vyazuje okolnosti ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb. na dokladu 02 jedním z příslušných čísel výkonů uvedených v „Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami“ stejně jako OD, a to v rámci vyúčtování související poskytnuté zdravotní péče v nejbližším termínu pro předání vyúčtování následujícím po vybrání regulačního poplatku. V případech uvedených v ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. se vyazuje příslušné číslo výkonu: regulační poplatek – pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen. Pojištěncem opožděně uhrazené poplatky, nevykázané při vyúčtování hospitalizace, se vykazují dodatečně na dokladu 06.~~

~~Při překladech (změna odbornosti) bude při dodatečném vykazání regulačních poplatků vystaveno tolik dokladů 06, na kolika pracovištích byla vykázána hospitalizace (analogicky jako u dokladů 02); IČP požadujícího – IČP provádějícího.~~

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

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 vykazat zdravotní pojišťovně 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 zdravotní pojišťovně 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);
- péči poskytnutou na operačním sále;
- 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 PZS nebo z různých částí téhož PZS, která mají přidělená samostatná IČZ (viz kap. II. 1 Společné zásady), pak se poskytnutá péče, s výjimkou stomatologické, vykazuje vždy na vhodné variantě dokladu 06;
- jsou-li požadující OL a poskytovatel vyžádané péče ze stejného PZS, vykazuje se jedním ze dvou způsobů:
na vhodné variantě dokladu 06;
v rádcích 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) LP 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;
- transfuzních přípravků, speciálních LP, tkání a orgánů k transplantaci.

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

d) lázeňskou léčebně rehabilitační 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, 17, 19, 21, 22.

g) LP na recept

Pro tuto péči jsou určeny doklady 10, 20 a recept na LP obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II.

h) ZP na poukaz

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

II. Pravidla pro pořizování dokladů

1.1. Společné údaje na dokladech

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

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

IČZ – identifikační číslo PZS, nebo části PZS, je jednoznačný osmimístný číselný kód. Číslo přiděluje vždy místně příslušné pracoviště VZP na základě žádosti té zdravotní pojišťovny, která první uzavře smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb s daným PZS. Vyžaduje-li to potřeba, přidělí VZP kód IČZ i takovému PZS, který nemá smlouvu s žádnou zdravotní pojišťovnou. Tento způsob přidělování IČZ usnadňuje identifikaci PZS a předávání informací o nich mezi všemi zdravotními pojišťovnami. Je vyplňováno na příslušných tiskopisech (dokladech) 08, 09, 13P, 16, 22, 23, 31, 32, 35, 85-~~a-90~~.

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

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

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

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

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

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

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

Příjmení a jméno pacienta – slouží pro doplňující identifikaci pojištěnce.

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

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

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

Zahraniční pojištěnci se mohou prokázat některým z následujících dokladů:

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

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

1. Za zdravotní služby poskytnuté osobě, která se prokázala doklady **a)**, **b)** nebo **c)**, účtuje PZS příslušné výpomocné zdravotní pojišťovně, která doklad vydala. Zdravotní služby se vykážou podle této Metodiky, tedy v druhu pojištění 4 a samostatnou fakturou se samostatnými dávkami.

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

Pokud zdravotní stav zahraničního pojištěnce samostatnou volbu neumožňuje, zvolí výpomocnou zdravotní pojišťovnu PZS. Dále v těchto případech zajistí PZS přepis údajů uvedených na originálním dokladu (na průkazu EHIC nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC) do části A formuláře „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce z členské země EU, EHP, Velké Británie a ze Švýcarska na čerpání lékařsky nezbytné péče po dobu přechodného pobytu v ČR“ – dále jen **Potvrzení o nároku**.

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

Jedno vyhotovení Potvrzení o nároku předkládá PZS výpomocné zdravotní pojišťovně.

Jedno vyhotovení Potvrzení o nároku si zdravotnické zařízení ponechá.

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

PZS pak vykáže poskytnuté zdravotní služby podle této Metodiky, tedy v druhu pojištění 4 a samostatnou fakturou se samostatnými dávkami. Spolu s vykázáním zdravotních služeb doručí výpomocné zdravotní pojišťovně:

– **kopii průkazu EHIC nebo Potvrzení dočasně nahrazující EHIC spolu s Potvrzením o nároku vyplněným v části B nebo**

– **Potvrzení o nároku vyplněné v části A i B.**

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

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

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

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

Příklad: Dg. J39.2 se napíše |J|3|9|2

F70 |F|7|0| |

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

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

a) Základní diagnóza

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

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

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

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

b) Ostatní diagnózy

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

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

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

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

c) Řádková diagnóza

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

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

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

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

| Datum | Kód | Počet | Odbornost | Diagnóza |
|--------------|------------|--------------|------------------|----------------------------|
| 010722 | 75023 | 1 | | (Dg. je uvedena v záhlaví) |

| | | | | |
|--------|-------|---|------|--|
| 050722 | 75022 | 1 | H045 | (je nutno uvést ke každému řádku, kde se vyskytne) |
| 050795 | 75215 | 1 | H045 | |
| 050722 | | | | |
| 050795 | 75217 | 1 | H045 | |
| 050722 | | | | |
| 150922 | 75023 | 1 | | (Dg. je uvedena v záhlaví) |

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

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

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

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

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

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

|1|4|

|1|5|

extrakce špičáku vlevo dole v dočasné dentici se vyplní takto:

|7|3|

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

81211 |1|3|

81201 |1|6|

81302 |1|4|

81302 |1|5|

Datum – datum provedení výkonu nebo podání ZUM ve tvaru DDMMRR. Povinný údaj, uváděný v řádku dokladu, je nezbytný pro určení ceny vykázaného výkonu nebo vykázané položky. Vykazuje-li se více různých výkonů ke stejnému dni, stačí uvést datum k prvnímu

výkonu. U všech dalších výkonů, které se váží k tomuto datu, se již nemusí opakovaně vyplňovat až do uvedení data nového. RR se nemusí vypisovat u každého řádku, ale může se uvádět pouze u prvního uvedení data v řádku, nebo při změně roku.

Dne – uvede se datum vystavení dokladu.

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

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

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

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

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

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

Dne – uvede se datum vystavení receptu (poukazu).

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

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

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

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

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

V případě zdravotnických prostředků:

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

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

V případě LP:

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

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

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

2.8. VZP-10/20092024 Recept

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

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

- „(!)“, jde-li o záměrné překročení nejvyšší dávky LP určené lékopisem, překročení dávkování musí být vypsána slovy v jazyce latinském;
 - Pokud právní předpis nestanoví jinak, uvede se text:
 - „**Nezaměňovat**“ v případě, kdy lékař trvá na vydání předepsaného LP;
 - „**Zvýšená úhrada**“, jde-li o předpis LP, který má podle jiného právního předpisu **schválenou** stanovenou zvýšenou (druhou) úhradu, nebo „Zvýšená třetí úhrada“ jde-li o předpis LP, který má podle jiného právního předpisu třetí úhradu, a předepisující lékař požaduje využití jedné z těchto zvýšených úhrad;
 - Případně oba symboly (texty);
 - „**Pohotovost**“, jde-li o recept vystavený LPS včetně zubní péče nebo ústavní pohotovostní službou;
 - „**Neodkladná péče**“, je-li LP předepsán na účet veřejného zdravotního pojištění nesmluvním lékařem v rámci jím poskytnuté nutné a neodkladné péče;
 - **Diagnóza** – uvádí se povinně hlavní diagnóza vážící se k předepisovanému LP, pokud je u něj požadována zvýšená úhrada;
 - V případě, že předepisuje LP, jehož úhrada z veřejného zdravotního pojištění je z hlediska jeho odbornosti omezena (omezená preskripce) uvede na druhou stranu tiskopisu:
 - jméno, případně jména, příjmení a odbornost lékaře, který předpis LP doporučil a jeho **IČP**;
 - nebo označení „Na doporučení odborného lékaře“ spolu s jeho **IČP**. Doporučení odborného lékaře musí být nejpozději v den předepsání LP založeno ve zdravotnické dokumentaci pacienta.
- V případě omezené preskripce lze na recept předepsat dva různé LP, jen pokud je u nich doporučující lékař stejný.
- Návod k použití LP.
 - Jestliže se má výdej LP opakovat, uvede předepisující lékař na receptu pokyn k opakovanému výdeji, a to **zpravidla slovem „Repetatur“** příznakem „**Opakovací recept**“, a doplní číselný údaj o celkovém počtu výdejů.

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

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

~~*Pozn.: Výpisem souvisejícím s výdejem z opakovacího receptu se rozumí všechny povolené formy tohoto výpisu včetně kopie opakovacího receptu (viz níže).*~~

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

Kód – kód vydaného LP podle příslušného číselníku léčivých přípravků.

Započ. dopl. – uvede se výše započitatelného doplatku do limitu pojištění.

Úhrada – uvede se úhrada vydaného množství LP, kterou je lékárna oprávněna nárokovat zdravotní pojišťovně.

Vydal – podpis osoby, která vydala LP.

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

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

Druhá strana receptu je vyhrazena pro záznamy zdravotní pojišťovny, pro vyznačení delegované preskripce a pro záznamy lékárny. ~~*Je-li recept vytisknut pomocí PC bez podtisku rubové strany, tak se při vyplňování výše uvedených údajů dodržuje jejich členění dle platného vzoru tiskopisu receptu.*~~

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

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

~~*Při výdeji LP podle opakovacího receptu je kromě běžného způsobu vypsání výpisu na tiskopis nebo vytištění výpisu vytvořeného lékárenským programem, možné pořídit výpis také formou kopie opakovacího receptu. V tomto případě musí lékárna dodržet následující postup:*~~

- ~~*— uvede na kopii slovo Výpis;*~~
- ~~*— přeškrtně údaj o opakování;*~~
- ~~*— přední stranu kopie opatří datem vystavení výpisu, razítkem lékárny včetně podpisu lékárníka, který výpis pořizuje;*~~
- ~~*— standardním způsobem vyznačí výdej, tj. uvede datum výdeje, další razítko lékárny a podpis expedujícího lékárníka.*~~

~~Za dodržení těchto pravidel je možné pořídit si výpis formou kopie pro ostatní recepty.~~

Upozornění: Lékárna nemusí na papírový tiskopis receptu (výpisu) dopisovat ty údaje, které předává zdravotní pojišťovně v elektronické podobě. Výjimkou je položka „Poř. č.“, záměna předepsaného LP a taxace v případě II. 2.8. VZP-10/2009 2024 Receptu, respektive výpisu na individuálně připravovaný LP.

2.10. VZP-13/2022 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

Poukaz je tiskopis, který se používá k vyúčtování pouze jednoho druhu ZP a je výdejcem vykázan až po vydání ZP pojišťenci. Opravy ZP, pokud jsou hrazeny pojišťovnou, se vyúčtují na samostatném poukazu pod kódem opravy dle číselníku ZP.

Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplní lékař nebo zubní lékař (dále jen lékař) nebo jiný zdravotnický pracovník se specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilostí podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (dále jen předepisující) na **přední straně** poukazu **Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), Dg., Dne vystavení poukazu, Razítko poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře/předepisujícího, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.**

IČP delegujícího OL – v případě delegované preskripce OL na sestru v domácí péči uvede předepisující (sestra v domácí péči) IČP OL, který předpis zdravotnického prostředku sestrou v domácí péči doporučil.

Lékař/předepisující dále na poukazu vyplňuje:

Druh a označení pomůcky – název pomůcky podle číselníku ZP.

Sk – skupina ZP dle číselníku ZP (atribut TYP).

Kód – kód podle číselníku ZP.

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

Pomůcka trvalá, dočasná – způsobem uvedeným na tiskopise se vyznačí, zda předávaná pomůcka, označená v číselníku ZP jako zapůjčovaná, je pacientovi dána do trvalého užívání (zapůjčena na dobu neurčitou), nebo zapůjčena na omezenou dobu.

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

Výše a podmínky úhrady – na volné místo na poukazu se pod větou „Výše a podmínky úhrady“ uvedou údaje vztahující se k výši a podmínkám úhrady předepsaného prostředku z veřejného zdravotního pojištění, a to včetně vyznačení jiné než první úhrady podle seznamu všech zdravotnických prostředků hrazených na základě předepsání na poukaz vydávaného podle zákona o veřejném zdravotním pojištění (příznak 2. a 3. úhrady se uvede v podobě „druhá úhrada“, nebo „třetí úhrada“).

U skupiny „ZP 02.01.01 - ZP absorpční“ pro inkontinentní pacienty lékař/předepisující uvede stupeň postižení inkontinence, od kterého se dále odvíjí úhrada:

1. úhrada – na tiskopis se uvede „Inkontinence I. stupně“
2. úhrada – na tiskopis se uvede „Inkontinence II. stupně“
3. úhrada – na tiskopis se uvede „Inkontinence III. stupně“

Záměna prostředku – pokud předepisující s ohledem na zdravotní stav pacienta nebo oprávněná osoba pojišťovny v rámci souhlasu s úhradou prostředku z veřejného zdravotního pojištění trvá na vydání předepsaného prostředku, uvede se na poukazu text „**Nezaměňovat**“.

Na zadní straně poukazu na předtištěných schématech vyznačí lékař/předepisující doplňující informace o předepsané pomůcce a zároveň zde pacient svým podpisem potvrdí prohlášení, kdy naposledy obdržel pomůcku (s výjimkou skupiny obvazů). Je-li poukaz vytisknut pomocí PC bez podtisku rubové strany, tak se při vyplňování výše uvedených údajů dodržuje značení velikostí předepsané pomůcky dle doporučeného vzoru tiskopisu poukazu.

Lékař/předepisující, výdejce nebo zdravotní pojišťovna doplní na přední straně poukazu

Vlastnictví pojišťovny ANO/NE – způsobem uvedeným na tiskopise se vyznačí, zda předávaný zdravotnický prostředek je pojištěnci vydán (vlastníkem je pojištěnec) nebo zapůjčen (vlastnictví pojišťovny).

Ev. č. – u zapůjčovaných zdravotnických prostředků, respektive jejich oprav, u sériově vyráběných zdravotnických prostředků, u kterých je úhrada oprav uvedena v zákoně č. 48/1997 Sb., se 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.

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

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

~~**Vlastnictví pojišťovny ANO/NE** – způsobem uvedeným na tiskopise se vyznačí, zda předávaný zdravotnický prostředek je pojištěnci vydán (vlastníkem je pojištěnec) nebo zapůjčen (vlastnictví pojišťovny).~~

~~**Ev. č.** – u zapůjčovaných zdravotnických prostředků, respektive jejich oprav, u sériově vyráběných zdravotnických prostředků, u kterých je úhrada oprav uvedena v zákoně č. 48/1997 Sb., se 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 pojištěnci 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.

Záměna prostředku – provedenou záměnu vydávající vyznačí na poukazu.

Úhrada – úhrada vydaného množství pomůcky, kterou je lékárna nebo výdejna oprávněna nárokovat na pojišťovně.

Doplatek pojištěnce – doplatek pojištěnce rovnající se rozdílu mezi celkovou cenou pomůcky a úhradou pojišťovny.

Datum uplatnění – datum uplatnění poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku (tzn. datum předložení poukazu pojištěncem u výdejce poukazu).

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

Pomůcku převzal dne – datum převzetí (vydání) pomůcky.

Není-li u osoby oprávněné k výdeji zdravotnického prostředku k dispozici předepsané množství nebo druh pomůcky, vystaví tato osoba na chybějící pomůcku výpis z poukazu; na původní poukaz se uvede poznámka „Pořízen výpis“. Pro výpis se použije nový tiskopis „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“ s tím, že:

- do volného prostoru vpravo za okénkem s textem „POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU“ se uvede slovo „výpis“;
- dále se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vypisované pomůcce;
- do části „Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny“ se navíc uvede kdy (vystaveno dne) a kým (lékař/předepisující a IČP) byl původní poukaz vystaven;
- do řádku „Dne“ na lícové straně tiskopisu se uvede datum pořízení výpisu;
- pořízení výpisu se potvrdí podpisem a razítkem PZS pořizujícího výpis.

Kromě výše uvedeného způsobu pořízení výpisu na tiskopis je možné výpis pořídit formou kopie poukazu. V tomto případě musí vydávající dodržet následující postup:

- na kopii uvede slovo „Výpis“;
- na kopii škrtně údaje, které nejsou rozhodné pro vypisovanou pomůcku (původně uvedené množství) a uvede vypisované množství;
- přední stranu kopie opatří datem vystavení výpisu a razítkem PZS včetně podpisu osoby, která výpis pořizuje;
- standardním způsobem se vyznačí výdej a uplatnění poukazu, tj. uvede se datum výdeje a uplatnění, razítko vydávajícího PZS a podpis vydávajícího.

Upozornění: Lékárna či výdejna nemusí na papírový tiskopis poukaz dopisovat ty údaje, které předává Pojišťovně v elektronické podobě. Výjimkou je položka „Poř. č.“.

Pozn.: Pro výpis z poukazu se používá stejné DR jako pro poukaz a předává se v dávce poukazů na léčebnou a ortopedickou pomůcku.

2.14. VZP-16/2013 Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče

Při komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péči jsou zdravotní pojišťovnou plně hrazeny náklady na ubytování, stravování a léčení ve standardní úrovni. Převahu pojištěnce (doprovodu) hradí zdravotní pojišťovna pouze v případě, kdy je indikována ošetřujícím lékařem. U příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče poskytuje zdravotní pojišťovna pouze příspěvek ve výši nákladů na standardní vyšetření a léčení.

Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče se uzavírá za léčení v uplynulém měsíci vždy po uplynutí kalendářního měsíce a předkládá se jako dávka dokladů v termínu dohodnutém ve smlouvě, výhradně na předepsaném dokladu **Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče – tiskopis VZP-16/2013**. Originál zašle LZ na danou zdravotní pojišťovnu. 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 průběžně vyúčtování provádí:

- a) přímo tiskopisem a jedná se o pojištěnce, jehož vyúčtování potvrzuje podpisem zákonný zástupce;
- b) elektronickou formou.

Pokud byl návrh vyřizován v papírové podobě, přiloží se příslušný díl 1 „Návrhu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči“. Návrh v elektronické formě přepoše LZ na zdravotní pojišťovnu spolu s vyúčtováním pouze v případě, když pojištěnec v době od schválení návrhu zdravotní pojišťovnou změnil zdravotní pojišťovnu.

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

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

Indikace – kód označující lázeňskou léčbu podle Indikačního seznamu.

Čís. vysílajícího ÚP – uvede se číslo příslušného pracoviště zdravotní pojišťovny, které schválilo poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče podle Návrhu.

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

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

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

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

Datum ukončení léčby – den ukončení lázeňské léčby pacienta.

Datum odjezdu pacienta – uvede se skutečný den odjezdu pacienta, resp. jeho průvodce pro pobyt v lázních. Toto datum se nemusí shodovat s datem ukončení léčby a není proto směrodatné pro vyúčtování.

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

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

Průvodce pro pobyt – pro vyúčtování nákladů na ubytování a stravování je nutno uvést příjmení a jméno průvodce pacienta a jeho číslo pojištěnce. Náklady na úhradu doprovodu se vykazují na číslo pojištěnce – pacienta, a to i v případě, kdy průvodce není pojištěncem zdravotní pojišťovny, které se vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče předkládá.

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

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

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

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

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

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

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

Kód přerušení – uvede se vždy ten z předtištěného seznamu kódů přerušení léčby, který je důvodem k přerušení léčení. Přerušením se rozumí takové období, které nepřesahuje dobu trvání lázeňské léčebně rehabilitační péče uvedenou v Návrhu. Po dobu přerušení léčby je pacientovi rezervováno lůžko, náklady s tím spojené hradí zdravotní pojišťovna pouze v případě, že se jedná o přerušení z důvodu pobytu na akutním lůžku (jedná-li se o přerušení léčby na žádost pacienta nebo z jiného důvodu, zdravotní pojišťovna náklady spojené s rezervováním lůžka nehradí).

*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.

~~Do místa určeného pro sdělení se uvede částka za vybrání regulačního poplatku za OD od klienta ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb. s textem „RPK=“, případně za OD od průvodce s textem „RPP=“ stvrzující, že byl vybrán příslušný regulační poplatek za OD uvedený v platném SZV. V případě provedení klinického vyšetření klienta příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče se do místa určeného pro sdělení uvede částka za vybrání regulačního poplatku za klinické vyšetření klienta ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb. s textem „RPV=“ stvrzující, že byl vybrán příslušný regulační poplatek („regulační poplatek za návštěvu – poplatek uhrazen) uvedený v platném SZV.~~

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

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

2.19. VZP-21/20222024 **Žádanka o schválení (povolení)**

Doklad se používá jako žádost o posouzení naplnění podmínek nároku pojištěnce na poskytnutí zdravotní služby jako hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění (dále jen „posouzení nároku“). ~~schválení či povolení úhrady péče, která je v zákonech, vyhláškách (především SZV) či smlouvě podmíněna schválením zdravotní pojišťovnou.~~ Doklad vyplňuje žadatel, tedy ~~OL, případně~~ PZS. Zdravotní pojišťovna se k žádosti vyjádří ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., resp. zákonem č. 500/2004 Sb., o správním řízení. ~~k~~ Kopii dokladu vrátí žadateli (pokud stanovisko k posouzení nároku žadateli neoznámí jiným prokazatelným způsobem) a originál si založí (v případě podání dokladu 21 v DR, předá i odpověď v DR).

Výkonu, LP, ZP, ostatní – proškrtnutím či jiným zřetelným označením se uvede druh položky předkládané k posouzení nároku ~~ke schválení.~~

Čís. schválení – oprávněná osoba zdravotní pojišťovny určí (případně v informačním systému zdravotní pojišťovny je generováno) jednoznačné číslo žádanky v rámci roku a zdravotní pojišťovny, pod kterým bude ~~povolení~~ evidováno. ~~Žadatel vyplňuje pouze v případě předběžného schválení.~~

~~**Předběžně dne** – uvede se datum ve tvaru DDMMRR v případě, kdy byla žádost s oprávněnou osobou zdravotní pojišťovny předem projednávána a kdy jí bylo přiděleno číslo schválení.~~

Pro pacienta, Pojištěnce (poskytovatele zdravotní služby) – jméno pojištěnce, ~~resp. název poskytovatele, pro kterého~~ se který žádá ~~povolení nestandardní úhrady~~ o posouzení nároku nebo označení PZS, jehož prostřednictvím pojištěnce žádá o posouzení nároku.

Čís. pojištění, IČP – uvede se číslo pojištění a IČP toho PZS, ~~pro které je zvláštní položka určena~~ u kterého (kterým) bude zdravotní služba po posouzení nároku zdravotní pojišťovnou poskytnuta.

Sk – skupina podle číselníku „Skupiny číselníků léčivých přípravků, ZP a stomatologických nebo ortodontických výrobků“.

Kód – uvádí se v případě, kdy číslo výkonu, LP či ZP je uvedeno v přísl. číselníku. Kód výkonu se zarovnává k pravé straně.

Název – položka, která se předkládá ~~ke schválení~~ zdravotní pojišťovně k posouzení nároku.

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

Platnost do (*vyplňuje zdravotní pojišťovna*) – datum ve tvaru DDMMRR označující omezení ~~povolení~~ odsouhlasené úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění na určité časové období, ve kterém může pojištěnec čerpat předmětnou péči.

Jestliže zdravotní pojišťovna dospěje k závěru, že nejsou naplněny podmínky pro poskytnutí zdravotní služby jakožto hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, uvede se datum, kdy zdravotní pojišťovna o tomto nevyhovujícím stanovisku rozhodla.

Specifikace požadavku – uvede se konkrétní důvod, pro který je posouzení zdravotní pojišťovnou vyžádáno. ~~Může jít o~~

- ~~— schválení výkonu, LP 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 zpráva nebo epikríza (popřípadě doplněná o relevantní doklady, které jsou shrnuty lékařskou epikrizou), která obsahuje údaje a výsledky vyšetření, ze kterých jednoznačně vyplývá naplnění podmínek pro úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění, uvedených v příslušných platných předpisech.

Pokud není stanovena úhrada pro kód LP či ZP, je nutno uvést jeho cenovou kalkulaci a v případě ZP i dodavatele. Nestačí-li místo pro zdůvodnění, pokračuje se na druhé straně tiskopisu, případně ~~na~~ příloze.

Dne, razítko a podpis žadatele – osobní potvrzení žádosti.

Stanovisko zdravotní pojišťovny – razítko a podpis oprávněné osoby zdravotní pojišťovny, ~~která žádanku odsouhlasí. V případě zamítnutí žádosti se uvede důvod zamítnutí~~ dospěla-li zdravotní pojišťovna k závěru, že jsou naplněny podmínky poskytnutí služby jakožto hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

IČZ výdejny (*vyplňuje zdravotní pojišťovna; pouze v případě cirkulovatelných zdravotnických prostředků*) – IČZ výdejce, u kterého je schválený zdravotnický prostředek v režimu cirkulace pro pojištěnce k dispozici.

Evidenční číslo schváleného zdravotnického prostředku (vyplňuje zdravotní pojišťovna) – pouze u evidovaných zdravotnických prostředků.

2.21. VZP-23/2022

Vyúčtování ozdravenské péče

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

Vyúčtování ozdravenské péče se uzavírá za ozdravenskou péči v uplynulém měsíci vždy po uplynutí kalendářního měsíce a předkládá se jako dávka dokladů v termínu dohodnutém ve smlouvě, výhradně na předepsaném dokladu **Vyúčtování ozdravenské péče – tiskopis VZP-23/2022**. Jde o třídílný samopropisovací tiskopis, z něhož první dva díly, tj. originál a kopii, zašle dětská ozdravovna spádovému pracovišti zdravotní pojišťovny, které kopii dále postoupí vysílajícímu pracovišti zdravotní pojišťovny. Celkový počet předaných dokladů se vyznačí na průvodním listu dávky.

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

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

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

Za správné a včasné vystavení dokladů a jejich předání na příslušné spádové pracoviště zdravotní pojišťovny 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 – uvede se číslo pracoviště zdravotní pojišťovny, které schválilo poskytnutí ozdravenské péče podle Návrhu.

Ozdravenský program – číselný kód označující typ ozdravenského programu.

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

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

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

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

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

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

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

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

Prodlužky z celkového počtu dnů – uvede se počet dnů prodloužení ozdravenské péče z celkového počtu dnů pobytu pacienta, přičemž prodloužení pobytu musí být vždy předem projednáno s RL, který návrh schvaloval.

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

~~Do místa určeného pro sdělení se uvede částka za vybrání regulačního poplatku od klienta s textem „RPK“ nebo „klient“ stvrzující, že byl vybrán příslušný regulační poplatek ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb. uvedený v platném SZV.~~

Řádně vyplněné papírové doklady včetně data vystavení potvrzuje odpovědný pracovník dětské ozdravovny svým podpisem a čitelným otiskem razítka. Doklad o celkovém vyúčtování ozdravenské péče podepisuje rodič dítěte (zákonný zástupce). Bez těchto náležitostí zdravotní pojišťovna doklady nepřevzme. Úhradu poskytnuté a řádně vyúčtované ozdravenské péče provede spádové pracoviště zdravotní pojišťovny.

2.31. VZP-90/2006 — Seznam nositelů výkonů

Tiskopis slouží PZS ke čtvrtletnímu hlášení nositelů výkonů. Hlášení je předáno do 30 dnů po skončení čtvrtletí. Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňuje **ICZ, IČO, Poř. číslo**. Dále se uvádí:

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

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

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 (nově vzniklí PZS jsou povinni předat za uplynulé čtvrtletí vždy toto úplné hlášení, pro ostatní PZS se doporučuje předávat úplné hlášení minimálně jednou ročně);

— „Z“ — v případě, že se na dokladu uvádějí všechny změny oproti minulému období. Platné údaje z předcházejícího období, které už jsou ve zdravotní pojišťovně evidovány, není třeba vyplňovat.

Příjmení, jméno, titul — údaje nositele výkonů.

Rodné číslo — pro nositele výkonů. Musí být vyplněno vždy. Pokud je nositelem výkonů cizí státní příslušník, nahradí se rodné číslo číslem pojištěnce. Pokud cizinec nemá číslo pojištěnce, číslo mu vygeneruje správce Centrálního registru pojištěnců a zavede ho do CRP s kódem 0X.

Kategorie — vyplní se podle SZV pro uvedeného nositele výkonu podle následující tabulky.

| Kategorie | Význam |
|------------------|--|
| 1 | lékař, zubní lékař, farmaceut |
| 2 | klinický psycholog, klinický logoped a fyzioterapeut |
| 3 | jiný vysokoškolsky vzdělaný pracovník ve zdravotnictví |
| 4 | nelékařský zdravotnický pracovník |

Údaje **PPNV** a **Odbornost** se nevyplňují.

Počet listů celkem;, **Datum;**, **Razítko** a **Podpis statutárního zástupce** PZS se uvede na posledním listě.

Zákonnou povinnost poskytovatelů zdravotní péče sdělovat zdravotním pojišťovnám seznam jednotlivých nositelů výkonů lze splnit i jiným způsobem než předáním souboru v definovaném DR (viz kapitola „DR seznamu nositelů výkonů pro zdravotní pojišťovny“ Speciálního DR pro pořizování a předávání dokladů) či tiskopisu VZP-90/2006 „Seznam nositelů výkonů“, avšak za podmínky, že rozsah předávaných údajů a termín jejich poskytování odpovídají výše uvedeným specifikacím.

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 zdravotní pojišťovně. Dávky dokladů kompletuje PZS. Do dávky se zařazují doklady, které jsou uzavřeny v období, za které se dávka předkládá k vyúčtování.

Dávky rozlišujeme podle charakteru a typu.

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

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

Počet dokladů v dávce může být max. 999.

TYPY DÁVEK PRO ZÚČTOVÁNÍ

- 05 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ VÝKONŮ NEPRAVIDELNÉ PÉČE A LPS
obsahuje jen doklady druhu 05.
- 10 – DÁVKA RECEPTŮ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 10, 20 a recepty na LP obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II.
- 12 – DÁVKA POUKAZŮ NA BRÝLE A OPTICKÉ POMŮCKY
obsahuje jen doklady druhu 12.
- 13 – DÁVKA POUKAZŮ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU
POMŮCKU
obsahuje jen doklady druhu 13.
- 14 – DÁVKA POUKAZŮ NA FONIATRICKOU POMŮCKU
obsahuje jen doklady druhu 14.
- 16 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ LÁZEŇSKÉ LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE
SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 16 a při závěrečném doučtování léčení přiložené díly dokladu 15.
- 23 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ OZDRAVENSKÉ PÉČE SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 23 a při závěrečném doučtování léčení přiložené díly dokladu 18.
- 31 – DÁVKA ŽÁDANEK O VYÚČTOVÁNÍ
při vyúčtování v DR nahrazuje faktury.
- 34 – DÁVKA PŘÍKAZŮ KE ZDRAVOTNÍMU TRANSPORTU

obsahuje jen doklady druhu 34.

36 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ CEST V NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBĚ

obsahuje jen doklady druhu 36.

37 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ VÝKONŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

obsahuje jen doklady druhu 37.

Pozn.: Pokud jsou v dávce typu 37 obsaženy doklady, jejichž transport byl indikován na tiskopisu 34 „Příkaz ke zdravotnímu transportu“, přikládají se též tyto tiskopisy v samostatné papírové dávce typu 34.

39 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ NÁHRAD CESTOVNÍCH NÁKLADŮ

obsahuje jen doklady druhu 39.

81 – DÁVKA AMBULANTNÍ SMÍŠENÁ PRO STOMATOLOGII

obsahuje jen doklady druhu 01s a 03s. Doklady k témuž pojištěnci 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 pojištěnci 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 pojištěnci 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 pojištěnci 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 pojištěnci se řadí za sebou tak, že za doklad 02 se zařadí navazující doklad nebo doklady 03.

DÁVKY ZA DRUH POJIŠTĚNÍ 2 – předkládají ti PZS, kteří uzavřeli smlouvu s komerční pojišťovnou o poskytování zdravotní péče smluvním pojištěným, tj. takovým, kteří nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění. Předkládají se jako samostatné dávky s označením 2 na průvodním listu dávky (u papírových 2 v kroužku) pro všechny typy dávek pro zúčtování za poskytnutou zdravotní péči smluvním pojištěným.

DÁVKY ZA DRUH POJIŠTĚNÍ 4 – předkládají se jako samostatné dávky s označením 4 na průvodním listu dávky (u papírových 4 v kroužku) pro všechny typy dávek pro zúčtování za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům zdravotních pojišťoven ostatních států EU, EHP, Švýcarska a pojištěncům, jejichž nárok na poskytnutí zdravotní péče vyplývá z mezinárodních smluv.

TYPY DÁVEK PRO PŘEDÁVÁNÍ

Ostatní jednoduché dávky

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

Dávky pro registraci pojištěnců

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

~~Dávky pro potřeby sdělení seznamu nositelů výkonů~~

~~PZS předává nejpozději do 30 dní po skončení čtvrtletí druh dokladu 90 „Seznam nositelů výkonů“ (pokud není tato zákonná povinnost splněna jiným způsobem – viz kapitola II-2.30 „Seznam nositelů výkonů“).~~

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.

IV. Seznam číselníků

18. Náklady lázeňské/ozdravenské péče

| Kód | Název |
|--------------|---|
| 1 | Za ubytování – klient/pacient |
| 2 | Za stravování – klient/pacient |
| 3 | Za léčení – klient/pacient |
| 4 | Za ubytování doprovodu |
| 5 | Za stravování doprovodu |
| 6 | Regulační poplatek – klient |
| 7 | Regulační poplatek – průvodce |
| 8 | Regulační poplatek za vyšetření – klient |
| 9 | Příznak provedení klinického vyš. – klient PLP |