

Metodika pro pořizování a předávání dokladů

verze popisu 6.2.LI

**vytvořená v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven
a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb**

Účinná od 1. 1. 2025

Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha, leden 2025

Obsah

Úvod.....	4
Seznam zkratk	7
I. Výklad základních pojmů a pravidel používaných pro účely této Metodiky.....	9
1. Doklad	9
2. Základní pojmy, druhy smluvní zdravotní péče a přiřazení příslušných druhů dokladů	12
2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře	13
2.2. Ústavní péče	15
2.3. Péče vyžádaná, navržená, předepsaná	19
II. Pravidla pro pořizování dokladů.....	23
1. Společné zásady	23
1.1. Společné údaje na dokladech	24
2. Vyplňování tiskopisů	32
2.1. VZP-01/2009 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči, VZP-01s/2009 Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči	32
2.2. VZP-02/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní péči, VZP-02s/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči	33
2.3. VZP-03/2006 Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, VZP-03s/2006 Stomatologické výrobky	34
2.4. VZP-05/2009 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče	37
2.5. VZP-06/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření	38
2.6. VZP-08/2006 Průvodní list dávky	46
2.7. VZP-09/2006 Průvodní list datového nosiče	47
2.8. VZP-10/2025 Recept	47
2.9. VZP-12/2022 Poukaz na brýle a optické pomůcky	50
2.10. VZP-13/2022 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku	52
2.11. VZP-13P/2006 Přehled vrácených zdravotnických prostředků	55
2.12. VZP-14/2022 Poukaz na foniatrickou pomůcku	56
2.13. VZP-15/2022 Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči	58
2.14. VZP-16/2013 Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče	67
2.15. VZP-17/2022 Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně	69
2.16. VZP-18/2022 Návrh na umístění dítěte v ozdravovně	75
2.17. VZP-19/2022 Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně	80
2.18. VZP-20/2006 Výpis z receptu	84
2.19. VZP-21/2024 Žádanka o schválení	84
2.20. VZP-22/2013 Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví	86
2.21. VZP-23/2022 Vyúčtování ozdravenské péče	87
2.22. VZP-30/2006 Registrační list	90
2.23. VZP-31/2006 Faktura za období VZP-32/2006 Faktura za dávky	91
2.24. VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu	92
2.25. VZP-35/1995 Záznam o provozu zdravotnického vozidla	96
2.26. VZP-36/2009 Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě	96
2.27. VZP-37/2006 Vyúčtování výkonů záchranné služby	98
2.28. VZP-39/2020 Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem	99
2.29. VZP-80/1997 Přihláška registrovaných pojištěnců	101
2.30. VZP-85/1999 Hlášení o nepřítomnosti / zastupování lékaře	102

2.31. Vyúčtování přepravy zemřelého na zdravotní pitvu a ze zdravotní pitvy	103
2.32. Průvodní list k pitvě	103
2.33. Ostatní žádanky na vyšetření	103
III. Pravidla pro předávání dokladů	105
1. Dávky	105
2. Faktury	107
3. Předávání faktur a dávek dokladů	109
4. Vstupní zpracování dávek	112
IV. Seznam číselníků	113
1. Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (MKN-10)	113
2. Zdravotní výkony	113
3. Cenová pásma	113
4. Kategorie pacienta	113
5. Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků	113
6. Smluvní odbornosti	114
7. Doprava	114
8. Doporučení hospitalizace	115
9. Náhrady za zdravotní péči	116
10. Ukončení léčení	116
11. Druh dokladu a typ dávky	116
12. Lokalizace ve stomatologii	117
13. Zdravotní pojišťovny	118
14. Pravidla pro čísla pojištěnců	118
15. Výkony s povinnou lokalizací zubu	119
16. Ukončení lázeňské/ozdravenské péče	119
17. Přerušení lázeňské/ozdravenské péče	120
18. Náklady lázeňské/ozdravenské péče	120
19. Typy ozdravenského programu	120
20. Druh pojistného vztahu	120
21. Druh úhrady	121
22. Časové období	121

Úvod

Dle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (dále jen VZP) spravuje, aktualizuje a rozvíjí informační systém. Pro zajištění tohoto úkolu vydává pro smluvní poskytovatele zdravotních služeb (dále jen PZS) „Metodiku pro pořizování a předávání dokladů“ (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 PZS 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 také jako zdravotní péče, resp. péče) v souladu s obecně závaznými právními předpisy, zejména zákonem:

- č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.);
- č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 268/2014 Sb., o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 89/2021 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů;
- č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů;
- č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 297/2016 Sb., o službách vytvářejících důvěru pro elektronické transakce, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících

s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů;

- č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů;

a zejména těmito vyhláškami:

- č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely;
- č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče, ve znění pozdějších předpisů;
- č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro;
- č. 329/2019 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.

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

Úhradu zdravotní péče, v rozsahu uvedeném ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče a ve smlouvě o poskytování a úhradě léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, uzavírané mezi PZS a zdravotní pojišťovnou (dále jen smlouva), provádí zdravotní pojišťovna za své pojištěnce na základě:

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

Vyúčtování poskytnuté zdravotní péče provádějí podle této Metodiky PZS, kteří jsou ve smluvním vztahu ke zdravotní pojišťovně. Způsob a termíny předkládání a vyúčtování dokladů jsou upraveny ve smlouvě. Pokud není smluvně dohodnuto jinak, hradí příslušná zdravotní pojišťovna pouze zdravotní péči poskytnutou svým pojištěncům a odmítá doklady vystavené na pojištěnce jiných zdravotních pojišťoven.

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

Přesná datová forma číselníků a způsobu vyúčtování upravující styk mezi smluvními PZS a zdravotními pojišťovnami na datových nosičích či elektronickou cestou se uvádí v materiálu „Datové rozhraní“. Metodika a Datové rozhraní jsou závazné pro všechny zdravotní pojišťovny a jejich smluvní PZS.

Dále VZP vydává „Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR“. Tato pravidla mohou být jednotlivými zdravotními pojišťovnami modifikována.

V Metodice jsou uvedeny tiskopisy v poslední verzi. Předchozí verze tiskopisů lze, pokud jejich obsah není v rozporu s obecně závazným právním předpisem, používat až do vyčerpání zásob.

Seznam zkratek

CRP	Centrální registr pojištěnců
CÚER	Centrální úložiště elektronických receptů
ČSÚ	Český statistický úřad
Dg.	diagnóza
DR	datové rozhraní
EHIC	evropská karta zdravotního pojištění
EHP	evropský hospodářský prostor
HVLP	hromadně vyráběné léčivé přípravky
IČP	identifikační číslo zdravotnického pracoviště
IČZ	identifikační číslo zařízení – poskytovatele zdravotních služeb
LP	léčivé přípravky
LPS	lékařská pohotovostní služba
LZ	lázeňské zařízení
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
OD	ošetřovací den
OL	ošetřující lékař
PPNP	přeprava pacientů neodkladné péče
PZS	poskytovatel zdravotních služeb
PZLÚ	potraviny pro zvláštní lékařské účely
RLP	rychlá lékařská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SZV	Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
ÚP	územní pracoviště (místně příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny)
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZDS	zdravotnická dopravní služba (doprava raněných, nemocných a rodiček)
ZP	zdravotnické prostředky
ZULP	zvlášť účtované léčivé přípravky
ZUM	zvlášť účtovaný materiál (ZP a stomatologické výrobky)
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:

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 foniatickou pomůcku
15	Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči
16	Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče
17	Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně
18	Návrh na umístění dítěte v ozdravovně
19	Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně
20	Výpis z receptu

21	Žádanka o schválení
22	Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví
23	Vyúčtování ozdravenské péče
30	Registrační list
31	Faktura za období
32	Faktura za dávky
34	Příkaz ke zdravotnímu transportu
35	Záznam o provozu zdravotnického vozidla
36	Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě
37	Vyúčtování výkonů záchranné služby
39	Vyúčtování náhrady cestovních nákladů
80	Příhláška registrovaných pojištěnců
85	Hlášení o zastupování lékaře

Ostatní povolené doklady:

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

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

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

Záhlaví dokladu zahrnuje všechny údaje uvedené mimo řádky dokladu.

TISKOPISY VZP PRO PŘEDÁNÍ INFORMACÍ MEZI LÉKAŘI

(nejsou povinné pro stomatology)

kód název tiskopisu

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

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

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Ošetřujícím lékařem (dále také jako OL) se rozumí:

- praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, praktický zubní lékař, gynekolog, který registruje pojištěnce (dále také jako registrující lékař);
- lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči, který v souladu se svou specializací převzal pojištěnce pro určitý diagnostický závěr do péče;
- lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení poskytovatele 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 dle níže uvedených požadavků u jednotlivých typů dokladů a je povinen zaznamenat ve zdravotní dokumentaci přesný rozsah a objem ordinované péče (eventuálně uschovat v dokumentaci kopii požadavku).

Pozn.: Pro účely této Metodiky se za péči ošetřujícího lékaře považuje též péče klinického psychologa a klinického logopeda, kteří v souladu se svou specializací převzali pojištěnce pro určitý diagnostický závěr do péče, klinický logoped jen na základě požadavku lékaře, klinický psycholog i bez doporučení. Tito odborní zdravotničtí pracovníci však nejsou oprávněni vyžadovat, navrhnout či předepisovat další péči. Za ošetřujícího lékaře se pro účely této Metodiky dále považuje také lékař smluvního mamografického screeningového centra, který za účelem zabezpečení nezbytné komplexní diagnostiky chorob prsu a včasného stanovení diagnózy, sám indikuje další potřebné doplňující vybrané výkony z oblasti diagnostiky chorob prsu (za účelem provedení punkční biopsie a jejího vyhodnocení, či doplňujícího ultrazvukového vyšetření prsu).

OBOR, ODBORNOST

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

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

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

DRUHY VYKAZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Pro potřeby této Metodiky jsou rozlišeny tři druhy péče:

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

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

2.1. Ambulantní péče ošetřujícího lékaře

Pro tento druh péče jsou určeny doklady: 01, 01s, 03, 03s, 05, 21, 22, 36, 37, 39. Za tento druh péče se nepovažuje péče poskytnutá pojištěnci v období, kdy je hospitalizován. Taková péče je považována za péči vyžádanou při ústavní 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 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.

2.1.1. 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 s PZS). 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 PZS přiznán za tohoto pojištěnce kapitační paušál, může PZS vykázat zdravotní péči pro pojištěnce původně zahrnutou v kapitačním paušálu konkrétními čísly výkonů v nejbližším předkládacím termínu.

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

2.1.2. Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce ve stomatologii

Péče poskytnutá registrovaným pojištěncům praktického zubního lékaře, či registrovaným pojištěncům zastupovaného lékaře, která je hrazena formou agregované úhrady již není prostřednictvím samostatných výkonů vykazována. Výkony do agregované úhrady nezahrnuté jsou na registrované pojištěnce vykazovány na dokladu 01s.

Zdravotní péče o neregistrované pojištěnce se vykazuje rovněž na dokladu 01s.

Je-li lékař zastupován po dobu delší než 20 dnů v běžném měsíci, je povinen tuto skutečnost zdravotní pojišťovně nahlásit na dokladu 85.

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

PZS vykáže za dny, po které byl pojištěnec na propustce, příslušný OD propustky s povinně vyplněným datem k tomuto kódu. Tento OD nelze vykázat v prvních a posledních třech dnech hospitalizace s výjimkou případů, kdy je hospitalizace ukončena překladem pojištěnce z důvodu náhlé změny zdravotního stavu nebo z důvodu úmrtí pojištěnce. V případě psychiatrické odbornosti lze v posledních třech dnech hospitalizace OD propustky vykázat tehdy, když léčebný výsledek propustky odůvodní dřívější ukončení ústavní 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 v případech uvedených v ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. vykazuje příslušné číslo výkonu: regulační poplatek – pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen.

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

Za novou hospitalizaci je považováno:

- první přijetí pojištěnce;
- přijetí po době delší než 28 dnů od předchozího propuštění z hospitalizace ve stejném oboru;
- odůvodněné přeložení pojištěnce na lůžko jiného oboru, tzn. v tom případě, když zdravotní stav pojištěnce nezbytně vyžaduje poskytnutí takové

zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně ani při hospitalizaci na stávajícím lůžkovém oddělení.

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

- překlad z lůžka na lůžko nebo objednané přijetí pojištěnce na oddělení stejného oboru jiného PZS, pokud zdravotní stav pojištěnce vyžaduje zdravotní péči, kterou PZS, ve kterém byl původně hospitalizován, není schopno poskytnout, a taková péče nemůže být pojištěnci poskytnuta bez překladu (tzn. nelze provést konkrétní potřebný diagnostický či terapeutický zákrok a zpětný zdravotnický transport pojištěnce na původní oddělení);
- zcela nové onemocnění, které se projevilo v době do 28 dnů od předchozího propuštění a vyžaduje ústavní péči;
- 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 do kolonky počet nula. Při pokračování předchozí hospitalizace se vyplní do kolonky „Počet“ číselný údaj, který vyjadřuje celkový počet dnů předchozí části hospitalizace, o jejíž pokračování se jedná, aby bylo možno uplatnit klesající sazbu v pokračujícím režimu.

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

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

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

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

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

2.2.2. Smluvní odbornost pracoviště lůžkové péče

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

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

F – standardní lůžková péče

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

H – standardní lůžková péče

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

R – péče na operačním sále

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

I – intenzivní a resuscitační lůžková péče

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

T – intenzivní a resuscitační lůžková péče

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

P – intenzivní a intermediární lůžková porodnická péče

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

S – péče na spinálních jednotkách

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

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

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

D – dlouhodobá intenzivní péče

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

M – intenzivní lůžková psychiatrická péče

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

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.

Nelékařský zdravotnický pracovník – ergoterapeut nebo fyzioterapeut – se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí, poskytující péči na základě vyžádání, návrhu nebo předepsání OL je oprávněn navrhnout a poskytnout rozsah péče v rámci indikace OL a vykázat zdravotní pojišťovně péči, kterou po vyhodnocení nejvhodnějšího léčebného postupu pro konkrétního pojištěnce stanovil, avšak za podmínky že tato péče směřuje výhradně k řešení konkrétního zdravotního problému, který z indikace OL vyplývá. Současně výše uvedené platí, v rámci přechodného období do 31. 12. 2025, i pro ergoterapeuta

nebo fyzioterapeuta s odbornou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Uvede-li OL v indikaci konkrétní rozsah péče (tj. specifikaci procedur či zdravotních výkonů spolu s informací o jejich počtu a opakování v jednotlivých dnech), pak je ergoterapeut nebo fyzioterapeut povinen rozsah péče stanovený OL dodržet.

Není-li stanoveno jinak, jiný odborný zdravotnický pracovník než OL poskytující péči na základě vyžádání, návržení nebo předepsání OL je oprávněn vykázat 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 nebo ergoterapeut či fyzioterapeut rozsah poskytnuté péče, případně může doporučit ošetřujícímu lékaři další postup či další péči.

Poskytující je povinen uchovat originál či kopii požadavku OL ve zdravotnické dokumentaci pro případnou kontrolu.

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:
 - 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) LP a ZP aplikované v souvislosti s vyžádanými výkony

Pro tuto péči jsou určeny doklady 03, 03s.

c) zdravotnické transporty

- pojištění (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, 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. II¹.

¹ Humánní léčivé přípravky jsou předepisovány v souladu s §80 Zákona č. 378/2007 Sb.

h) ZP na poukaz

Pro tuto péči jsou určeny doklady 12, 13, 13P, 14².

² Preskripce v souladu s Kategorizací zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz.

II. Pravidla pro pořizování dokladů

V tomto dílu je detailně popsáno pořizování dokladů vyplňováním jednotlivých tiskopisů. Nejprve jsou uvedeny společné zásady, význam a vyplňování nejčastěji se vyskytujících údajů na dokladech a dále jednotlivé doklady vzestupně podle druhu dokladu. Vzory jednotlivých tiskopisů jsou zveřejněny na webových stránkách VZP ČR: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/tiskopisy>.

Pro doklady pořízené tištěnými výstupy z počítače platí z hlediska obsahu jednotlivých uváděných údajů totéž jako pro údaje vyplňované na tiskopisech.

Pro vyplňování dokladů předávaných na datovém nosiči či elektronickou cestou platí přednostně pravidla stanovená v DR pro pořizování a předávání dokladů.

Příklad: Počet provedení vykazovaného výkonu – pokud není na tiskopisu dokladu uveden, započte se provedení výkonu jedenkrát. V příslušném DR dokladu musí být počet provedení výkonu uveden.

1. Společné zásady

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

- znaky se zapisují do určených, předtištěných pozic hůlkovým písmem nebo strojově;
- vykazované údaje se zarovnávají do pravé strany. 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 PSZ (nebo pracovníka jím pověřeného s delegovanou pravomocí k podpisu) a doklad je opatřen čitelným otiskem razítka včetně IČZ nebo IČP poskytovatele (viz kap. II. 1.1). U dokladu na vyžádanou, navrženou či předepsanou pečí je akceptován i zaručený elektronický podpis ve viditelné podobě. V případě elektronického dokumentu bude autorizace provedena způsobem smluvně uzavřeným mezi ZP a poskytovatelem s tím, že tento dokument bude obsahovat všechny údaje z razítka PZS včetně IČZ nebo IČP poskytovatele (v těchto případech nahrazuje razítko);

- nepovinně je možno uvést QR kód pro účely využití PZS. QR kód musí vyhovovat požadavkům standardního kódovacího systému a musí být zabezpečen proti případnému zneužití.

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

1.1. Společné údaje na dokladech

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

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

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

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

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

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

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

Čís. dokladu – číslo dokladu slouží k jeho jednoznačné identifikaci v rámci PZS a roku, za který byl vystaven a předložen zdravotní pojišťovně. Způsob číslování

dokladů si určují jednotlivá PZS sama podle svých zvyklostí a zavedeného způsobu evidence. Způsob číslování však musí respektovat požadavek průkaznosti ve smyslu zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

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

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

Příjmení a jméno pacienta – slouží pro doplňující identifikaci pojištěnce.

Číslo pojištěnce – pojištěnci jsou zásadně identifikováni číslem pojištěnce uvedeným na jejich průkazu zdravotního pojištění. U devítimístného čísla pojištěnce se poslední pozice neuvádí. Údaj se 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 pětímístné 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. překladové zprávě nebo v ohledacím listu.

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

b) Ostatní diagnózy

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

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

Je-li v základní Dg. uveden kód Dg. z kap. MKN-10 – Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin, uvede se zde i kód Dg. z kap. MKN-10 – Vnější příčiny 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
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 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 NA PŘEHLEDU VRÁCENÝCH ZP SE VYPLŇUJE:**

Ad usum proprium nebo **Pro potřebu rodiny** – 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 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. Vyplňování tiskopisů

2.1. VZP-01/2009 **Vyúčtování výkonů v ambulantní péči,** VZP-01s/2009 **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 **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady ind., Datum, Lokal., Razítko a podpis.**

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.

2.2. VZP-02/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní péči,

VZP-02s/2009 Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči

VZP-02p/1999 Vyúčtování výkonů v ústavní péči (pokrač.)

VZP-02sp/1999 Vyúčtování výkonů v ústavní stomatologické péči (pokrač.)

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 **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Čís. dokladu, Var. symbol, Poř. č., Příjmení a jméno pacienta, Čís. pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní diagnózy, Náhrady ind., Lokal., Razítko a podpis.**

Dále se vyplňuje:

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

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

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

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

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

Uk. léč. – důvod ukončení hospitalizačního účtu. Údaj se vyplňuje podle číselníku „Ukončení léčení“.

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

Datum – vyplňuje se podle kap. II. 1. Společné zásady. Vyplnění je povinné u každého výkonu v průběhu resuscitační či intenzivní péče, u operačních výkonů

a výkonů, k nimž se vykazuje ZUM. Vykázané výkony provedené v různých čtvrtletích se vykazují samostatně za každé čtvrtletí zvlášť. Jako příklad lze uvést vykázání stejných OD při hospitalizaci zasahující do dvou čtvrtletí, které se provádí na dvou řádcích s příslušným počtem dnů a datem provedení jednoho z nich v daném čtvrtletí.

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

Počet – počet provedení příslušného výkonu dle číselníku „Zdravotní výkony“ v souladu s kap. I. 2.2. Vykazování ústavní péče. Nevyplněný údaj se započítává pouze jedenkrát.

Kategorie pacienta, dny – počty dnů, ve kterých splňoval pojištěnec kategorii dle číselníku „Kategorie pacienta“ v souladu s kap. I. 2.2. Pokud je pacient na propustce, předpokládá se kategorie „0“; tato kategorie se na tiskopisu doplní (ručně) do volného prostoru pod kategorií „5“ na rubové straně.

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

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

Na dokladech 02s a 02 (i s hlavičkovou odborností 6_5 – maxillofaciální chirurgie) nelze vykazovat kódy z „Úhrady stomatologické péče“. Vykazují se kódy příslušných autorských odborností ze Seznamu zdravotních výkonů.

2.3. VZP-03/2006 Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, VZP-03s/2006 Stomatologické výrobky

Doklad 03s je rozšířen oproti dokladu 03 o položku **lokal.**, kterou se vykazuje lokalizace zubu. Doklad je možné vykazovat jen v návaznosti na jeden z dokladů 01, 02 nebo 06. Pokud je vykazován ZP (skupina = 3), tak se na dokladu 03s nevyplňuje lokalizace.

Vykazovat lze pouze LP, radiofarmaka, výrobky transfuzních stanic, ZP, stomatologické výrobky apod. (dále jen ZUM), které zdravotní pojišťovna neproplácí jiným způsobem. **Nelze tedy vykazovat ty LP a ZP, na které byl vystaven recept nebo poukaz, které jsou hrazeny hospitalizačním lékovým paušálem nebo jsou zahrnuty přímo v hodnotě výkonu.** Výkony, k nimž nelze

vykazovat ZUM, nemají v číselníku „Zdravotní výkony“ vyznačenu možnost jejich vykazování.

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

Dále se vyplňuje:

Sk – jednomístný číselný údaj dle číselníku „Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků“. Není-li skupina vyplněna, doplní se automaticky Sk = 1.

Kód – číselný údaj označující ZUM dle číselníku „Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků“. V případě, že ZUM není uveden v číselnících, je nutné jej účtovat fakturou za cenu schválenou zdravotní pojišťovnou.

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

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

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

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

- **Pro ZULP ve výši**

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

- **Pro ZUM ve výši**

- a) ceny, za kterou byl ZUM pořízen, nejvýše však do hodnoty maximální úhrady zdravotní pojišťovnou;
- b) sjednané úhrady, je-li taková zdravotní pojišťovnou sjednána.

Rozsah údaje je 9 znaků, 7 míst pro celou část čísla a 2 místa pro desetinnou část čísla. Cena musí být povinně vyplněna. U podskupin 12 transfuzní přípravky a krvetvorné buňky, 13 radiofarmaka, 14 parenterální výživa pro domácí terapii

a 15 autologní transfuzní přípravky se cena vyplňuje pouze tehdy, pokud není v číselníku „Individuálně připravované léčivé přípravky, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka“ uvedena úhrada zdravotní pojišťovnou.

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

- „Z“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována zvýšená úhrada (druhá úhrada LP z číselníku „HVLP“);
- „T“ – pokud je pro vykázaný ZULP požadována třetí úhrada LP z číselníku „HVLP“;
- „D“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována úhrada vysoce inovativního LP;
- „C“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována druhá úhrada vysoce inovativního LP;
- „B“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována třetí úhrada vysoce inovativního LP;
- „E“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována čtvrtá úhrada vysoce inovativního LP;
- „F“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována pátá úhrada vysoce inovativního LP;
- „G“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována šestá úhrada vysoce inovativního LP;
- „H“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována sedmá úhrada vysoce inovativního LP;
- „I“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována osmá úhrada vysoce inovativního LP;
- „J“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována devátá úhrada vysoce inovativního LP;
- „K“ - pokud je pro vykázaný ZULP požadována desátá úhrada vysoce inovativního LP;
- „X“ – v případě schválení úhrady zdravotní pojišťovnou u ZULP, které mají nulovou úhradu.

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

Pokud se vykazuje ZUM samostatně, použije se na dokladu 01 nespecifikovaný kód (v číselníku uvedený textem „kód slouží pouze pro vykazování účtu 03“),

přičemž doklad 01 musí splňovat veškeré náležitosti vyplňování dle kap. II. 1. Společné zásady.

2.4. VZP-05/2009 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče

Tento doklad umožňuje vykázání jednorázové (obvykle akutní) péče.

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

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

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

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

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 pojištěnci poskytnuto v jednom dni více výkonů pro stejnou diagnózu, potom se datum, číslo pojištěnce a diagnóza uvede pouze u prvního výkonu.

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

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

Dále se vyplňuje:

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

KN – PZS je povinen indikovat případy, které opravňují zdravotní pojišťovnu k nárokování odpovídající finanční náhrady vůči jinému subjektu či osobě. Na dokladu se uvedou odpovídající kódy dle číselníku „Náhrady za zdravotní péči“.

V případě, že se k pacientovi váže více typů náhrad než výkonů, uvedou se tyto kódy náhrad samostatně na dalších řádcích, přičemž ostatní údaje v řádku se již nevyplňují.

2.5. VZP-06/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření

Tiskopisy slouží jak k vyžádání (resp. předepsání) zdravotní péče OL (dále jen požadující), tak současně k jejich vyúčtování zdravotnickým pracovníkem, jenž požadovanou péči poskytl (dále jen poskytovatel). Tiskopis VZP-06, včetně všech jeho speciálních variant (viz níže), **je oprávněn vystavit pouze OL**, a to za dodržení zákonem stanovených omezení.

Tiskopisy jsou jednolistové, obsahují 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 prostřednictvím nelékařských zdravotnických pracovníků, poskytujících zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta (VZP-06dp);
- k předpisu ošetrovatelské a léčebně rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních poskytovatelů sociálních služeb nebo v lůžkových PZS v rámci zvláštní ambulantní péče (VZP-06orp).

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

Požadující vyplňuje požadavek vždy v dílu A tiskopisu a předá jej poskytovateli. Požadavek musí být přesně zaznamenán 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 zdravotní pojišťovně, 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 datovém nosiči

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

SPOLEČNÉ ZÁSADY PRO VYPLŇOVÁNÍ DOKLADŮ VZP-06

Díl A – vyplňuje požadující:

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

Pozn. v případě, že se jedná o péči indikovanou přímo na operačním sále, uvede se IČP a odbornost OL požadujícího operační výkony.

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.

Poznámka – uvedou se informace nezbytné ke kvalitnímu poskytnutí zdravotní péče (např. epikríza zdravotního stavu pacienta, údaje o dosavadní léčbě, výsledky vyšetření).

Razítko a podpis požadujícího – 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 provedeného výkonu podle číselníku „Zdravotní výkony“.

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

Dne – den podepsání poukazu.

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

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

V dílu A požadující navíc vyplní:

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

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

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

Důvod požadavku (doporučení) – medicínské zdůvodnění požadavku.

Pokud bylo poskytnuto **vyžádané ošetření**:

a) v průběhu hospitalizace pacienta vykáže poskytovatel tuto péči

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

b) pokud pacient není hospitalizován

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

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

2.5.2 VZP-06z/2009 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 specifikace – medicínské zdůvodnění požadavku.

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

2.5.3 VZP-06ft/2025 Poukaz na vyšetření/ošetření FT

Požadující vyplní v dílu A dále tyto údaje:

Odeslán ad – doporučené rehabilitační pracoviště, eventuálně požadované či dohodnuté datum provedení požadavku, přičemž poukaz je platný 14 dní a indikovaná péče musí být poskytnuta do 3 měsíců od jeho vystavení.

Stav vyžadující FT – pro posouzení oprávněnosti indikace je rozhodující uvedení konkrétního stavu (nejčastěji specifikace poruchy funkce), který vyžaduje fyzioterapii nebo ergoterapii, a to včetně stručné epikrízy. Je možné přiložit popis výsledků provedených fyzikálních vyšetření či zobrazovacích metod, případně lze přiložit lékařské zprávy.

Cíl, kterého má být dosaženo – lékařem očekávané cíle ergoterapie (např.: zvýšení soběstačnosti, zlepšení funkce ruky, výběr a nácvik používání vhodné kompenzační pomůcky) či fyzioterapie (např. zvýšení stability stoje, úprava stereotypu pohybu, zvýšení svalové síly).

Požadováno – pro úhradu zdravotní pojišťovnou je nezbytné, aby OL uvedl důvod požadavku a lokalizaci postižení pacienta. Dále může lékař nepovinně určit, zda je požadována ergoterapie, fyzikální terapie, kinezioterapie či jejich kombinace nebo uvést konkrétní zdravotní výkony a jejich počet a opakování v jednotlivých dnech.

Nestanoví-li OL konkrétní rozsah péče, která má být poskytnuta (včetně specifikace procedur či zdravotních výkonů spolu s informací o jejich počtu a opakování v jednotlivých dnech), pak je toto v kompetenci ergoterapeuta či fyzioterapeuta se specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilostí. Tato kompetence náleží v průběhu přechodného období končícího dnem 31. 12. 2025 i ergoterapeutovi nebo fyzioterapeutovi s odbornou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Současně musí poskytovaná péče směřovat výhradně k řešení konkrétního zdravotního problému, který z indikace OL vyplývá. Za odůvodněnost a účelnost ergoterapeutické či rehabilitační péče, kterou příslušně kvalifikovaný nelékařský zdravotnický pracovník v rámci indikace OL navrhne a poskytne, je zodpovědný sám ergoterapeut či fyzioterapeut.

Ergoterapeut či fyzioterapeut není oprávněn dopisovat konkrétní rozsah péče do dílu A dokladu 06 Poukaz na vyšetření/ošetření FT. Navrhovanou péči v rámci indikace OL doplní ergoterapeut či fyzioterapeut do vlastní zdravotnické dokumentace.

Rizika na straně pacienta, kontraindikace, upozornění – v rámci ochrany pacienta i provádějícího je nezbytné, aby předepisující uvedl kompletní relativní kontraindikace a další stavy zvyšující riziko vzniku komplikací. Předepisující je povinen upozornit na nutnost kontroly krevního tlaku a pulsu, včetně přerušení fyzioterapie při překročení určitých hodnot. Dále je povinen uvést umístění kovů v těle, např. kardiostimulátoru. Předepisující též zaznamená profesionální či jiné specifikace, které mohou ovlivňovat způsob i cíl léčby. Případně lze uvést i limity terapie (např. ohledně zátěže, zakázané pohyby apod.).

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí 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/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření DP

V dílu A požadující dále vyplní:

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

V případě delegované preskripce OL na sestru v domácí péči uvede OL v předpisu domácí péče (díl A dokladu 06dp) informaci o stanoveném rozsahu zdravotnických prostředků, které je sestra oprávněna konkrétnímu pacientovi předepisovat samostatně (pozn.: jedná se o vymezené ZP podle přílohy č. 3, oddílu C, tabulky č. 1 zákona č. 48/1997 Sb.). OL uvede také časové období, jehož se bude delegace preskripce na sestru v domácí péči týkat. Delegace preskripce se uplatní jen po dobu, na kterou je poskytování péče OL doporučeno (max. na dobu platnosti poukazu).

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).

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

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

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

Informace o pacientovi:

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

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

Další příslušníci domácnosti na této adrese – zaškrtně se „ano“, pokud žije ve stejné domácnosti další osoba.

Kontaktní osoba pro DP – jméno a příjmení kontaktní osoby, její vztah k pacientovi, v případě místa bydliště odlišného od pacientova i přesná adresa bydliště, případně telefonní číslo.

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

Mobilita pacienta – zaškrtně se varianta „a“ v případě plně mobilního pacienta, v případě pacienta s omezenou mobilitou se zaškrtně „b“ a doplní se specifikací omezení mobility.

Smyslové omezení – v případě existence smyslového omezení se uvede, o jaké se jedná, jinak se uvede „není“.

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu – zaškrtně se varianta „a“ v případě pacienta schopného sebeobsluhy, v případě pacienta s omezenou schopností sebeobsluhy se zaškrtně „b“ a doplní se specifikace omezení.

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulinu a diety

Další informace – ostatní informace, které mohou ovlivnit kvalitu poskytování vyžádané péče.

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

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

2.5.5 VZP-06orp/2009 **Poukaz na vyšetření/ošetření ORP**

ORP – je zkratka pro ošetřovatelskou a léčebně rehabilitační péči poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v lůžkových PZS v rámci zvláštní ambulantní péče.

V dílu A požadující dále vyplní:

Pořadové číslo poukazu nepřerušené ORP – 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 péči vyžádanou předcházejícím poukazem (bez nutnosti vyplňovat na následujícím formuláři již uvedené a nezměněné informace o pacientovi s výjimkou údajů v záhlaví dílu A dokladu). Nepřerušenou ORP 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 ORP ošetřujícím lékařem má platnost nejvýše 3 měsíce.

Informace o pacientovi:

Požadující ošetřující lékař vyplní všechny údaje potřebné pro kvalitní a účelné poskytování ORP v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo u lůžkových PZS. V případě, že půjde o indikaci ORP v rámci zvláštní ambulantní péče u lůžkových PZS, bude odbornost indikujícího i provádějícího pracoviště uvedená na dokladech 06 identická, tzn. „004“.

Mobilita pacienta – zaškrtně se příslušná varianta. V případě pacienta s omezenou mobilitou se doplní specifikací – konkretizací omezení mobility, v případě, že je pacient zcela imobilní, se doplní slovně klinický nález – příčina imobility.

Smyslové omezení – v případě existence smyslového omezení se uvede, o jaké se jedná, jinak se uvede „není“.

Přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiných osob – zaškrtně se příslušná varianta. V případě, že se jedná o indikaci ORP u pacienta, který nemá stupeň závislosti (doposud) přiznaný, se vyplňuje dále uvedená „schopnost základní sebeobsluhy“.

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu – nevyplňuje se v případě, že se vyplňuje **přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiných osob**. Zaškrtně se příslušná varianta. V případě pacienta s omezenou schopností sebeobsluhy, resp. pacienta, který nemá žádnou schopnost sebeobsluhy (je zde prokazatelně vysoká závislost na pomoci druhé osoby) se doplní slovně klinický nález – příčina omezené či žádné schopnosti sebeobsluhy.

Údaje o současné medikaci a způsobu její aplikace, včetně aplikace inzulínu

Požadavek na aplikaci léku zdravotní sestrou je oprávněný jen ve výjimečných případech (odůvodněných zdravotním stavem pacienta), kdy je prokazatelně nutné podání LP pro vysoké riziko možných komplikací v případě, že by příslušný LP podán nebyl. Aplikace inzulínu zdravotní sestrou je odůvodněná v případě, že si ho pacient nemůže spolehlivě aplikovat sám.

Způsob podání stravy / výživy – doplní se slovně klinický nález – příčina indikace ošetrovatelské péče v případě, že v této souvislosti je indikován výkon odbornosti 913. Prostá potřeba krmení nebo kontrola, zda pacient jí, není

medicínskou indikací pro ošetrovatelskou intervenci zajišťovanou kvalifikovaným zdravotnickým personálem.

Další informace – ostatní konkrétní a specifikované informace, které mohou ovlivnit poskytování vyžádané péče a jsou důležité pro její odůvodnění např. upozornění na inkontinenci a uvedení konkrétního stupně inkontinence, alergie atd.

Cíl předepsané ORP, kterého má být dosaženo – medicínské zdůvodnění a očekávaný efekt požadované péče. Pozor, nelze indikovat péči ORP pro činnosti, které patří mezi základní povinnosti při poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo lůžkových ZZ a jsou z prostředků veřejného zdravotního pojištění **nehrazené** (pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při vlastní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, aktivizační činnosti, nácvik soběstačnosti apod.).

Požadováno – do předtištěných rámečků se vyplní číslo požadovaného zdravotního výkonu a uvede se slovní specifikace požadavku, např. při opakované frekvenci během jednoho dne interval mezi jednotlivými výkony, při indikaci léčebně rehabilitační péče (v odbornosti 913) je pak nezbytné specifikovat požadovanou proceduru, konkrétní techniku, metodu, oblast těla, délku trvání a požadovaný počet výkonů v jednom dni, resp. požadovanou frekvenci v týdnu. V případě, že je vzhledem ke zdravotnímu stavu odůvodněná indikace pro provedení výkonu v době od 22:00 do 6:00 a/nebo o sobotách a nedělích (svátcích), se zaškrtnou v daném řádku u příslušného čísla výkonu jedna nebo obě předepsané kolonky „křížkem“. Při indikaci bonifikačních čísel výkonů se musí jednat o ojedinělé, zdravotním stavem řádně a prokazatelně odůvodněné situace, zejména v nočních hodinách.

2.6. VZP-08/2006 Průvodní list dávky

Vyplňuje se:

Číslo dávky – jednoznačné číslo dávky v rámci PZS a roku.

IČZ – identifikační číslo PZS (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 LP či ZP. Pokud je smluvně dohodnuté účtovací období delší než jeden měsíc, uvádí se dvojčíslí posledního kalendářního měsíce účtovaného období. Údaj se zapisuje ve tvaru MMRRRR.

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

V případě předávání dávek na datovém nosiči 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 LP, přímo účtovaný materiál atd. (do této hodnoty se nezahrnují body v Kč).

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

2.7. VZP-09/2006 Průvodní list datového nosiče

Vyplňuje se:

Počet předaných dávek – uvede se celkový počet předávaných dávek.

IČZ – identifikační číslo PZS (viz kap. II. 1. Společné zásady).

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

2.8. VZP-10/2025 Recept

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

Lékař dále předepíše předpis hromadně vyráběného LP chráněným názvem, lékovou formou, koncentrací (sílou), velikostí balení, individuálně připravovaný

LP s použitím lékopisných názvů nebo jejich synonym nebo zkratk uvedených v lékopisu a příp. uvede požadovaný symbol:

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

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

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

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

Kód – kód vydaného LP podle příslušného číselníku léčivých přípravků.

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

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

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

Vydal – podpis osoby, která vydala LP.

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

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

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

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

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

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

2.9. VZP-12/2022 **Poukaz na brýle a optické pomůcky**

Poukaz je oboustranný tiskopis, který se použije k vykazování pouze jedné optické pomůcky a je výdejcem vykázan až po vydání optické pomůcky pojišťenci.

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 č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (dále jen předepisující) na přední straně poukazu **Kód pojišťovny, IČP, Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), Dg., Dne vystavení poukazu, Razítko poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře/předepisujícího, Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.** Lékař/předepisující dále vyplní:

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

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

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 č. 48/1997 Sb. (příznak 2. a 3. úhrady se uvede v podobě „druhá úhrada“, nebo „třetí úhrada“).

Lékař/předepisující je povinen požádat pacienta, 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:

Přední strana poukazu:

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

Kód – kód podle číselníku “Zdravotnické prostředky”.

Záměna prostředku – provedenou záměnu vydávající vyznačí na poukazu.

Úhrada – úhrada jednotlivých položek předkládaná výdejcem pomůcky k úhradě zdravotní pojišťovně.

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

Zadní strana poukazu:

Datum uplatnění – datum uplatnění poukazu na brýle a optické pomůcky (tzn. datum předložení poukazu pojištěncem u výdejce poukazu).

Výdejce si nechá potvrdit od pojištěnce převzetí pomůcky v části „**Potvrzuji, že mi byly vydány**“:

A) celé brýle;

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

C) jiná optická pomůcka: název pomůcky.

Dne – datum vydání optické pomůcky.

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

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 „Pořízení výpis“. Pro výpis se použije nový tiskopis „Poukaz na brýle a optické pomůcky“ s tím, že:

- do volného prostoru pod okénko s textem „POUKAZ NA BRÝLE A OPTICKÉ POMŮCKY“ se uvede slovo „výpis“;
- dále se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vypisované pomůcce;
- do části „Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny“ na rubové straně tiskopisu 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:

- kopie poukazu musí být oboustranná;
- na kopii uvede slovo „Výpis“;
- na kopii škrtně údaje, které nejsou rozhodné pro vypisovanou pomůcku;
- 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.

Pozn.: Pro výpis z poukazu se používá stejné DR jako pro poukaz a předává se v dávce poukazů na brýle a optické pomůcky.

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 vykázán až po vydání ZP pojištěnci. Opravy ZP, pokud jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, se vyúčtují na samostatném poukazu pod kódem opravy dle číselníku „Zdravotnické prostředky“.

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 č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (dále jen předepisující) na **přední straně poukazu Kód pojišťovny, IČP, 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 „Zdravotnické prostředky“.

Sk – skupina ZP dle číselníku „Zdravotnické prostředky“ (atribut TYP).

Kód – kód podle číselníku „Zdravotnické prostředky“.

Počet – předepisované množství v poměru k jednotkám uvedeným v číselníku „Zdravotnické prostředky“ 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 „Zdravotnické prostředky“ 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 č. 48/1997 Sb. (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 zdravotní 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 zdravotní pojišťovny ANO/NE – způsobem uvedeným na tiskopise se vyznačí, zda předávaný zdravotnický prostředek je pojištěnci vydán (vlastníkem je pojištěnec) nebo zapůjčen (vlastnictví zdravotní 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.

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 zdravotní pojišťovně.

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

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

Pozn.: pro účely úhrady nájemného pronajímaných zdravotnických prostředků je v případě opakovaně vykázaného dokladu datum uplatnění plněno hodnotou prvního dne měsíce, za který je pronájem zdravotnického prostředku zdravotní pojišťovně účtován (platí pouze pro zdravotnické prostředky skupiny 10 – ZP respirační, inhalační a pro aplikaci enterální výživy, které mají podle přílohy č. 3, oddílu C, tabulky č. 1 zákona č. 48/1997 Sb., definovanou výši úhradového limitu bez DPH na 1 den pronájmu).

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 „Pořízení 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 zdravotní 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.

2.11. VZP-13P/2006 Přehled vrácených zdravotnických prostředků

Doklad vyplňuje dodavatel ZP, který dle smlouvy s VZP zajišťuje zapůjčování a cirkulaci ZP označených v číselníku „Zdravotnické prostředky“ 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.

2.12. VZP-14/2022 Poukaz na foniatrickou pomůcku

Poukaz je tiskopis, který se používá k vyúčtování pouze jednoho druhu foniatrické pomůcky a je výdejcem vykázan až po vydání foniatrické pomůcky pojištěnci.

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 č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (dále jen předepisující): **Kód pojišťovny, IČP, Příjmení a jméno, Číslo pojištěnce, f., Bydliště (adresa), Dg., Dne vystavení poukazu, Razítko poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře/předepisujícího**. Lékař/předepisující dále vyplní údaje:

Indikační skupina – číselný kód podle číselníku „Zdravotnické prostředky“ označující stupeň postižení pacienta.

Max. úhrada – informativní údaj podle číselníku „Zdravotnické prostředky“ o výši úhrady, kterou na sluchadlo poskytuje zdravotní pojišťovna.

Značka sluchadla – značka a slovní popis sluchadla.

Kód – kód podle číselníku „Zdravotnické prostředky“.

Příslušenství – slovní popis doplňků pomůcky.

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

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

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 č. 48/1997 Sb. (příznak 2. a 3. úhrady se uvede v podobě „druhá úhrada“, nebo „třetí úhrada“).

Výdejce pomůcky doplní na přední straně poukazu údaje:

Úhrada – úhrada jednotlivých položek předkládaná výdejcem sluchadla k úhradě zdravotní pojišťovně.

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

Datum uplatnění – datum uplatnění poukazu na foniatrickou pomůcku (tzn. datum předložení poukazu pojištěncem u výdejce poukazu).

Záměna prostředku – provedenou záměnu vydávající vyznačí na poukazu.

Výdejce si dále nechá potvrdit od pojištěnce 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 pojištěnec převzetí výrobku.

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

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 foniatrickou pomůcku“ s tím, že:

- do volného prostoru vpravo za okénkem s textem „POUKAZ NA FONIATRICKOU 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“ v horní části 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;
- kopii 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.

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

2.13. VZP-15/2022 Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči

Zákon č. 48/1997 Sb. ve znění zákona č. 1/2015 Sb. a vyhláška č. 2/2015 Sb. (dále jen Indikační seznam) rozlišují v návrhové činnosti pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči dvě kategorie lékařů:

- a) doporučující lékař – určen Indikačním seznamem pro jednotlivé indikace;
- b) navrhující lékař – lékař registrujícího poskytovatele (registrující praktický lékař), lékař ambulantního poskytovatele, který poskytnutí léčebně rehabilitační péče jako hrazené ze zdravotního pojištění doporučil, nebo ošetřující lékař při hospitalizaci (dále také jako navrhující lékař) – určen zákonem.

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

Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči (dále jen návrh) podává navrhující lékař buď na předtištěném formuláři zdravotní pojišťovny, nebo vytištěný pomocí

PC (papírovou formou), anebo elektronickou formou. Návrh včetně příloh musí být kompletně buď v papírové, nebo v elektronické formě.

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

díl 1 předvolání pacientovi

díl 2 potvrzená objednávka lázním

díl 3 lázeňskému ošetřujícímu lékaři k dokumentaci

díl 4 zdravotní pojišťovně k dokumentaci

díl 5 registrujícímu praktickému lékaři, navrhujícímu lékaři ambulantního poskytovatele nebo ošetřujícímu lékaři při hospitalizaci

Pokud navrhující lékař vyplňuje návrh na PC, vystavuje ho pouze v jednom vyhotovení v rozsahu dílu 3 (dále jen PC originál). Potřebné díly návrhu 1, 2, 4 a 5 se pořizují formou kopie v průběhu vyřizování návrhu.

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

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

Není-li doporučující lékař zároveň navrhujícím, je povinen zajistit předání doporučení bezprostředně nejpozději do 5 pracovních dnů registrujícímu praktickému lékaři, případně jinému lékaři ambulantního poskytovatele (navrhujícímu lékaři).

V návrhu musí být do předtištěných míst vyplněny všechny požadované údaje, nehodící se údaje v předtisku návrhu je nutno proškrtnout. Návrh je možné vyplnit též podle osnovy (viz lékařská zpráva). Nevyplňují se části vyhrazené zdravotní pojišťovně a LZ, popř. odborníkovi pro nemoci z povolání.

V případě, že navrhující lékař zjistí kontraindikace lázeňské léčebně rehabilitační péče, vrátí doporučení zpět ošetřujícímu lékaři. Navrhující lékař zajistí veškerá potřebná vyšetření, resp. stanoviska stanovená Indikačním seznamem.

Před odesláním řádně vystaveného a lékařem potvrzeného návrhu na příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny navrhující lékař oddělí od návrhu díl 5 (pořídí si kopii PC originálu), který po doplnění evidenčního čísla zůstává ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

Není-li navrhující lékař zároveň doporučujícím, pak zajistí předání lékařské zprávy z lázeňského léčení doporučujícímu ošetřujícímu lékaři.

Zdravotní pojišťovna po ověření, zda jde o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1–4 (PC originál) s tím, že příslušnost pobočky zdravotní pojišťovny se zde řídí podle příslušnosti navrhujícího lékaře.

Po schválení návrhu zdravotní pojišťovnou se oddělí díl 4 pro potřeby zdravotní pojišťovny (kopie PC originálu). Návrh, tj. zbylé díly 1, 2 a 3 (PC originál) se předkládá určenému LZ, které po vyplnění adresy PZS a termínu nástupu zajistí předvolání pacienta prostřednictvím dílu 1 (kopie PC originálu), případně zvacím dopisem obsahujícím relevantní údaje včetně poučení pacienta. Díl 2 (kopie PC originálu) zůstává v evidenci příslušného oddělení lázní, díl 3 (kopie PC originálu) v dokumentaci lázeňského ošetřujícího lékaře. Tento režim se vztahuje na komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči, u příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče je režim upraven s určitými odchylkami (viz Komentář k příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péči).

Pro vyplnění a vystavení Návrhu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči dále platí:

Řádně vyplněný návrh – podle níže uvedených pravidel Metodiky – navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka PZS na každém dílu návrhu zvlášť (PC originál). Bez těchto náležitostí, jakož i data vystavení, zdravotní 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 (vyhotovení kopie PC originálu) doplňují podle svých potřeb příslušní lékaři a odborní pracovníci, kteří s těmito díly dále pracují.

Čís. vysílajícího ÚP – uvede se číslo vysílající pobočky zdravotní pojišťovny, která schvaluje poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče.

Pacient – uvede se příjmení a jméno, číslo pojištěnce a podle okolností buď název a sídlo zaměstnavatele, resp. osoby samostatně výdělečně činné, nebo sídlo školy a třída, kterou pacient navštěvuje, dále úplná a přesná adresa bydliště včetně PSČ.

Jako součást adresy bydliště se uvede telefonní číslo a e-mailová adresa, pokud je známa.

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

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

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

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy) – zdravotní stav pacienta je třeba popsat slovy, nestačí pouhý kód Dg. Tyto informace slouží k lepší orientaci zdravotní pojišťovny i LZ.

Indikace – uvede se kód podle Indikačního seznamu. **Důležité upozornění:** před předtištěným obdélníkem pro vyplnění indikace je nutné doplnit údaj o délce léčebného pobytu – jde o údaje uvedené ve sloupci č. 3, respektive č. 4 Indikačního seznamu.

vzor: 21 VII/1 nebo 14 VII/1

Dg. – kód Dg. nemoci podle MKN, pro kterou byl pacient léčen.

Komplexní – příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče – nepožadovaný, nehodící se typ lázeňské péče se proškrtne.

I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče – nevhodné se proškrtne. Jako příklad lze uvést dětského pacienta, který se vyznačí proškrtnutím volby „I.“ i „II.“.

Vyznačení pořadí naléhavosti **I.** vyžaduje dodržet termín nástupu lázeňské léčebně rehabilitační péče do jednoho měsíce ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou. Datum nástupu a název LZ doplní po předchozím projednání s lázními přímo PZS, ve kterém je pacient hospitalizován. Vystavený a takto doplněný návrh odešle PZS na pracoviště zdravotní pojišťovny podle svého sídla v dostatečném časovém předstihu. A to tak, aby pacient odjel do lázní vybaven nejen propouštěcí zprávou, ale i potvrzeným návrhem od zdravotní pojišťovny. Do tohoto stupně naléhavosti patří také překlady z lůžka na lůžko, které mají v lázeňské léčebně rehabilitační péči zvláštní rytmus, známý z klinické praxe.

Vyznačení pořadí naléhavosti **II.** vyžaduje dodržet termín nástupu lázeňské léčebně rehabilitační péče nejpozději do tří měsíců ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou.

Vyznačení pořadí naléhavosti **D** znamená, že se jedná o dětského pacienta nebo dorost do 18 let, kdy je nutné dodržet termín nástupu nejpozději do šesti měsíců ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou. Věkovou hranicí pro potvrzení návrhu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči o děti a dorost se rozumí den před dovršením 18 let.

Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče – v případě navržení průvodce pro pobyt (pouze jedna osoba) se proškrtne pouze **Muž** nebo **Žena**. Pokud není průvodce pro pobyt indikován, proškrtne se celý řádek. Průvodcem se rozumí osoba zletilá, způsobilá k právním úkonům. Přepravu a pobyt průvodci hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn pacient, kterému je doprovod indikován a schválen zdravotní pojišťovnou.

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

Dne – uvede se datum vystavení návrhu. Od data vystavení návrhu je povinen navrhuující lékař zajistit předání návrhu do 5 pracovních dnů na zdravotní pojišťovnu.

Razítko a podpis navrhuujícího lékaře.

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

Lékařská zpráva – lékařskou zprávu lze nahradit propouštěcí zprávou lůžkového PZS, pokud obsahuje všechny požadované údaje vztahující se k základní Dg. pro lázeňskou léčbu a není starší 2 měsíců. Jinak je nutné údaje obsažené v propouštěcí zprávě aktualizovat.

Pokud ošetřující lékař nezvolí formu doporučení zvláštní přílohou, uvede zde doporučení lázeňské léčebně rehabilitační péče včetně IČP, odbornosti, podpisu, razítka a data doporučení.

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAM. DATA (u dětí podrobně)

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

B: NO

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

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV

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

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ

- vyšetření v rozsahu daném Indikačním seznamem pro jednotlivé indikační skupiny a zdravotním stavem pacienta.

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR, VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

a) hlavní Dg., která je indikací k lázeňské léčbě;

b) vedlejší Dg.;

vždy je nutné zhodnocení funkčního stavu.

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

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

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

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

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

Pokud pacient nastupuje lázeňské léčení z vlastního sociálního prostředí, musí být celou dobu lázeňského pobytu vybaven LP, které pravidelně užívá.

V případě žádosti o prodloužení léčby u indikací určených Indikačním seznamem zašle ošetřující lékař LZ na místně příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny kopii

původního lázeňského návrhu, lékařskou zprávu s popisem aktuálního zdravotního stavu a popisem průběhu dosavadní léčebně rehabilitační péče včetně dosaženého terapeutického efektu. Dále uvede cíl a předpokládaný efekt další léčby včetně zdůvodnění, proč nelze další péči poskytovat ambulantní formou.

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

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

Při přeložení pojištěnce mladšího 18 let ze ZZ poskytovatele lůžkové péče do LZ a přímém přeložení z akutní lůžkové péče do LZ se schválení zdravotní pojišťovnou nevyžaduje (až na tuto výjimku probíhá zpracování návrhu standardním způsobem). Následná revizní činnost není tímto dotčena. Žádá-li ošetřující lékař při hospitalizaci přímé přeložení, pak podává návrh zdravotní pojišťovně, a kromě toho ještě předává kopii návrhu spolu s překladovou zprávou přímo LZ, do kterého je překlad předjednán.

Schvaluji – pokud oprávněná osoba zdravotní pojišťovny předložený návrh schvaluje ve všech položkách, proškrtně slova „Upravuji – Zamítám (důvod)“ a na lince 1, 2 a 3 **doplní tři** vhodná LZ z Registru lázeňských PZS zdravotní pojišťovny.

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

Stanovisko zdravotní pojišťovny se doplní otiskem razítka zdravotní pojišťovny a případně podpisem oprávněné osoby zdravotní pojišťovny. Takto vyhotovený návrh se po oddělení dílu 4 (PC originál) jako objednávka služeb odešle do LZ uvedeného v prvním pořadí (na lince 1), a to ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., od data převzetí návrhu zdravotní pojišťovnou od lékaře, který návrh podává.

Zamítám (důvod) – důvody zamítnutí návrhu je nutné předem projednat s navrhujícím lékařem a konkrétní zdůvodnění uvést do tiskopisu návrhu. Zamítnutý návrh (PC originál) odesílá zdravotní pojišťovna zpět navrhujícímu lékaři, díl 4 nebo kopie PC originálu zůstává na zdravotní 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 (PC originál) se opatří otiskem razítka a podpisem odpovědného pracovníka. Díl 1 (kopii PC originálu) – **předvolání pacientovi** je LZ povinno odeslat (spolu s ostatními informacemi o nástupu, seznámením v rozsahu zrušeného dílu 6 návrhu – poučení pacienta, prospekty apod.) tak, aby pacient byl vyrozuměn **nejpozději do 5 dnů předem určeného nástupu**. Po odléčení pacienta se **díl 1 přikládá k Vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče (VZP-16/2013)** jako potvrzená objednávka zdravotní pojišťovny.

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

V případě, kdy pacient již obdržel díl 1 (kopii PC originálu, jinou formu předvolání) a vznikla některá z překážek, která brání nástupu pacienta na lázeňskou léčbu ve stanoveném termínu (jako např. úmrtí v rodině, ošetřování člena rodiny, neodkladná hospitalizace, kontraindikační onemocnění), je pacient povinen neprodleně oznámit zdravotní pojišťovně vznik takové skutečnosti. LZ přitom může, po předchozím telefonickém projednání se zdravotní pojišťovnou, pacienta předvolat znovu, pokud náhradní termín nástupu nepřesahuje dobu vymezenou pořadím naléhavosti. Tento další termín oznámí LZ pacientovi písemně. Po nástupu pacienta LZ přepíše původní termín nástupu na dílu 1 (kopii PC originálu) na den uvedený v písemném oznámení pacientovi.

Komentář k příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péči

Zdravotní pojišťovna u příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče nehradí náklady spojené s ubytováním, stravováním a přepravou pacienta (ani průvodce) do lázní a zpět.

Poskytování příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče musí být vždy v souladu s Indikačním seznamem a musí být dodržena určená délka léčby pro jednotlivé indikace.

Návrh na příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči, schválený zdravotní pojišťovnou, obdrží pacient od zdravotní pojišťovny. Při převzetí návrhu budou pacientovi poskytnuty informace o vhodných lázeňských místech a smluvních LZ, vč. adres a telefonního spojení.

Pacient může využít klientských služeb zdravotní pojišťovny, nebo může svěřit návrh cestovní kanceláři, expozituře lázní, nebo uplatnit svůj návrh osobní návštěvou v lázních, využít telefonního spojení apod.

Doba platnosti návrhu u příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče je 6 měsíců ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou. Navrhující lékař proškrtne slovo „Komplexní“ a vyplní pouze indikaci a Dg. Oprávněná osoba zdravotní pojišťovny rovněž vyznačí příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči, pokud nemění příspěvkovou na komplexní.

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

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

LZ uvede v pokynech pro pojištěnce, že pokud před nástupem na lázeňskou léčebně rehabilitační péči nebo v průběhu léčení změní svůj pojistný vztah a stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, je jeho povinností oznámit tuto skutečnost LZ. Návrh odešle LZ spolu s odůvodněním a žádostí k potvrzení nové zdravotní pojišťovně, a to i v případě, že pacient změnu nenahlásí a LZ **před nástupem na lázeňské léčení** zjistí, že se pojištěnec přihlásil k nové zdravotní pojišťovně. Pokud nová zdravotní pojišťovna původní návrh potvrdí, zašle ho zpět LZ; v opačném případě informuje LZ i pojištěnce o zamítnutí nebo změně návrhu. LZ současně změnu ohlásí původní zdravotní pojišťovně.

Pozn.: Zjistí-li se přehlášení pacienta k jiné zdravotní pojišťovně při nástupu, během lázeňského léčení, po jeho absolvování, případně až při vyúčtování lázeňské léčebně rehabilitační péče zdravotní pojišťovně, tak zdravotní pojišťovny hradí léčbu za ty dny, ve kterých byl pacient pojištěncem dané zdravotní pojišťovny.

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

Při komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péči jsou zdravotní pojišťovnou plně hrazeny náklady na ubytování, stravování a léčení ve standardní úrovni. 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 průběžné vyúčtování provádí:

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

Pokud byl návrh vyřizován v papírové podobě, přiloží se příslušný díl 1 „Návrhu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči“. Návrh v elektronické formě přepošle 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 podmínky 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.

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.

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

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

Zdravotní péči v odborných léčebnách pro dospělé s OD 00022 doporučuje ošetřující lékař. V případě, kdy je pacient indikován k lůžkové léčebně rehabilitační péči z vlastního sociálního prostředí, podává zdravotní pojišťovně

návrh registrující praktický lékař nebo lékař ambulantního poskytovatele; v případě indikace léčebně rehabilitační péče ošetřujícím lékařem při hospitalizaci podává zdravotní pojišťovně návrh tento OL. Žádá-li OL překlad, pak podává návrh zdravotní pojišťovně, a kromě toho ještě předává kopii návrhu spolu s překladovou zprávou přímo léčebně, do které je překlad předjednán. Návrh se podává buď na čtyřdílném průpisovém tiskopisu **Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně** (tiskopis se vyplňuje psacím strojem), vytištěný pomocí PC, nebo elektronicky prostřednictvím DR. Návrh včetně příloh musí být kompletně buď v papírové, nebo v elektronické formě. Na jednotlivých očíslovaných dílech tiskopisu je v záhlaví vyznačeno, pro koho jsou určeny:

díl 1 **ošetřujícímu lékaři léčebny k dokumentaci (potvrzená objednávka léčebně)**

díl 2 **k vyúčtování**

díl 3 **zdravotní pojišťovně k dokumentaci**

díl 4 **navrhujícímu lékaři k dokumentaci**

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

Postup vyplňování tiskopisu

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

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

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

Dále se vyplňuje:

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

Čís. návrhu – číslo návrhu přidělené zdravotní pojišťovnou; v případě návrhu předávaného v DR je to „číslo dokladu“ přidělené navrhujícím PZS.

Rok návrhu – zadá zdravotní pojišťovna.

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

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

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

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

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

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

Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče – stručně se uvede důvod, pro který je nezbytné poskytnutí léčebně rehabilitační péče ústavní formou.

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

Dne – uvede se datum vystavení návrhu.

Navrhující poskytovatel je povinen předat návrh do 5 pracovních dnů od data vystavení návrhu na příslušnou zdravotní pojišťovnu, a to způsobem určeným jejím ředitelem.

V případě překladu z lůžka na lůžko musí být dodržen termín nástupu na léčebně rehabilitační péči ihned po propuštění, s max. tolerancí 10 kalendářních dnů. Pokud se v případě návrhu vystaveného ošetřujícím lékařem za hospitalizace

nejedná o překlad z lůžka na lůžko, musí být dodržen termín nástupu na léčebně rehabilitační péči do 1 měsíce ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou, jinak návrh pozbývá platnost.

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

Postup schvalování návrhu

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

Zdravotní pojišťovna ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., zajistí ověření formálních náležitostí, převezme návrh v rozsahu dílů 1–3 (PC originál) a zajistí vyjádření oprávněné osoby zdravotní pojišťovny. Po potvrzení návrhu oprávněnou osobou zdravotní pojišťovny a oddělení dílu 3 (pořízení kopie PC originálu) pro potřeby zdravotní pojišťovny se odešle návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 (PC originál), na určenou adresu léčebny. Díl 1 (PC originál) si ponechává léčebna k dokumentaci a díl 2 (kopii PC originálu) přikládá k vyúčtování pro zdravotní pojišťovnu.

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

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

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

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

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

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

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

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

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

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

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ODBORNÁ LÉČEBNA

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

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

V případě, kdy si zdravotní stav pacienta v průběhu léčení v léčebně vyžádá z důvodu nezbytnosti stabilizace zdravotního stavu krátkodobý pobyt na akutním lůžku, a to v maximální délce 10 kalendářních dnů, nebude zdravotní pojišťovna

požadovat k pokračování léčby v léčebně vystavení nového návrhu. Jedná se tedy o pokračování jedné hospitalizace.

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

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

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

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

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

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

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

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

díl 1 potvrzená objednávka ozdravovně k dokumentaci

díl 2 spádové zdravotní pojišťovně k dokumentaci

díl 3 zdravotní pojišťovně k dokumentaci

díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci

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

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

Navrhující lékař v návrhu vyplní všechny požadované údaje do předtištěných rámečků, tj. v oddílu „Výsledek lékařského vyšetření“ a „Stanovisko navrhujícího lékaře“. Před odesláním řádně vystaveného návrhu na vysílající pracoviště zdravotní pojišťovny lékař oddělí díl 4 návrhu (pořídí kopii PC originálu), který po doplnění evidenčního čísla zůstává ve zdravotnické dokumentaci dítěte.

Vysílající zdravotní pojišťovna po ověření, zda jde o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1–3 s tím, že příslušnost zdravotní pojišťovny se zde řídí podle příslušnosti navrhujícího lékaře k pracovišti zdravotní pojišťovny. Po schválení návrhu zdravotní pojišťovnou ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb. a oddělení dílu 3 (kopie PC originálu) pro potřeby zdravotní pojišťovny se předkládá návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 (PC originál), dětské ozdravovně s tím, že díl 1 (PC originál) si ponechává dětská ozdravovna k dokumentaci a díl 2 (kopii PC originálu) přikládá k vystavenému individuálnímu účtu pro spádovou zdravotní pojišťovnu.

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

Po vyplnění a vystavení návrhu (PC originálu) jej navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka PZS na každém dílu návrhu zvlášť. Bez těchto náležitostí, jakož i data vystavení (důležitý údaj pro plynutí stanovené lhůty platnosti návrhu) zdravotní pojišťovna návrh nepřevzme.

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

Číslo vysílajícího pracoviště zdravotní pojišťovny – uvede se číslo pracoviště zdravotní pojišťovny, která schvaluje poskytnutí ozdravenské péče.

Čís. návrhu – číslo návrhu přidělené zdravotní pojišťovnou.

Rok návrhu – zadá zdravotní pojišťovna.

VYPLNÍ ŽADATEL:

Příjmení a jméno dítěte – uvede se příjmení a jméno.

Číslo pojištěnce – vyplní se číslo uvedené na průkazu pojištěnce.

Škola a (třída) – uvede se název a sídlo školy a třída navštěvovaná dítětem.

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

Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy)

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

Dne – datum žádosti.

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

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

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ

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

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

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

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

Váha

Výška

Nynější zdravotní obtíže a rizika – uvést současné obtíže dítěte, pro které je pobyt v ozdravovně navrhován, včetně nynější terapie, alergické reakce na léky, potraviny atd.

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

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

STANOVISKO NAVRHOJÍCÍHO 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 zdravotní pojišťovny i dětské ozdravovny. Uvedou se důvody, které vedly ke zdravotnímu oslabení dítěte, a co je očekáváno od pobytu v ozdravovně.

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

Typ ozdravenského programu:

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

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

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

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

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

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

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

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

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

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

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

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

Stanovisko zdravotní pojišťovny se doplňuje otiskem razítka zdravotní pojišťovny a podpisem jejího zástupce, resp. pracovníka pověřeného k podpisu návrhu. Takto vyhotovený návrh (PC originál) se – po oddělení dílu 3 (kopie PC originálu) – jako objednávka služeb odešle do dětské ozdravovny uvedené v prvním pořadí (na lince 1), a to ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb. od data převzetí návrhu zdravotní pojišťovnou od navrhujícího lékaře.

DĚTSKÁ OZDRAVOVNA

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

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

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 zdravotní pojišťovně vznik takové skutečnosti. Dětská ozdravovna přitom může, po předchozím telefonickém projednání se zdravotní pojišťovnou, dítě předvolat znovu, pokud náhradní termín nástupu nepřesahuje dobu vymezenou pro platnost návrhu. Tento další termín oznamuje ozdravovna písemně. Po nástupu dítěte ozdravovna přepíše původní termín nástupu na dílu 1 a 2 (PC originálu) na den uvedený v písemném oznámení pacientovi.

Postup při přehlášení pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně v době po podání návrhu zdravotní pojišťovně: V těchto případech jsou uplatněna stejná pravidla a postupuje se stejně jako v případě návrhů na lázeňskou léčebně rehabilitační péči (viz odstavec „Postup při přehlášení pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně v době po podání návrhu zdravotní pojišťovně“ v kapitole II. 2.13 včetně poznámky za tímto odstavcem).

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

Základní pravidla pro poskytování péče v dětských odborných léčebnách jsou uvedena v zákoně č. 48/1997 Sb. Nemoci, u nichž se dětem a mladistvým do 18 let poskytuje zdravotní péče v odborných dětských léčebnách, a indikační zaměření těchto 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 všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci, a to buď na čtyřdílném průpisovém tiskopisu **Návrh na umístění dítěte v dětské odborné léčebně** (tiskopis se vyplňuje psacím strojem), vytištěný pomocí PC, nebo elektronicky prostřednictvím DR. Návrh včetně příloh musí být kompletně buď v papírové, nebo v elektronické formě. Na jednotlivých očíslovaných dílech tiskopisu je v záhlaví vyznačeno, pro koho jsou určeny:

díl 1 **potvrzená objednávka léčebně k dokumentaci**

díl 2 **zdravotní pojišťovně k dokumentaci**

díl 3 **zdravotní pojišťovně k dokumentaci**

díl 4 **navrhujícímu lékaři k dokumentaci**

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

Postup schvalování návrhu

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

Zdravotní pojišťovna po ověření, zda se jedná o jejího pojištěnce, převezme návrh v rozsahu dílů 1–3 (PC originál). Zde se k návrhu event. vyjádří oprávněná osoba zdravotní pojišťovny. Po schválení návrhu zdravotní pojišťovnou ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb. a oddělení dílu 3 (pořízení kopie PC originálu) pro potřeby zdravotní pojišťovny se odešle návrh, tj. zbylé díly 1 a 2 (PC originál), dětské léčebně. Díl 1 (PC originál) si ponechává dětská léčebna k dokumentaci a díl 2 (kopii PC originálu) přikládá k vystavenému individuálnímu účtu pro zdravotní pojišťovnu.

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

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

Řádně vyplněný formulář navrhující lékař potvrdí svým podpisem, jmenovkou a čitelným otiskem razítka PZS na každém dílu návrhu zvlášť (PC originál).

Postup vyplňování tiskopisu

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

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

Dále se vyplňuje:

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

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

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

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

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

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

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

Navrhovaná léčebna – navrhující 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. Navrhující PZS je povinen předat návrh do 5 pracovních dnů od data vystavení návrhu na příslušnou zdravotní pojišťovnu, a to způsobem určeným jejím ředitelem. Časové rozmezí 6 měsíců platnosti návrhu plyne ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou.

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

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

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

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

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

Osnova lékařské zprávy:

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA

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

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

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

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

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

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

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

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

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ: uvede se zdůvodnění doprovodu pacienta, navržený způsob přepravy, potřeba dietního stravování apod. Doprovod dítěte do věku 6 let není nutné schvalovat zdravotní pojišťovnou, nad 6 let ano. Indikující lékař může pobyt doprovodu navrhovat, ale konečné rozhodnutí náleží odborné léčebně. Pokud bude léčebna požadovat umístění doprovodu u dítěte staršího 6 let, požádá o schválení příslušnou zdravotní pojišťovnu.

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

V těchto případech se postupuje jako u návrhů na lázeňskou léčebně rehabilitační péči (viz odstavec „Postup při přehlášení pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně v

době po podání návrhu zdravotní pojišťovně“ v kapitole II. 2.13 včetně poznámky za tímto odstavcem). Pokud je pacient překládán přímo z nemocnice do dětské odborné léčebny (návrh neposuzuje zdravotní pojišťovna), tak zdravotní pojišťovny uhradí léčbu za ty dny, ve kterých byl pacient pojištěncem dané zdravotní pojišťovny.

2.18. VZP-20/2006 Výpis z receptu

Pokud se výpis LP z receptu pořizuje v lékárně na zvláštní tiskopis, vyplňuje se na rozdíl od receptu takto:

- na výpis z receptu se uvedou všechny rozhodné údaje vztahující se k vypisovanému LP;
- 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.

Upozornění: Lékárna nemusí na papírový tiskopis výpisu z receptu dopisovat ty údaje, které předává zdravotní pojišťovně v elektronické podobě. Výjimkou je položka „Poř. č.“, záměna předepsaného LP a taxace v případě výpisu na individuálně připravovaný LP.

2.19. VZP-21/2024 Žádanka o schválení

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“). Doklad vyplňuje žadatel, tedy PZS. Zdravotní pojišťovna se k žádosti vyjádří ve lhůtě stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., resp. zákonem č. 500/2004 Sb., o správním řízení. 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.

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 evidována.

Pojištěnec (poskytovatel zdravotní služby) – jméno pojištěnce, který žádá o posouzení nároku nebo označení PZS, jehož prostřednictvím pojištěnec žádá o posouzení nároku.

Čís. pojištěnce, IČP – uveďte se číslo pojištěnce a IČP toho PZS, 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 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 o posouzení nároku na vícenásobné využití.

Platnost do (*vyplňuje zdravotní pojišťovna*) – datum ve tvaru DDMMRR označující omezení 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, uveďte datum, kdy zdravotní pojišťovna o tomto nevyhovujícím stanovisku rozhodla.

Specifikace požadavku – uveďte se konkrétní důvod, pro který je posouzení zdravotní pojišťovnou vyžádáno.

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 v příloze.

Dne, razítko a podpis žadatele – osobní potvrzení žádosti.

Stanovisko zdravotní pojišťovny – razítko a podpis oprávněné osoby zdravotní pojišťovny, 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.

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

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

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

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

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 apod. Dále se zde uvede, zda ke zranění došlo v důsledku fyzického napadení (text „Ke zranění došlo v důsledku fyzického napadení“, „Ke zranění nedošlo v důsledku fyzického napadení“, nebo „Není známo, zda ke zranění došlo v důsledku fyzického napadení“).

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

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

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

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

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

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

Vystavil – jmenovka a vlastnoruční podpis lékaře vystavujícího hlášenku.

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

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

2.21. 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 přepošle 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 výsledek násobku počtu uvedených dnů a ceny za 1 den.

Kód přerušení – uvede se vždy ten z předtištěného seznamu kódů přerušení ozdravenské péče, který je důvodem k přerušení ozdravenské péče. Přerušením se rozumí takové období, které nepřesahuje dobu trvání ozdravenské péče uvedené v 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.

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.

2.22. VZP-30/2006 **Registrační list**

Doklad slouží k registraci pojištěnce k lékaři. Registrační list v papírové podobě má dva listy označené čísly I. a II. List I. zůstává v evidenci lékaře a list II. pojištěnci. Jestliže pojištěnec změnil 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 list II. se údaje v předtištěných rámečcích propíší. Po vyplnění listu I. se oba listy oddělí, každý zvlášť pojištěnec podepíše, a teprve poté registrující lékař doplní na list II. IČP (viz kap. II. 1. Společné zásady) a potvrdí ho 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.

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

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

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

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 zdravotní pojišťovny nebo trvalého pobytu pojištěnce je možná pouze se souhlasem zdravotní pojišťovny. 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 II.

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-31/2006 Faktura za období

VZP-32/2006 Faktura za dávky

Vyplňuje se:

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

Číslo faktury – číslo faktury přidělené odpovědným pracovníkem PZS.

IČO – identifikační číslo organizace přidělené ČSÚ.

Pořadové číslo – nevyplňuje se.

Poskytovatel – název PZS předkládajícího fakturu k proplacení.

Peněžní ústav – název peněžního ústavu PZS.

Číslo účtu, Kód peněžního ústavu – číslo bankovního spojení.

Den vystavení fa.

Den odeslání fa.

Splatnost faktury do ... kalendářních 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 zdravotní pojišťovna. Splatnost faktury se řídí termíny dohodnutými ve smlouvě.

2.24. VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu

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

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

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

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

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

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

Lékař požadující zdravotnický transport vyplní následující údaje dílu A.

Dle kap. II. 1. Společné zásady vyplňuje **Kód pojišťovny, IČP, Odbornost, Jméno a Příjmení pacienta, Číslo pojištěnce, Základní diagnóza, Ostatní Dg.,**

Kód náhr. Jako základní Dg. uvede Dg. pro indikaci zdravotního transportu. Dále uvádí:

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

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

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

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

VITAL: transport lékaře či jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému výkonu nebo přeprava transfuzních přípravků, spec. LP, buněk, tkání a orgánů k transplantaci nezbytných vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta a bezprostřednímu ohrožení jeho života. Dále se uvede jméno požadovaného zdravotnického pracovníka nebo druh a množství požadovaného materiálu. Výzva se telefonicky předá přepravci. Přeprava se vykazuje vždy na číslo pojištěnce příjemce

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

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

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

Odkud, Nejbližší SZZ a Kam – uvede se adresa včetně PSČ a popisného čísla, pokud je známo. V případě transportu z patologicko-anatomické nebo zdravotní pitvy je „Odkud“ místo provedení zdravotní pitvy a „Nejbližší SZZ“ je místo

odkud byl zemřelý převezen na pitvu (uvedeno na dokladu „List o prohlídce zemřelého“).

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

Pokud pojištěnec požaduje transport do jiného než k nejbližšímu PZS, tedy takový transport, který je z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazen pouze částečně, pak lékař do části „Kam“ uvede adresu jako pokyn pro posádku ZDS, kam má být transport proveden. V tomto případě pro úhradu ZP označí symbolem x „Odkud“ a „Nejbližší SZZ“.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SPZ vozu – registrační značku vozidla, kterým provedl transport.

Datum – datum zahájení transportu.

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

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

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

Počet

Přeprava pacienta – počet km ujetých s každým konkrétním pacientem vhodnou komunikací do místa určení dle indikace lékaře. Uvedené platí i v případě, je-li současně přepravováno více pacientů, nejvíce však 4 osoby, včetně doprovodů pacientů. Vykazuje se kódem, který přísluší pásmu, ve kterém se tyto kilometry nacházejí. Počet km musí odpovídat vzdálenosti vypočítané s použitím smluvně dohodnutého SW, zaokrouhlené na celé km. Doprovod pacienta se vykazuje tak, že je připočten počet km ujetých s doprovodem k počtu km ujetých s pacientem. Tento součet km se vykazuje jedním kódem, v jedné řádce, příslušného pásma, ve kterém se součet těchto km nachází.

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

Přeprava zemřelého:

- **na patologicko-anatomickou nebo zdravotní pitvu** uvede se skutečný počet km ujetých při převozu zemřelého nejkratší vhodnou komunikací z místa úmrtí do místa provedení zdravotní pitvy;

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

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

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

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

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

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

Pro usnadnění vedení řádné dokumentace k vykázaným výkonům zdravotnických přepravců vydává VZP ČR 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 zdravotní pojišťovně automaticky, ale pouze na vyžádání.

2.26. VZP-36/2009 Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdrav. pracovníka v návštěvní službě

Používá se k vyúčtování přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě. Na tiskopisu se též vykazuje přeprava lékaře v pohotovostní službě (LPS).

Cesty zdravotnického pracovníka k návštěvám pacientů jak v návštěvní službě, tak v LPS se vykazují v daný den tak, jak na sebe chronologicky navazovaly. Chronologie cest zahrnuje všechny pacienty bez ohledu na to, u které zdravotní pojišťovny jsou registrováni.

Pokud je smluvně stanoven paušál na jeden měsíc, vyplní se v hlavičce dokladu v kolonce **Kč** hodnota měsíčního paušálu v Kč. V ostatních případech zůstane tato kolonka nevyplněna.

Pokud je smluvně stanoven paušál na jednu návštěvu, nevyplňují se údaje o ujetých km ani **Kč** v kolonce **Kč** v hlavičce dokladu, přičemž povinnost chronologického vykazování není dotčena.

Číslo pojištění se vyplňuje pouze v případě, že je registrován u zdravotní pojišťovny, které se vyúčtování předkládá. Do kolonky „Kód poj.“ se povinně vyplní kód zdravotní pojišťovny (u které je pojištěnec registrován) jen v případě, že se jedná o pojištěnce registrovaného u jiné zdravotní pojišťovny, než které se vyúčtování předkládá.

Číslo dokladu je přiřazováno podle zásady samostatných číselných řad pro jednotlivé zdravotní pojišťovny.

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

Kč – při smluvní úhradě paušálem na měsíc se požadovaná částka vyplňuje v hlavičce dokladu v kolonce **Kč**, při jiném způsobu úhrady se nevyplňuje.

Období – kalendářní měsíc a rok, za který byl doklad vystaven. Údaj se zapisuje ve tvaru MMRR.

Kód dopravy – číslo výkonu přepravy 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.

Odkud, Kam – adresa (v pořadí obec, ulice, číslo popisné a PSČ) místa odkud se k ošetřovanému pojištěnci vyjíždí (část „ODKUD“), respektive místa pobytu ošetřovaného pojištěnce (část „KAM“). Adresa v části „ODKUD“ daného trojřádku se nemusí vyplňovat, pokud je totožná s adresou v části „KAM“ bezprostředně předcházejícího trojřádku.

Km – počet ujetých kilometrů nejkratší vhodnou komunikací z výchozího místa za pojištěncem, popřípadě mezi pojištěnci (s vykazáním k následujícímu pojištěnci) a od posledního pojištěnce zpět do výchozího místa. Cesta zpět do výchozího místa se připočítává do počtu km posledně navštíveného pojištěnce. Ostatní ujeté km mimo návštěvní službu zdravotní pojišťovna neproplácí. V případě nasmlouvaného paušálu na jeden měsíc nebo na jednu návštěvu se údaj nemusí vyplňovat.

Razítko a podpis – razítko a podpis zástupce PZS, které doklad předkládá k vyúčtování (při použití vozidla pro LPS předkládá vyúčtování ZDS nebo PZS provozující LPS).

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

- vyplňuje ho řidič;
- v záhlaví tiskopisu uvede IČP a odbornost předkládajícího PZS;
- lékař, který návštěvy vykonal, potvrdí provedení vykázaných návštěv otiskem razítka a podpisem do prvního volného trojřádku a další prázdné řádky proškrtne;
- správnost uvedených údajů potvrdí předkládající PZS ve vymezeném místě pro podpis a razítko.

Pozn.:

1. *Pokud je návštěvní služba při použití vozidla ZDS přerušena transportem navštíveného pojištěnce do ZZ, je nutno vystavit pro takovou cestu Příkaz ke zdravotnímu transportu, který vystavuje lékař LPS.*
2. *Výchozím místem pro návštěvu prvního pojištěnce v navazující řadě návštěv se rozumí místo provozování péče zdravotnických pracovníků, kteří jsou oprávněni vykonávat návštěvní službu, nebo pracoviště LPS.*

2.27. VZP-37/2006 Vyúčtování výkonů záchranné služby

Tiskopis se používá k vyúčtování zdravotních výkonů včetně souvisejících výkonů přepravy a zvlášť účtovaných materiálů poskytnutých pojištěnci ZZS a PPNP, včetně výkonů v setkávacím systému, a to vždy odděleně RLP, 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 – registrační 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 výkony přepravy ZZS a PPNP.

Kód – číslo zdravotního výkonu nebo výkonu přepravy podle číselníků „Zdravotní výkony“ a „Doprava“. Zarovnává se do pravé strany.

Pozn.: Pokud je prostřednictvím dokladu 34 „Příkaz ke zdravotnímu transportu“ indikován sekundární převoz, tak se zde dále uvede signální kód pro sekundární převozy pacientů (z číselníku „Zdravotní výkony“).

Počet – celkový počet provedení vykazovaného zdravotního výkonu. Pokud nebude údaj vyplněn, má se za to, že byl proveden pouze jednou. V případě výkonu přepravy 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 léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků“. 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 LP a ZP. V případě, že materiál není uveden v číselnících, je nutné jej účtovat přiloženou 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 PZS oprávněné účtovat k úhradě zdravotní pojišťovně. Rozsah údaje je 8 znaků, 6 celých čísel a 2 desetinná místa. Cena musí být povinně vyplněna.

Prázdné okénko – místo pro záznamy zdravotní pojišťovny.

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

V případě, kdy je přeprava indikována na dokladu „VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu“, originál tohoto dokladu VZP-34/2022 se stává nedílnou součástí vyúčtování a přepravce ho předává vždy zdravotní pojišťovně.

U sekundárních převozů PPNP a transportů vykázaných dopravním kódem 60, předá poskytovatel uvedených transportů na vyžádání zdravotní pojišťovny upřesňující soubor, který slouží zdravotní pojišťovně pro kontrolní činnosti (viz DR, kapitola III-3.4 „Doprava, vyžádané datové soubory“).

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

Tiskopis se používá k vyúčtování cestovních nákladů cest soukromým vozidlem v tom případě, pokud OL schválí pojišťovna přepravu soukromým vozidlem,

řízeným jinou osobou, místo indikovaného zdravotnického transportu. Pojištěnec svým podpisem na tiskopise prohlašuje, že soukromé vozidlo řídila jiná osoba, případně dává plnou moc k převzetí náhrady cestovních nákladů zmocněnci (pokud plnou moc neuděluje, řádky „RČ“ a „jméno a příjmení zmocněnce“ proškrtne).

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

Trvalý pobyt – trvalé bydliště pojištěnce.

Odkud – místo, odkud je pojištěnec odeslán.

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

Důvod k transportu – zdravotní indikace transportu a důvod schválení jízdy soukromým vozidlem s vyznačením nutnosti individuální přepravy. Dále zde OL uvede počet indikovaných cest do uvedeného PZS, a to v souladu s objemem požadované zdravotní péče, nejvýše však 10 cest vzhledem k rozsahu tiskopisu.

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

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

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

Pověřený pracovník zdravotní pojišťovny vyplní a provede:

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

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

Kód – kód dle číselníku „Doprava“.

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

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

Příjemce částky náhrad vyplní:

Přijal dne, podpis – datum převzetí a podpis.

Pozn.: Pokud nebude příjemcem částky náhrad pojištěnec, kterému byla přeprava 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, vždy vyplní:

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

2.29. VZP-80/1997 Přihláška registrovaných pojištěnců

Tiskopis slouží lékařům k pořízení seznamu pojištěnců zdravotní pojišťovny, kteří jsou u něho registrovaní, a k měsíčnímu hlášení nově registrovaných a přeregistrovaných pojištěnců.

Dle kap. II. 1. Společné zásady se vyplňují **Kód pojišťovny, IČP, Čís. dokladu, Odbornost**.

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 zdravotní 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 registrování. 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 nepřítomnosti / zastupování lékaře**

PZS nahlašuje zdravotní pojišťovně nepřítomnost lékaře a nahlašuje zastupujícího lékaře v případech uvedených ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou.

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

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

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

Doba nepřítomnosti a zastupování – je možno uvést dvěma způsoby, které lze kombinovat:

ve dnech – výčtem jednotlivých dnů nepřítomnosti či zastupování.

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

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

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

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

od 8 3 do 15 3 2023

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

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

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

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

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

2.31. Vyúčtování přepravy zemřelého na zdravotní pitvu a ze zdravotní pitvy

Vyúčtování přepravy zemřelého na zdravotní pitvu a ze zdravotní pitvy se provádí na dokladu 34 „Příkaz ke zdravotnímu transportu“. Postup a pravidla pro vyplnění dokladu 34 jsou uvedeny v kapitole II. 2.23. VZP-34/2022 Příkaz ke zdravotnímu transportu.

Faktura předložená pohřební službou (smluvní nebo nesmluvní) musí obsahovat také prohlášení, že částka fakturovaná zdravotní pojišťovně za přepravu ze zdravotní pitvy byla odečtena ve fakturaci za přepravu do místa pohřbu vzdálenějšího než místo úmrtí, předané k úhradě obstaravateli pohřbu zemřelého.

2.32. Průvodní list k pitvě

Pro účely zdravotní pojišťovny je Průvodní list k pitvě uznávaným dokladem k vyžádání zdravotní pitvy a dokladem o oprávněném vykázaní pitvy k úhradě zdravotní 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.

2.33. Ostatní žádanky na vyšetření

Tyto ve zdravotnictví užívané tiskopisy zůstávají povolenými doklady k vyžádání péče OL PZS, pokud nejsou nebo nebudou nahrazeny speciálními variantami tiskopisu VZP-06. Jako doklad o oprávněném vykázaní 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, jmenovkou 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 zdravotní pojišťovně. Dávky dokladů kompletuje PZS. Do dávky se zařazují doklady, které jsou uzavřeny v období, za které se dávka předkládá k vyúčtování.

Dávky rozlišujeme podle charakteru a typu.

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

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

Počet dokladů v dávce může být max. 999.

TYPY DÁVEK PRO ZÚČTOVÁNÍ

- 05 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ VÝKONŮ NEPRAVIDELNÉ PÉČE A LPS
obsahuje jen doklady druhu 05.
- 10 – DÁVKA RECEPTŮ SMÍŠENÁ
obsahuje jen doklady druhu 10, 20 a recepty na LP obsahující omamné látky sk. I a psychotropní látky sk. II.
- 12 – DÁVKA POUKAZŮ NA BRÝLE A OPTICKÉ POMŮCKY
obsahuje jen doklady druhu 12.
- 13 – DÁVKA POUKAZŮ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU
obsahuje jen doklady druhu 13.
- 14 – DÁVKA POUKAZŮ NA FONIATRICKOU POMŮCKU
obsahuje jen doklady druhu 14.

- 16 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ LÁZEŇSKÉ LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 16 a při závěrečném doúčtování léčení přiložené díly dokladu 15.
- 23 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ OZDRAVENSKÉ PÉČE SMÍŠENÁ
obsahuje doklady druhu 23 a při závěrečném doúčtování léčení přiložené díly dokladu 18.
- 31 – DÁVKA ŽÁDANEK O VYÚČTOVÁNÍ
při vyúčtování v DR nahrazuje faktury.
- 34 – DÁVKA PŘÍKAZŮ KE ZDRAVOTNÍMU TRANSPORTU
obsahuje jen doklady druhu 34.
- 36 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ CEST V NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBĚ
obsahuje jen doklady druhu 36.
- 37 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ VÝKONŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY
obsahuje jen doklady druhu 37.
Pozn.: Pokud jsou v dávce typu 37 obsaženy doklady, jejichž transport byl indikován na tiskopisu 34 „Příkaz ke zdravotnímu transportu“, přikládají se též tyto tiskopisy v samostatné papírové dávce typu 34.
- 39 – DÁVKA VYÚČTOVÁNÍ NÁHRAD CESTOVNÍCH NÁKLADŮ
obsahuje jen doklady druhu 39.
- 81 – DÁVKA AMBULANTNÍ SMÍŠENÁ PRO STOMATOLOGII
obsahuje jen doklady druhu 01s a 03s. Doklady k témuž 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 registraci pojištěnců ve smluvně dohodnutém termínu dávkou číslo 80 – Dávka registrací pojištěnců na formulářích VZP-80 (Přihláška registrovaných pojištěnců). Do formulářů se vyplní předepsané údaje z registračních listů podepsaných pojištěnci v předchozím měsíci, přičemž se na průvodním listu dávky vyplní pouze IČZ, kód územního pracoviště, kterému se dávky předávají, číslo dávky, období a počet předkládaných formulářů VZP-80.

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

2. Faktury

Při vyúčtování poskytnuté zdravotní péče se používají dva způsoby fakturace:

- faktura za období;
- faktura za dávky.

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

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

Faktura za období

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

- a) Pokud PZS uzavírá a předkládá dávky dokladů **měsíčně**, má každá faktura za měsíc přiloženy dávky dokladů ukončené nebo uzavřené v daném období (měsíci). Faktura musí být v den předložení zdravotní pojišťovně doložena doklady o poskytnuté zdravotní péči. PZS poskytující ústavní péči, která uzavírají doklady za ukončenou hospitalizaci častěji než jednou měsíčně, mohou mít ve smlouvě větší počet předkládacích termínů v jednom měsíci.
- b) Pokud PZS uzavírá a předkládá dávky dokladů **čtvrtletně**, jsou faktury za první dva měsíce vyčíslením požadavku na finanční úhradu za již poskytnutou péči. V den předložení zdravotní pojišťovně nemusí být tyto faktury doloženy dávkami dokladů o provedené zdravotní péči. Třetí fakturu předkládá PZS po skončení kalendářního čtvrtletí. Obsahuje vyčíslení finančního požadavku na úhradu péče poskytnuté v posledním měsíci čtvrtletí. Tato faktura již musí být v den předložení zdravotní pojišťovně doložena všemi dávkami dokladů, kterými je vykázána zdravotní péče poskytnutá pojištěncům dané zdravotní pojišťovny v celém kalendářním čtvrtletí, tzn. i dávkami příslušejícími k fakturám předloženým za první a druhý měsíc čtvrtletí.

Faktura za dávky

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

Faktura za dávky se předkládá vždy v případě předkládání dávek:
lékárnami a výdejnami ZP;

opožděně účtované zdravotní péče poskytnuté v minulých obdobích,
za druh pojištění 2 a 4;

není-li ve smlouvě uvedeno jinak, i při předkládání opravných dávek.

3. Předávání faktur a dávek dokladů

Faktury se předávají ve stanoveném DR elektronickou cestou nebo na datovém nosiči, případně v papírové formě. Stejný režim platí i v případech, kdy se pro potřebu předběžných měsíčních úhrad považuje za fakturaci předání dávek dokladů o poskytnuté zdravotní péči s přílohami. Při předložení faktury dříve než ve smluvně dohodnutém předávacím období, se splatnost faktury počítá až od termínu, sjednaného ve smlouvě.

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 datovém nosiči, je průvodní list dávky součástí předávaných dat. V tomto případě se k datovému nosiči přikládá vyplněný tiskopis VZP-09 **Průvodní list datového nosiče**.

Při vyúčtování dávek receptů, poukazů na ZP a příkazů ke zdravotnímu transportu na datovém nosiči nebo jinou elektronickou formou se předávají i původní papírové doklady seříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Papírové doklady tvořící předávanou dávku nebo její část a tisknuté prostřednictvím počítače na jiný formát papíru, než je originální tiskopis, se řadí až na konec dávky nebo se vykazují ve zvláštních dávkách.

Upozornění:

Elektronické recepty (tzv. „eRecepty“) se vykazují v samostatných dávkách. V případě elektronického receptu se průvodky nepředávají.

Listinné recepty, které byly při výdeji převedeny do elektronické podoby ve formě elektronického záznamu zasílaného do systému eRecept (dále jako „listinný recept s elektronickým záznamem o jeho výdeji“), se vykazují v samostatných dávkách odděleně. Při vyúčtování dávek receptů na datovém nosiči nebo jinou elektronickou formou se předávají i původní papírové doklady seříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Listinné recepty, které nebyly převedeny do elektronické podoby, tj. listinné recepty bez elektronického záznamu o jejich výdeji (týká se pouze vykazování zdravotních výkonů ředění cytostatik v lékárně), se vykazují v samostatných dávkách odděleně. Při vyúčtování dávek receptů se předávají papírové doklady seříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Elektronické poukazy 12, 13, 14 (tzv. „ePoukazy“) se vykazují v samostatných dávkách. V případě elektronického poukazu se průvodky nepředávají.

Listinné poukazy 12, 13, 14 se vykazují v samostatných dávkách odděleně. Při vyúčtování dávek poukazů se předávají papírové doklady setříděné v pořadí, v jakém jsou uvedeny v dávce.

Předávání dávek papírových dokladů

Dávky papírových dokladů jsou předávány zdravotní pojišťovně způsobem uvedeným ve smlouvě. Při osobním předávání dokladů pracovníkem, kterého k tomu PZS pověřil, 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 PZS a potvrzená kopie zůstává ve zdravotní pojišťovně. Tento záznam může po dohodě se zdravotní pojišťovnou nahradit Průvodní list dávky.

Předávání dávek na datovém nosiči

Na datovém nosiči se uvádí IČZ. Příjem datového nosiče, není-li ve smlouvě uvedeno jinak, se provádí v přítomnosti pracovníka PZS v následujících krocích:

- a) evidence datového nosiče – datový nosič se eviduje na základě dat uvedených v dokladu Průvodní list datového nosiče;
- b) kontrola čitelnosti datového nosiče – v případě, že datový nosič nelze přečíst, neodpovídá DR nebo je zavirovaný, je označen jako ODMÍTNUTÝ a celý je vrácen. Odmítnutý datový nosič 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 datovém nosiči. V případě nesouhlasu je odmítnuta celá dávka. Pokud je na jednom datovém nosiči více dávek a alespoň jedna z nich je formálně správná, přejímá se datový nosič jako neúplný.

V případě dávek receptů, poukazů na ZP a příkazů ke zdravotnímu transportu se předávají i původní papírové doklady setříděné v pořadí, v jakém jsou uváděny v dávce na datovém nosiči.

Výsledkem předání je záznam **Příjem datového nosiče**, který obsahuje identifikaci datového nosiče a jeho stav (odmítnutý, přijat celý, přijat neúplný) a seznam přijatých a odmítnutých dávek. Záznam spolu s náhradním nosičem, pokud se nosič po nahrání dávek nevrací, je předán pracovníkovi PZS, potvrzená kopie zůstane zdravotní pojišťovně. Příjem opravených dávek se provádí v termínech dohodnutých se zdravotní pojišťovnou. Jejich další zpracování je analogické s výše uvedenými postupy.

Předávání dávek elektronicky

Vykazované dávky jsou podrobeny kontrole na platné DR a je vystaven protokol o formální správnosti jednotlivých dávek. Ty dávky, které bezchybně projdou kontrolou, lze po podepsání elektronickým podpisem odeslat elektronicky zdravotní pojišťovně. Elektronický podpis není vyžadován v případech, kdy je klient autentizován jako oprávněný zástupce PZS. O převzetí elektronicky podaných dávek se vystaví protokol o přijetí elektronického podání.

Pozn.: chybně vykázaný a zdravotní pojišťovnou již zpracovaný doklad zdravotní pojišťovna na požádání PZS stornuje a PZS jej znovu (a správně) vykáže pod novým číslem dokladu v řádné dávce.

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

IV. Seznam číselníků

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

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

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

2. Zdravotní výkony

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

3. Cenová pásma

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

4. Kategorie pacienta

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

5. Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků

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

6. Smluvní odbornosti

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

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

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

1H1 akutní lůžková péče vnitřního lékařství - interny - typ H

1F1 akutní lůžková péče vnitřního lékařství - interny - typ F

1I1 intenzivní lůžková péče vnitřního lékařství - interny - typ I

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

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

7. Doprava

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

Kód	Název výkonu	Doklad č.	
		indikace	vyúčtování
06	Přeprava zdrav. pracovníka v návštěvní službě - paušál na jednu návštěvu pacienta		36
08	Přeprava zdrav. prac. v návštěvní službě - paušál na měsíc		36
10	Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě		36
12	Přeprava lékaře v pohotovostní službě		36
20	Přeprava pacienta soukromým vozidlem – paušál na 1 km	39	39
40	Přeprava pacienta v sídle vyššího územního samosprávného celku v pásmu 1 – 8 km	34	34
45	Přeprava pacienta v pásmu 1 - 30 km	34	34
46	Přeprava pacienta v pásmu 31 - 60 km	34	34
47	Přeprava pacienta v pásmu 61 - 130 km	34	34
48	Přeprava pacienta v pásmu 131 - 450 km	34	34
49	Přeprava pacienta v pásmu 451 a více km	34	34

50	Převoz k pitvě a z pitvy	34	34, fa
54	Přeprava pacienta v krajském statutárním městě – paušál na jednoho pacienta	34	34
60	Přeprava transfúzních přípravků, speciálních léčiv, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu (vykazuje pracoviště zdravotnické záchranné služby)	34	37
61	Přeprava transfúzních přípravků, speciálních léčiv, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu (vykazuje odbornost 989 na základě smluvních podmínek)	34	34
69	Manipulace s imobilním pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností nad 140 kg při transportu sanitním vozidlem v sedě nebo vleže	34	34
70	Jízda vozidly ZZS, jízda vozidly PPNP	V*	37
72	Přeprava patologického novorozence a novorozence s nízkou porodní hmotností k nejbližšímu specializovanému poskytovateli	34	37
74	Přeprava lékaře ZZS v setkávacím systému	V*	37
77	Jízda vozidly PPNP	34	37
80	Přeprava infekčního pacienta	34	34
81	Přeprava infekčního pacienta v krajském statutárním městě - paušál na jednoho pacienta	34	34
90	Letecká přeprava pacienta (1000 Kč)	34	Fa34
91	Letecká přeprava pacienta (1 Kč)	34	Fa

V* = výzva

8. Doporučení hospitalizace

Kód Typ subjektu, který doporučil hospitalizaci

- 0 Narozen v nemocnici
- 1 Všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost
- 2 Jiný ošetřující lékař – ambulantní péče
- 3 Lékař LPS
- 4 Výjezdová skupina ZZS
- 5 Jiné zařízení
- 6 Jiné oddělení téhož zařízení
- 7 Bez doporučení lékaře

- 8 Sociální pracovník
- 9 Hospitalizace pokračuje (=začátek nového zúčtovacího období)
- P Pokračování ústavní péče na stejném lůžku po změně zdravotní pojišťovny

9. Náhrady za zdravotní péči

Kód	Název
3	Úraz zaviněný jinou osobou
4	Alkohol, omamné látky
5	Pracovní úraz
6	Sociální důvod hospitalizace
7	Porušení léčebného režimu
8	Výměna komponent systému ASR_TM
9	Nemoc z povolání

10. 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 akutní lůžko jiné odbornosti téhož PZS
4	Pacient přeložen do lůžkového zařízení následné péče nebo na odd. následné péče téhož PZS
5	Pacient přeložen do ústavní péče – na akutní lůžko jiného PZS
6	Pacient propuštěn do ambulantní péče – předčasné ukončení hospitalizace
7	Pacient zemřel – vystaven poukaz na pitvu
8	Pacient zemřel – nevystaven poukaz na pitvu
P	Technické ukončení ústavní péče přechodem pojištěnce k jiné zdravotní pojišťovně

11. Druh dokladu a typ dávky

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

12. Lokalizace ve stomatologii

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

1. pozice – kvadrant:

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

2. pozice – číslo zubu v kvadrantu:

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

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

13. Zdravotní pojišťovny

Kód Název

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

14. Pravidla pro čísla pojištěnců

Struktura čísel pojištěnců ve veřejném zdravotním pojištění je následující:

**** X * * * * * K**

**** X X * * * * * K**

Pozice 1 a 2

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

Pozice 3 (a případně 4)

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

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

* * 8 * * * * * K U rodných čísel a čísel pojištěných cizinců a zaměstnanců bez trvalého pobytu v ČR představují číslo měsíce zvětšené o 20 (pro ženy)

Pozice 5 a 6

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

Pozice 10

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

15. Výkony s povinnou lokalizací zubu

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

16. Ukončení lázeňské/ozdravenské péče

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

17. Přerušení lázeňské/ozdravenské péče

Kód	Název
-----	-------

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

18. Náklady lázeňské/ozdravenské péče

Kód	Název
-----	-------

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

19. Typy ozdravenského programu

Kód	Název
-----	-------

- | | |
|-----|-------------------|
| I | životní prostředí |
| II | životní styl |
| III | rekonvalescence |

20. Druh pojistného vztahu

Určuje druh pojištění.

Kód	Název
-----	-------

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

21. Druh úhrady

Určuje způsob financování.

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

22. Časové období

Určuje období fakturace.

Kód	Název
M	měsíční
Q	kvartální
J	jiné

Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR

verze 6.2.13

Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha listopad 2024

Jakékoli podněty na úpravy směřujte na XXXXXXXXXX.

Obsah

Úvod.....	4
1. Doklady a dávky dokladů.....	5
1.1. Dávky dokladů.....	5
1.1.1. Převzetí dávky dokladů	5
1.1.2. Kontrola dávky dokladů.....	5
1.1.3. Odmítnutí datového nosiče při příjmu	6
1.1.4. Odmítnutí dávky dokladů při příjmu.....	7
1.1.5. Odmítnutí dávky dokladů při zpracování	7
1.2. Doklady	7
1.2.1. Přijaté doklady.....	7
1.2.2. Kontrola dokladů v informačním systému	7
1.2.3. Kontrola dokladů revizním lékařem.....	8
1.2.4. Odmítnutí souvisejících dokladů.....	8
1.2.5. Odmítnutí dokladu.....	9
1.2.6. Odmítnutí nebo změna částí dokladu revizním lékařem.....	9
2. Výpočet hodnoty jednotlivých dokladů	10
2.1. Obecná pravidla	10
2.2. Vyúčtování dokladů.....	12
2.2.01. Vyúčtování výkonů v ambulantní péči.....	12
2.2.01 s. Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči.....	14
2.2.02. Vyúčtování výkonů v ústavní péči.....	15
2.2.02 s. Vyúčtování výkonů ve stomatologické ústavní péči	18
2.2.02.1. Výpočet hodnoty ošetřovacích dnů v sestupné platbě.....	18
2.2.02.2. Výpočet hodnoty ošetřovacích dnů v nesestupné platbě.....	21
2.2.02.3. Výpočet paušálů za léky	21
2.2.03. Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP	22
Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 1 - LEKY	23
Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 2 - IVLP	25
Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 3 - ZP	26
Stomatologické výrobky, skupina 4 - STOMAG.....	26
2.2.05. Vyúčtování výkonů nepravidelné péče.....	28
2.2.06. Poukaz na vyšetření/ošetření	29
2.2.10. Recept.....	30
2.2.12. Poukaz na brýle a optické pomůcky	33
2.2.13. Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku	34
2.2.14. Poukaz na foniatrickou pomůcku	37
2.2.16. Vyúčtování lázeňské péče.....	38
2.2.23. Vyúčtování ozdravenské péče.....	40
2.2.30. Registrační list	41
Definice základních pojmů	42
Vyhodnocování registračních listů	43
Určení hodnoty degresního koeficientu.....	44
Tabulka degresních koeficientů odbornosti 001 a 002.....	45
Výpočet kapitační platby za registrované pojištěnce zdravotní pojišťovny	45
2.2.34.0. Výkony v dopravě - obecně	46
2.2.34. Příkaz ke zdravotnímu transportu.....	48
2.2.36. Vyúčtování cest lékaře v návštěvní službě.....	49
2.2.37. Vyúčtování výkonů záchranné služby	50
2.2.39. Vyúčtování náhrady cestovních nákladů.....	51
3. Stručný popis jednotlivých forem úhrady zdravotní péče.....	52
4. Sestavy.....	54
Protokol o kontrole datového nosiče.....	55
Oznámení o zpracování dávek výkonů	56
Denní uzávěrka dávek k proplacení.....	57
Denní uzávěrka odmítnutých dávek, dokladů a položek.....	58
Přehled položek se sníženou cenou.....	59
Přehled položek odmítnutých likvidátorem.....	59

Rekapitulace nároků na kapitační platbu	61
Protokol o uznaných a odmítnutých registracích pojištěnců	62
Seznam registrovaných pojištěnců ke dni.....	62
Protokol ukončených registrací pro ZZ	63
ASCII verze sestavy R1449	63

Úvod

V návaznosti na vydání Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP (dále jen Metodika) a Datového rozhraní VZP (dále jen DR) vydává VZP Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP (dále jen Pravidla). Účelem je přehledně popsat postup ohodnocení dokladů ve VZP podle platné Metodiky a podle uzavřených smluv a dohod. Pravidla popisují postup převzetí, zpracování a ohodnocení dokladů za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům VZP a vykázané územnímu pracovišti VZP (dále jen Pojišťovna). Dále Pravidla popisují základní komunikaci Pojišťovny se smluvními partnery a je nově zařazen stručný popis jednotlivých forem financování zdravotní péče. Byl vypuštěn číselník chyb, jejichž text je uváděn na výstupních sestavách. Jsou uvedeny pouze doklady popsané v Metodice, u kterých se počítá hodnota, nebo výsledek jejich vyhodnocení ovlivňuje platbu PZS.

Tato Pravidla navazují na materiály vydávané VZP:

- Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR,
- Datové rozhraní VZP ČR,
- Číselníky vydávané na datovém nosiči:
 - „Zdravotní výkony” (VYKONY),
 - „Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely” (LEKY),
 - „Individuálně připravovaná léčiva, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka” (IVLP),
 - „Zdravotnické prostředky” (ZP) a
 - „Stomatologické výrobky” (STOMAG).

Přehled použitých zkratk a symbolů

Nejsou uvedeny všeobecně používané zkratky a symboly. Jednou použité zkratky, nebo zkratky použité v jiném významu, jsou uvedeny a vysvětleny v jednotlivých kapitolách.

RSZP	Registr subjektů zdravotního pojištění
DOPR	Číselník Doprava
DRG	Experimentální platba podle diagnostické skupiny
DVYK	Číselník Cenová pásma (pro sestupnou platbu ošetřovacích dnů)
HB<i>	Hodnota bodu - je pro dané PZS nebo jeho část v jednotlivých čtvrtletích konstantou a závisí na nasmlouvaném způsobu úhrady zdravotní péče
LEKY	Číselník Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely
ICP, IČP	Identifikační číslo zdravotnického pracoviště
IS	Informační systém
IVLP	Číselník Individuálně připravovaná léčiva, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka
JDG4	Číselník Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN10) v datovém rozhraní JDG4
KAP	Číselník Kategorie pacienta
KATSR	Kategorie subjektu pro režii k ošetřovacímu dni (OD)
KKVP	Kombinovaná kapitačně-výkonová platba
KP	Krajská pobočka VZP
LOKA	Číselník Lokalizace
MKN10	Číselník Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10

ODB	Číselník Odbornosti
OME0	Preskripční omezení
PZT	Jméno číselníku Zdravotnické prostředky
RL	Revizní lékař pojišťovny
RP	Regionální pobočka
RS	Regulační mechanismus (regulační srážka)
RPP	Registr poskytovatelů zdravotních služeb
STOMAG	Číselník Stomatologické výrobky
STOVY	Číselník Výkony s povinnou lokalizací zubu
PZS	Smluvní poskytovatel zdravotních služeb
UKLE	Číselník Ukončení léčení
ÚP	Územní pracoviště (místně příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny)
VFOND	Číselník Výdajové fondy
VYK	Číselník Zdravotní výkony
ZP	Zdravotnické prostředky
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb

1. Doklady a dávky dokladů

Pojišťovna přijímá od PZS doklady seskupené do dávek. Kromě dávky (dávek) dokladů přebírá Pojišťovna od PZS fakturu (faktury) na období nebo na dávky. Na základě kontroly dokladů, jejich ohodnocení a podle smluvně dohodnuté formy financování PZS provede Pojišťovna vyúčtování vykázané zdravotní péče.

1.1. Dávky dokladů

1.1.1. Převzetí dávky dokladů

Pojišťovna přebírá od PZS dávky dokladů, vyplněné podle platné Metodiky. Při převzetí dávky dokladů je prováděna kontrola, která závisí na skutečnosti, zda jsou přebírány vyplněné papírové formuláře nebo datový nosič. Po úspěšném výsledku vstupní kontroly je dávka dokladů přijata. Po přijetí dávky dokladů a po zavedení dat do IS jsou prováděny další kontroly a ohodnocení dokladů (validace). Po validaci dávek následuje kontrola vykázané péče RL.

Při negativním výsledku některé z kontrol Pojišťovna dávku nebo doklad odmítne, tj. vrátí PZS, který může dávku nebo doklad opravit (např. omylem vykázané neexistující číslo výkonu) a znovu předložit Pojišťovně ve smluveném předkládacím termínu. V případě vrácení neoprávněně předložených dokladů (např. za pojištěnce jiné zdravotní pojišťovny) PZS doklady znovu nepředkládá.

Vrácenou fakturu PZS neopravuje, ale vystavuje pod dalším evidenčním číslem fakturu jinou.

1.1.2. Kontrola dávky dokladů

Pokud PZS předává dávky dokladů spolu s fakturou na dávky, musí souhlasit čísla dávek uvedená na faktuře s čísly dávek uvedenými v průvodních listech přiložených dávek.

U dávek dokladů předávaných na tiskopisech VZP provádí Pojišťovna při převzetí kontrolu na úplnost dávky a na souhlas počtu dávek s počtem uvedeným v průvodním listu dávky resp. na faktuře. Kontrolu na čitelnost a na správné vyplnění jednotlivých dokladů podle Metodiky

provádí Pojišťovna až při jejich zavádění do IS - při pořizování vstupních dat. Špatně vyplněný doklad, který postrádá náležitosti nezbytné pro jeho další zpracování (je vyplněn v rozporu s Metodikou), je neplatný a je vrácen PZS.

U dávek dokladů předávaných na datovém nosiči provádí Pojišťovna při převzetí kontrolu dodržení platného datového rozhraní a počtu dávek. Z dávek dokladů předávaných na datovém nosiči nelze při vstupní kontrole v Pojišťovně vyřadit žádný doklad.

Program na kontrolu datového rozhraní VZP KONTROL dostává PZS k používání od Pojišťovny bezplatně.

1.1.3. Odmítnutí datového nosiče při příjmu

K odmítnutí datového nosiče v Pojišťovně dojde v případě následujících chyb:

- není na vstupním PC čitelný,
- obsahuje počítačové viry,
- neobsahuje soubor KDAVKA,
- nesplňuje datové rozhraní:
 - **Číslo pojištění** - formální správnost – kap. „Kódy desetimístné identifikace“ platné Metodiky
 - **Číslo pojištění** - kontrola na shodu čísla na dokladech 01, 01s, 02, 02s, 02p a 06 s návazným dokladem (nebo návaznými doklady) 03, 03s
 - **Kód pojišťovny** - při povinném vyplnění je vyžadováno “111”
 - **Číslo pracoviště** - je prováděna kontrola na prvních dvou pozicích zleva na existenci čísla UP, případně tam, kde je to opodstatněné, i kontrola na shodu na prvních dvou pozicích zleva s IČZ ve větě “D”.
 - **Odbornost** - formální správnost - kontrola na povolené znaky 0-9 a A-Z s tím, že písmeno je povoleno pouze na prostřední pozici
 - **Diagnóza** - formální správnost
 - **Diagnóza** - kontrola na povinné čtyřmístné vyplnění, pokud takové rozlišení je v MKN-10 (JDG4) uvedeno
 - **Náhrady** - kontrola na duplicitní uvedení náhrady
 - **Kategorie** - kontrola na duplicitní uvedení kategorie
 - **Lokalita** - kontrola na povolené znaky “mezera” a 0 - 9
 - **Datum** - kontrola na formální správnost
 - **Datum** - kontrola na období dávky ve větě “D” (datum nesmí být vyšší než období na dávce)
 - **Datum** - u hospitalizačních dokladů - kontrola data výkonů na dobu hospitalizace (doba hospitalizace je ohraničena datem přijetí a propuštění)
 - **Čas** - ve tvaru HHMM - kontrola na formální správnost (HH v rozsahu 00-23, MM v rozsahu 00-59)
 - **Pořadové číslo listu (dokladu) v dávce** - kontrola na vzestupnost čísel
 - **Evidenční číslo pomůcky** - v dokladu 13 - povinné vyplnění tohoto údaje je kontrolováno pouze v případě, že v položce “OTRV” je vyplněna “mezera” (tzn., že kontrola probíhá pouze u dočasných ZP).
- Pokud je na datovém nosiči porušeno datové rozhraní pouze jedné dávky, Pojišťovna odmítne jen tuto dávku.
- Datový nosič obsahuje jiný počet dávek, než je uvedeno v průvodním listu datového nosiče (tiskopis 09).

- Období na průvodním listu některé dávky (věta typu “D”) nesouhlasí s obdobím na faktuře na období.

1.1.4. Odmítnutí dávky dokladů při příjmu

K odmítnutí dávky tiskopisů v Pojišťovně dojde v případě následujících chyb:

- Nesouhlasí počet listů v dávce s údajem o počtu listů na průvodním listu dávky.
- Období na průvodním listu dávky nesouhlasí s obdobím na faktuře na období.
- Nesouhlasí čísla dávek na průvodním listu dávky s čísly dávek na faktuře na dávky.

1.1.5. Odmítnutí dávky dokladů při zpracování

K odmítnutí celé dávky při zpracování dojde v případě následujících chyb:

- PZS v běžném roce již předložilo dávku se stejným číslem dávky (duplicitní číslo dávky).
- Při zpracování dávky jsou odmítnuty všechny doklady téže dávky.
- PZS nemá platnou smlouvu s Pojišťovnou (s výjimkou neodkladné péče).

1.2. Doklady

1.2.1. Přijaté doklady

Přijaté doklady jsou ty, které prošly vstupními kontrolami bez chyb. Přijaté špatně vyplněné tiskopisy, které postrádají náležitosti nezbytné pro jejich další zpracování, se odmítnou při jejich zavádění do IS - při pořizování vstupních dat .

1.2.2. Kontrola dokladů v informačním systému

V IS se provádí kontrola na správnost vyplnění dokladů a současně dochází k finančnímu ohodnocení dokladů (tzv. validace) jednotlivých dávek. Podrobný popis kontrol je uveden u jednotlivých dokladů, v této části jsou popsány pouze principy. Výsledek kontroly řádku nebo dokladu se vyznačí do protokolu o validaci takto:

bez označení	bez chyby	
“E”	chyba	řádek nebo doklad se odmítá
“S”	řádek nebo doklad podléhá schválení RL pojišťovny	RL schválí a řádek/doklad se uhradí RL neschválí a řádek/doklad se odmítne
“W”	na řádku nebo dokladu je pochybení, nesprávné vykázání	RL může odmítnout, jinak se uhradí

Příklady:

- Dokladem se kontroluje příslušnost pojištěnce k VZP. Při této kontrole se provádí tzv. kontrola na registry, tedy zda je číslo pojištěnce, uvedené na dokladu, v registru VZP. Pokud není číslo pojištěnce v registru, je takový doklad při validaci označen symbolem “E”(chyba). Doklad není zahrnut do výpočtu hodnoty dávky a je vyřazen z dalšího zpracování. Pojišťovna ho odmítne.
- Kontroluje se, zda použítá čísla výkonů, kódy léčivých přípravků a ZP, uvedené na dokladech, existují v příslušných číselnících (tzv. kontrola na číselníky). Např.:
 - Pokud kód neexistuje v příslušném číselníku, řádek se označí symbolem “E” a doklad je odmítnut.
 - Pokud kód v příslušném číselníku existuje, ale je v číselníku označen symbolem “Z” nebo “X” (schválení RL předepsáno legislativou), řádek se označí symbolem “S” a RL musí řádek schválit. Jinak je řádek odmítnut.
 - Pokud je kód vykázán na ambulantním dokladu a kód v příslušném číselníku existuje, ale má omezení místem “H”, řádek se označí symbolem “E” a doklad je odmítnut.
 - Pokud kód v příslušném číselníku existuje, ale má frekvenční nebo jiné omezení, řádek se označí symbolem “W” a RL může řádek odmítnout.

Dále se kontroluje oprávnění PZS vykazovat zdravotní péči (uzavření smlouvy, její platnost, nasmlouvané odbornosti i jednotlivé nasmlouvané výkony).

Při validaci jsou některé řádky dokladů označeny symbolem “S” (speciální položka). Na těchto řádcích jsou kódy výkonů, léčivých přípravků nebo ZP, vyžadující vyjádření RL (např. kódy označené v číselnících písmenem “Z” nebo “X”, nebo je od PZS požadována vyšší úhrada, než je v číselníku). K takto označeným řádkům se musí po validaci dávky dokladů vyjádřit RL VZP (zvýšení úhrady nebo vykázání “Z” nebo “X” položky měl předem povolit). Jejich úhradu nebo zvýšení úhrady může RL povolit nebo odmítnout.

Po validaci následuje postvalidační kontrola, která reviznímu lékaři označí nezvykle vykázané položky nebo jejich mimořádné množství znakem “W” (varování).. Upozorňuje RL na jistou pravděpodobnost nesprávného vykázání.

1.2.3. Kontrola dokladů revizním lékařem

Vykázání každé speciální položky (zvláštní položka, zvýšení úhrady) musí předem povolit RL. Po validaci dávky dokladů provádí RL následnou kontrolu. RL má právo vyslovit souhlas s proplacením speciální položky, odmítnout proplacení speciální položky, upravit její proplacení na maximální úhradu VZP. Dále RL může, na základě postvalidační kontroly, případně na základě dalších podnětů, odmítnout libovolnou nesprávně vykázanou položku, a to po dobu uvedenou ve smlouvě. Vyjádření RL může vést k dodatečnému snížení hodnoty dokladu.

1.2.4. Odmítnutí souvisejících dokladů

Pokud je při validaci dávky, nebo při revizní činnosti odmítnut celý doklad, jsou současně odmítnuty navazující doklady vykazující péči na stejné číslo pojištěnce ve stejné odbornosti a se stejným IČP (tzv. indukované odmítnutí dokladu). Výjimku tvoří doklady 05 a 36.

Pokud jsou na stejné číslo pojištěnce vykázány dva doklady 02 a doba pobytu na nich vykázaná se překrývá o více než jeden den, oba doklady 02 se odmítnou.

1.2.5. Odmítnutí dokladu

Pojišťovna odmítne doklad pokud:

- je nečitelný
- je nesprávně nebo neúplně vyplněn
- PZS v kalendářním roce již předložil duplicitní doklad se stejným číslem a pokud je předkládaný doklad v původní (nikoli v opravě) dávce
- se týká pojištěnce jiné pojišťovny
- jsou doklady předloženy ZZ s dosud neuzavřenou nebo neplatnou smlouvou. Výjimkou, která podléhá posouzení RL, je vykazání neodkladné péče pro pojištěnce VZP v nesmluvním ZZ.
- je na něm vykázána péče nad rámec platné smlouvy (např. nenasmlouvaná odbornost uvedená na dokladu, nenasmlouvaný výkon), pak podléhá schválení RL a Pojišťovna jej může odmítnout
- některá z položek dokladu (diagnóza, odbornost, kód výkonu, léčivého přípravku nebo ZP) není v číselníku nebo není platná k datu vykazání dávky
- doklad na datovém nosiči má více vět (řádků), než je uvedeno v DR

Specifické důvody pro odmítnutí dokladu jsou popsány u výpočtu hodnoty jednotlivých dokladů.

1.2.6. Odmítnutí nebo změna části dokladu revizním lékařem

RL má právo:

- odmítnout speciální položku, kterou předem nepovolil.
- upravit zvýšenou úhradu, kterou předem nepovolil, na hodnotu maximální úhrady VZP (hodnota MAX v číselníku).
- odmítnout nesprávně vykazovaný kód výkonu nebo léčivého přípravku.

Odmítnutí speciální položky, zvýšené úhrady, nesprávně vykazovaného kódu nebo nenasmlouvaného výkonu vede k dodatečnému snížení hodnoty dokladu.

2. Výpočet hodnoty jednotlivých dokladů

2.1. Obecná pravidla

Do výpočtu hodnoty dávky dokladů se nezahrnují odmítnuté doklady ani výkony nebo materiály odmítnuté RL.

Výpočet hodnoty **dávky** jednotlivých dokladů se provádí podle platných číselníků VZP ČR, které vycházejí z **platné** legislativy. Při změnách cen předává VZP číselníky svým smluvním partnerům. Veškeré ceníkové údaje v číselnících IS VZP mají definovanou dobu platnosti od - do.

Smluvní ZZ jsou rozdělena do jedné nebo více skupin podle druhu hrazení zdravotní péče (DHP). Každý DHP může mít jinou hodnotu bodu.

DHP každého PZS, nebo jeho části, je uveden ve smlouvě a v IS je veden v registru smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (RPP). Hodnota bodu (**HOD**) pro dané PZS nebo jeho část se zjistí podle DHP, který je uveden pod atributem KOD z číselníku "Výdajové fondy".

Tato hodnota bodu **VFOND.HOD(KOD)** se bere pro výpočet hodnoty dokladu daného PZS, nebo jeho části:

$$\mathbf{HB} = \mathbf{VFOND.HOD(KOD)}$$

Hodnota dávky, dokladu i řádku je vyjádřena v korunách (Kč), zdravotní výkony a výkony dopravy jsou navíc ještě ohodnoceny v bodech. Celková hodnota v Kč se rovná vynásobení bodové hodnoty dávky (**bbb**), dokladu nebo řádku, hodnotou bodu pro dané PZS a DHP (**HB**), platnou v období uzavření dokladu (datum na průvodním listu dávky), přičtenou ke korunové hodnotě dávky (**aaa**), dokladu nebo řádku.

$$\mathbf{Hodnota [Kč]} = \mathbf{aaa [Kč]} + (\mathbf{bbb [bodů]} \times \mathbf{HB [Kč za bod]})$$

Hodnota dávky (**HDA**) je součtem hodnoty všech přijatých dokladů (**HDO**).

$$\mathbf{HDA} = \sum \mathbf{HDO}$$

Hodnota dokladu (**HDO**) je součtem hodnoty všech řádků (**HŘ**) plus zvláštní příplatky za doklad (**ZPDO**). Zvláštní příplatky za doklad jsou paušál za léky v hospitalizaci a příplatek za kategorii pacienta v hospitalizaci.

$$\mathbf{HDO} = \sum \mathbf{HŘ} + \mathbf{ZPDO}$$

Hodnota řádku závisí na dokladu. Obecně je součinem množství (**POČET**) s hodnotou v Kč (**HKč**) a hodnotou v bodech (**BOD**) kódu z příslušného číselníku, platného v období (obd) z průvodního listu dávky, vynásobenou hodnotou bodu (**HB**).

$$\mathbf{HŘ} = \mathbf{POČET} \times \mathbf{HKč(kod,obd)} + ((\mathbf{POČET} \times \mathbf{BOD(kod,obd)}) \times \mathbf{HB(obd)})$$

Při všech výpočtech IS zaokrouhluje na dvě desetinná místa. Číslice 5, 6, 7, 8 a 9 na třetím desetinném místě jsou zaokrouhleny nahoru, číslice 1, 2, 3 a 4 dolů.

Pro ohodnocení dokladů dále platí následující pravidla:

- Jednotlivé řádky dokladů jsou ohodnoceny podle sazeb v Kč a v bodech, platných ke dni poskytnutí péče (datum na řádku dokladu vyplněné podle Metodiky, datum podání zvlášť účtovaného léčivého přípravku).
- K ohodnocení dokladu se použije hodnota bodu, platná v období uzavření dokladu (období v hlavičce dávky) pro dané PZS. Uzavřením dokladu pro tento účel se rozumí datum propuštění na dokladech 02 a 02s, na ostatních dokladech datum posledního výkonu.
- Pokud je pravidlo pro ohodnocení řádku nebo dokladu složitější, je pro jeho popis použita následující notace:

Pokud <je splněna podmínka 1> **potom**
<provede se výpočet 1>

Pokud <je splněna podmínka 2> **potom**
<provede se výpočet 2>

.

.

[Jinak

< provede se výpočet i>

Konec]

Symbolická jména proměnných (atributů, polí) použitá v tomto materiálu jsou stejná jako v datovém rozhraní VZP ČR - číselníků nebo individuálních dokladů, označení číselníků je zkráceno. Pro výpočet hodnoty dokladů je použito následující označení číselníků, registrů a konstant:

DOPR - Doprava

DVYK - Cenová pásma

HB - Hodnota bodu - je pro dané PZS nebo jeho část nasmlouvána a v jednotlivých čtvrtletích je konstantou.

IVLP - Individuálně připravované léčivé přípravky a výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka

JDG4 - Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 v datovém rozhraní JDG4

KAP - Kategorie pacienta

KATSR - Kategorie subjektu pro režii OD

LEKY - Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely

LOKA - Lokalizace

ODB - Odbornosti

OME0 - Preskripční omezení

RPP - Registr poskytovatelů zdravotních služeb

STOMAG- Stomatologické výrobky

STOVY - Výkony s povinnou lokalizací zubu

UKLE - Ukončení léčení

VFOND- Výdajové fondy

VYK - Zdravotní výkony

ZP - Zdravotnické prostředky

Pro popis jednotlivých proměnných je používána následující notace:

AA.BB.CC(DD)

kde:

AA je označení (symbolické jméno) číselníku nebo registru

BB je označení řádku v číselníku nebo registru

CC je označení sloupce v číselníku

DD znamená platnost hodnoty v číselníku nebo registru k uvedenému datu

Příklad:

LEKY.KOD.MFC(datum)

znamená hodnotu atributu (sloupce v číselníku) s označením MFC (konečná cena - dříve regulovaná cena ministerstva financí) pro uvedený KÓD v číselníku LEKY, který je platný pro uvedené datum.

Z důvodu přehlednosti, pokud je z kontextu zřejmý význam, je pro popis výpočtu hodnoty nebo úhrady použito zkrácené označení atributu (zkratky), pro uvedený příklad je zkratka MFC.

Pro výpočet hodnoty řádku dokladů 03, receptu a poukazů výraz

min (x, y, z) znamená nejmenší hodnotu z hodnot x, y a z.

Označení $\diamond$ značí nerovnost, např.: Výraz PZT.KOD.UPO $\diamond$ "I" znamená, že sloupec UPO (úhrada pojišťovnou) pro daný KOD v číselníku PZT je vyplněn a není roven "I" znamenající v tomto příkladu plnou úhradu pojišťovnou (může obsahovat jinou hodnotu).

Kontroly, souhrnně popsané v části 1.2.2, jsou detailně rozepsány v dalším textu v popisu ohodnocení jednotlivých dokladů.

Kontrola na existenci kódu znamená porovnání, zda některý kód v příslušném číselníku má stejnou hodnotu, jako má hodnota atributu na dokladu. Např. zda číslo výkonu "01024" vykázané na dokladu existuje v číselníku "Zdravotní výkony".

Při výpočtu hodnoty IS rozlišuje, zda je atribut vyplněn hodnotou, vyplněn nulovou hodnotou (hodnota = 0 nebo 0,00), nebo zda hodnota není uvedena (hodnota = NULL), a to jak v číselnících, tak na dokladech.

V tabulkách u jednotlivých dokladů je v záhlaví uvedeno symbolické jméno (označení) atributu z dokladu podle datového rozhraní příslušného číselníku. Pro označení, zda a jak je vyplněna hodnota atributu v dokladech nebo číselnících, je použita následující symbolika:

"+" znamená, že atribut je vyplněn nějakou hodnotou

" " znamená, že atribut není při výpočtu hodnoty uvažován

"A" znamená, že atribut je vyplněn hodnotou A

"NULL" nebo "-" znamená, že atribut není vyplněn

2.2. Vyúčtování dokladů

2.2.01. Vyúčtování výkonů v ambulantní péči

Atributy z hlavičky dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
HCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
HICO	- IČZ.IČP PZS / na existenci v registru RPP	E
	/ na platnost smlouvy v RPP	E
HROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP	E
HZDG	- základní diagnóza / na existenci	E
	je-li v položce ZNA číselníku JDG4 uvedena "**"	
HODB	- odbornost v hlavičce dokladu / na existenci v číselníku ODB	E
	/ na existenci IČZ.IČP.ODB v RPP	E
GCIS	- ostatní diagnózy / na existenci v číselníku JDG4	E

Atributy z řádku dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
VDAT	- datum provedení / patří do období v hlavičce dávky, nebo do předcházejících období	E
VKOD	- číslo výkonu / platnost v číselníku VYK podle data provedení	E
	/ na zvláštní položku v číselníku VYK.KOD.KAT = "Z"	S
	/ nasmlouvaný výkon v RPP.IČZ.IČP.KODV	S
VPOC	- počet provedení daného výkonu (pokud neuveden = 1)	
VODB	- řádková odbornost / na existenci v číselníku ODB a IČP.ODB	E
	v RPP	
VDIA	- řádková diagnóza / na existenci v číselníku JDG4	E
	- je-li v položce ZNA uvedena "**"	

Atributy z číselníků

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
VYK.KOD.BOD	BOD	- počet bodů za výkon podle data provedení
VYK.KOD.PMAT	PMAT	- počet Kč za výkon podle data provedení
VYK.KOD.PJP	PJP	- příznak výkonu
JDG4.KOD	KOD	- kód diagnózy
JDG4.ZNA	ZNA	- Znak pro hvězdičkovou diagnózu
VFOND.HOD	HB	- hodnota bodu podle období v hlavičce dávky

Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ.IČP	- pracoviště IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb
RPP.IČZ.IČP.ODB	- nasmlouvaná odbornost na pracovišti PZS
RPP.IČZ.IČP.KOD	- nasmlouvané číslo výkonu na pracovišti PZS
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Omezení

VYK.KOD.OME = “H” - výkon na tomto dokladu VZP nehradí

VYK.KOD.KAT = “N” - výkon VZP nehradí

VYK.KOD.KAT = “Z” - výkon podléhá schválení RL VZP

Výpočet hodnoty

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
ŘÁDKU - HŘ	$VPOC \times (BOD \times HB) + VPOC \times PMAT$	Pozn. 1, 2
DOKLADU - HDO	$\sum HŘ$	
DÁVKY - HDA	$\sum HDO + \sum HDO03$	Pozn. 3

Pozn. 1.: Hodnota BOD a PMAT platná k datu provedení.

Pozn. 2.: Pro PZS s nasmlouvanou KKVP, pro registrovaného pojištěnce, pro následující hlavičkové odbornosti HODB a hodnotu atributu PJP je HŘ = “0”

Odbornost	PJP
001	“0”, “1”, “4”, “5”
002	“0”, “2”, “4”, “6”

Pozn. 3.: Doklady 03 (03s) netvoří samostatnou dávku, jsou vždy připojeny k dokladům 01, 02 (01s, 02s) nebo 06. Hodnota připojených dokladů 03 (03s) - HDO03 - se k těmto dávám připočítává (výpočet jejich hodnoty viz dále v kapitole 2.2.03, 2.2.03s).

2.2.01 s. Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči

Pro kontroly jsou použity stejné atributy jako na dokladu 01, navíc následující atributy týkající se lokalizace výkonu. Pokud je číslo výkonu v číselníku “Výkony s povinnou lokalizací zubu” a pokud má v číselníku předepsáno povinné vyplnění kvadrantu nebo zubu, kontroluje se hodnota vykázaného kvadrantu nebo zubu na existenci v číselníku “Lokalizace”.

Atributy z řádku dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
VKOD	- číslo výkonu / pokud existuje v číselníku STOVY, kontroluje se povinné vyplnění dalších atributů:	
VKVA	- kód kvadrantu / pokud STOVY.KOD.KVA = “A” / na existenci v číselníku LOKA pro KZP=“K”	E
VZUB	- kód zubu / pokud STOVY.KOD.ZUB = “A” / na existenci v číselníku LOKA pro KZP=“Z”	E

Atributy z číselníků

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
STOVY.KOD.KVA	-	Kód kvadrantu

STOVY.KOD.ZUB	- Kód zubu
LOKA.KZP.KVA	- Kód kvadrantu
LOKA.KZP.ZUB	- Kód zubu

Výpočet hodnoty

Ohodnocení řádku, dokladu a dávky je stejné jako u dokladu 01.

2.2.02. Vyúčtování výkonů v ústavní péči**Atributy z hlavičky dokladu**

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
HCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
HICO	- IČZ.IČP PZS / na existenci v registru RPP	E
	/ na platnost smlouvy v RPP	E
HROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP	E
HZDG	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4	E
	je-li v položce ZNA uvedena "*"	
HODB	- odbornost v hlavičce dokladu / na existenci v číselníku ODB	E
	/ na existenci IČZ.IČP v RPP	E
GCIS	- ostatní diagnózy / na existenci v číselníku JDG4	E
KTYP	- druh kategorie pacienta / na číselník KAP	E
KDNI(i)	- počet dní v kategorii i	
HKON	- ukončení léčení / existenci v číselníku UKLE	E

Atributy z řádku dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
VDAT	- datum provedení / patří do období v hlavičce dávky, nebo do předcházejících období	E
VKOD	- číslo výkonu / platnost v číselníku VYK podle data provedení	E
	/ na zvláštní položku v číselníku VYK.KOD.KAT = "Z"	S
	/ nasmlouvaný výkon v RPP.IČZ.IČP.KODV	S
VPOC	- počet provedení daného výkonu (pokud neuveden = 1)	
VODB	- řádková odbornost / na existenci v číselníku ODB a IČZ.IČP.ODB	E

Atributy z číselníků

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
ODB.KOD.PH1	PH1	- hodnota hospitalizačního paušálu z číselníku ODB podle data v hlavičce dávky
VYK.KOD.BOD	BOD	- počet bodů za výkon podle data provedení
VYK.KOD.BODR	BODR	- body za režii přiřazené k danému číslu výkonu
DVYK.KOD.ABOD	ABOD	- body za výkony agregované do OD v pásmu A
DVYK.KOD.BBOD	BBOD	- body za výkony agregované do OD v pásmu B
DVYK.KOD.CBOD	CBOD	- body za výkony agregované do OD v pásmu C

DVYK.KOD.DBOD	DBOD	- body za výkony agregované do OD v pásmu D
DVYK.KOD.EBOD	EBOD	- body za výkony agregované do OD v pásmu E
KAP.POD(i)	POD	- příplatek k ošetrovacímu dni hospitalizace pro kategorii pacienta "i" v bodech
JDG4 .KOD		- kód diagnózy
VFOND.KOD.HOD	HB	- hodnota bodu podle období v hlavičce dávky
UKLE.KOD		- ukončení léčení
DVYK.PDNU	a, b, c, d, e	- maximální počet dnů v jednotlivých pásmech (pokud PDNU < "0" počet dnů v pásmu není omezen)
DVYK.SAZ	BODA až BODE	- bodová hodnota OD v jednotlivých pásmech u sestupné sazby Pokud DVYK.OZN = "1", "2", "3", "4" nebo "5"
DVYK.SAZ	BODON	- bodová hodnota OD u nesestupné sazby Pokud DVYK.OZN = "1" a DVYK.PDNU = "0"

Atributy z registru

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ.IČP	- pracoviště IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb
RPP.IČZ.IČP.ODB	- nasmlouvaná odbornost na pracovišti PZS
RPP.IČZ.IČP.KOD	- nasmlouvané číslo výkonu na pracovišti PZS
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Omezení

VYK.KOD.OME = "A" - výkon na tomto dokladu VZP nehradí

VYK.KOD.KAT = "N" - výkon VZP nehradí

VYK.KOD.KAT = "Z" - výkon podléhá schválení RL VZP

Pokud HKON = "0", den přijetí a den propuštění se počítají v IS jako dva ošetrovací dny (OD). Počet OD v tomto případě nesmí být větší než doba hospitalizace (tj. rozdíl data propuštění a data přijetí) plus jeden den.

Pokud HKON = "7" nebo "8" a doba hospitalizace je rovna = 0, počet OD je potom 1.

Pokud HKON má jinou hodnotu, den přijetí a den propuštění se počítají dohromady jako jeden OD. Počet OD pak nesmí být větší než doba hospitalizace.

Součet počtu dnů vykázaných v kategoriích 1 až 5 KDNI(i) (viz dále výpočet PKP) a počtu vykázaných propustek nesmí být větší než doba hospitalizace. Pokud HKON = "0", (a "7" nebo "8" a doba hospitalizace je rovna 0), nesmí být tento součet větší než doba hospitalizace + jeden den.

Výpočet hodnoty

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
---------	--------	----------

ŘÁDKU	- HŘ	VPOC x (BOD x HB) + VPOC x PMAT	Pozn. 1
DOKLADU	- HDO	$\sum HŘ + ZPDO$	Pozn. 2
DÁVKY	- HDA	$\sum HDO + \sum HDO03$	Pozn. 3

Pozn. 1.: Hodnota BOD platná k datu provedení. Pokud datum výkonu na řádku není vyplněno, bere se jako datum provedení datum předchozího řádku, a pokud není vyplněno datum prvního řádku, pak datum začátku hospitalizace. Pokud je na řádku dokladu uveden výkon, znamenající OD v sestupné platbě, je výpočet hodnoty HSOD těchto OD popsán v kapitole 2.2.02.1.

Pozn. 2.: Zvláštní příplatek za doklad ZPDO je součtem hospitalizačního paušálu HP a příplatku za kategorii pacienta PKP.

Výpočet hospitalizačního paušálu HP je uveden v kapitole 2.2.02.3.

Příplatek na kategorii pacienta PKP je součtem počtu dnů v jednotlivých kategoriích (vyplněných na dokladu) vynásobeným počtem bodů za kategorii (z číselníku kategorie pacienta), vynásobený hodnotou bodu.

$$PKP = \sum_{i=1}^5 (KDNI(i) \times KAP.POD(i) \times HB)$$

Výpočet OD v sestupné sazbě je uveden v kap. 2.2.02.1, výpočet OD nepodléhajících sestupné sazbě v kap. 2.2.02.2.

Pozn. 3.: Doklady 03 (03s) tvoří samostatnou dávku, jsou vždy připojeny k dokladům 01, 02 (01s, 02s), nebo 06. Hodnota připojených dokladů 03 (03s) - HDO03 - se k těmto dávkám připočítává (výpočet viz dále v kapitole 2.2.03, 2.2.03s).

V návaznosti na změnu Metodiky vykazování VZP se vykazuje doklad vyúčtování výkonů v ústavní péči (doklad 02) samostatně pro každou hlavičkovou odbornost (viz Metodika).

Na dokladu 02 mohou být spolu vykázané kódy s významem pobytový den jedné hlavičkové odbornosti. Při vykazování intenzivní péče nelze vykazovat pacienta na propustce.

Z toho vyplývají omezení, která jsou kontrolována ve validačním programu. Za dobu hospitalizace je považován rozdíl mezi datem propuštění a datem přijetí, je-li datum přijetí rovno datu propuštění, pak je doba hospitalizace jeden den.

Při vykazování standardní péče (kódy odbornosti standardní lůžkové péče) je doklad odmítnut, pokud:

- jsou na dokladu vykázané výkony s hodnotou atributu OME="Y"
- doba hospitalizace je menší než součet kódů s atributem OME="D" a "P" (standardní OD, OD se sestupnou sazbou a pobyt na propustce)
- doba hospitalizace je menší než součet kódů s atributem OME="M" a "P" (OD doprovodu a pobyt na propustce)
- součet dnů v kategorii 1 až 5 a počet kódů s atributem OME="P" je větší než doba hospitalizace
- Pokud je pojištěnec první tři dny, nebo poslední tři dny doby pobytu na propustce (je vykázan kód s atributem OME="P"), je doklad předložen RL VZP k posouzení.

Při vykazování intenzivní péče (kódy odbornosti intenzivní lůžkové péče) je doklad odmítnut, pokud:

- jsou na dokladu vykázány výkony s hodnotou atributu OME="P"
- je v jeden den vykázáno více než jeden výkon s hodnotou atributu OME="Y"
- počet pobytových dnů s atributem OME="Y" je větší, nebo roven době hospitalizace
- doba hospitalizace je menší než počet pobytových dnů s atributem OME="M" (OD doprovodu).

2.2.02 s. Vyúčtování výkonů ve stomatologické ústavní péči

Pro kontroly jsou použity stejné atributy jako na dokladu 02. Navíc se kontrolují atributy týkající se lokalizace výkonu popsané v kapitole 2.2.01s.

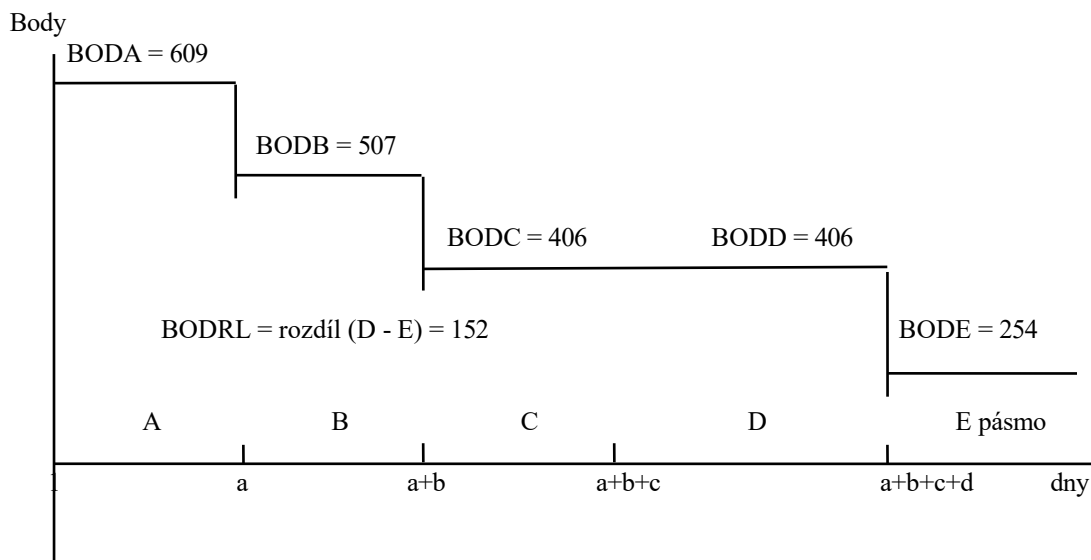
2.2.02.1. Výpočet hodnoty ošetrovacích dnů v sestupné platbě

Následující schéma je uvedeno pro kód výkonu s hodnotou atributu OME="D" a pro doklad 02. Doklad začíná kódem 00880 (nová - prvotní hospitalizace, ne pokračující hospitalizace). Schéma a dále uvedený výpočet platí pro léčení započaté i ukončené na jednom dokladu 02, s jednou hlavičkovou odborností. Přeložení pojištěnce a pokračování hospitalizace je popsáno dále.

Výpočet sestupné platby za OD se týká jeho vlastní bodové hodnoty a bodové hodnoty výkonů do OD agregovaných.

V číselníku "VYK" je bodová hodnota výkonů OD vyplněna hodnotou 0.

Úhrada ošetrovacích dnů s jinými hodnotami atributu OME nezávisí na délce hospitalizace.



Výpočet bodové hodnoty ošetrovacích dnů (OD)

Bodová hodnota výkonu s významem OD, kterého se týká sestupná platba, vykázaného na dokladu 02, není konstantní, s počtem dnů hospitalizace klesá podle výše uvedeného schématu. Prvních a vykázaných dnů v pásmu A má bodovou hodnotu BODA bodů, dalších b dnů má bodovou hodnotu BODB bodů, následujících c dnů v pásmu C má bodovou hodnotu BODC bodů a dalších d dnů v pásmu D má bodovou hodnotu BODD bodů.

Zbývajících e dnů v pásnu E (do konce hospitalizace) má bodovou hodnotu BODE bodů. Bodová hodnota pro jednotlivá časová pásma je v číselníku “Cenová pásma”.

Počty dnů v pásnu A, B, C a D závisí na průměrné délce hospitalizace (PDH) a jsou dány kódem odbornosti lůžkového oddělení ve smlouvě. Orientační délky jednotlivých pásem jsou uvedeny v číselníku “Cenová pásma”. Konkrétní hodnoty musí být uvedeny ve smlouvě se PZS.

Počet dnů v pásnu E není omezen.

O dny, kdy pojištěnec byl na propustce, se krátí počet OD v jednotlivých pásmech v sestupné platbě podle kalendářního data vykázané propustky.

Rozdělení doby hospitalizace do pásem a výpočet hodnoty OD v sestupné sazbě

IS rozdělí vykázanou dobu hospitalizace do pěti pásem. Za první část vykázaných dnů hospitalizace až do počtu a (OD v pásnu A) je bodová hodnota OD BODA, za každý z dalších vykázaných dnů do počtu a+b je bodová hodnota OD BODB, za další vykázané dny až do počtu a+b+c je bodová hodnota OD BODC, za další dny do a+b+c+d dnů je hodnota OD BODD a za zbývajících dny přes a+b+c+d dnů je bodová hodnota BODE.

Celkový počet OD jednoho kódu podléhajícího sestupné sazbě na jednom dokladu je označen PODS, počet OD v pásnu i je označen PODi.

Za dny, kdy byl pojištěnec na propustce, vykázané kódem 00098 nebo 00099 (na třetí pozici doplněné o kategorii lůžkového ZZ), pojišťovna nehradí OD v příslušném pásnu. IS proto dále zjistí, podle kalendářních dat u výkonů s kódem 00098 nebo 00099, počet dnů, kdy byl pojištěnec na propustce (PODPRi) a přiřadí je do jednotlivých pásem - PODPRA, PODPRB, PODPRC, PODPRD a PODPRE. Pokud pojištěnec nebyl v době hospitalizace ani jeden den na propustce, $PODPRi = 0$.

IS pro kód OD, který má hodnotu atributu OME=“D”, pro hlavičkovou odbornost dokladu podle počtu vykázaných OD a propustek rozdělí OD v sestupné platbě pro celou dobu hospitalizace do jednotlivých pásem:

- pro první dny hospitalizace je počet OD v pásnu A (PODA):

pokud $PODS \geq a$, $PODA = a - PODPRA$,

pokud $PODS < a$

pokud $PODS \geq (a - PODPRA)$, $PODA = a - PODPRA$

pokud $PODS < (a - PODPRA)$, $PODA = PODS - PODPRA$

- pro další dny je počet OD v pásnu B (PODB):

pokud $(PODS - PODA) = 0$, $PODB = 0$

pokud $(PODS - PODA) \geq b$, $PODB = b - PODPRB$,

pokud $(PODS - PODA) < b$, $PODB = PODS - PODA$

- pro další dny je počet OD v pásnu C (PODC):

pokud $(PODS - PODA - PODB) = 0$, $PODC = 0$

pokud $(PODS - PODA - PODB) \geq c$, $PODC = c - PODPRC$,

pokud $(PODS - PODA - PODB) < c$, $PODC = PODS - PODA - PODB$

- pro další dny je počet OD v pásnu D (PODD) :

pokud $(PODS - PODA - PODB - PODC) = 0$, $PODD = 0$

pokud $(PODS - PODA - PODB - PODC) \geq d$, $PODD = d - PODPRD$,

pokud $(PODS - PODA - PODB - PODC) < d$, $PODD = PODS - PODA - PODB - PODC$

- pro zbylé dny, pokud budou vykázány, je počet OD v pásmu E (PODE) :
 - pokud (PODS-PODA-PODB-PODC-PODD) = 0, PODE = 0
 - pokud (PODS-PODA-PODB-PODC-PODD) > 0,
PODE = PODS-PODA-PODB-PODC-PODD

Hodnota všech OD jednoho kódu v sestupné platbě (**HSOD**) na dokladu je potom součtem bodové hodnoty tohoto kódu za všechna pásma vynásobeným hodnotou bodu (**HB**).

$$\text{HSOD} = [(\text{PODA} \times \text{BODA}) + (\text{PODB} \times \text{BODB}) + (\text{PODC} \times \text{BODC}) + (\text{PODD} \times \text{BODD}) + (\text{PODE} \times \text{BODE})] \times \text{HB}$$

Revizní lékař může pro konkrétního pojištěnce, tj pro jeden doklad, prodloužit počet OD v pásmu D (na úkor OD v pásmu E, BODRL = rozdíl bodových hodnot OD v pásmu D a E ve schématu). Toto prodloužení vykazuje PZS kódem prodloužení z číselníku “Zdravotní výkony”.

V případě, že pojištěnec byl na propustce v době spadající do pásma A, B, C nebo D, RL VZP nesmí prodloužit počet OD v pásmu D.

Při změně hodnot v číselnících resp. ve smlouvě (průměrná doba hospitalizace, počet dnů v jednotlivých pásmech, bodová hodnota v jednotlivých pásmech) se doklady, na kterých část vykázaných ošetrovacích dnů spadá do doby platnosti jedné verze číselníků (smlouvy) a část do doby platnosti druhé, vyhodnocují takto:

- První část OD se vyhodnotí podle hodnot uvedených v první verzi číselníků.
- Druhá část OD podle hodnot uvedených v druhé verzi číselníků. První den (a další dny) druhé části se vyhodnotí tak, jako by od počátku hospitalizace uplynula doba odpovídající počtu vykázaných dnů v první části.

Nová a pokračující hospitalizace

Případy, kdy je pacient přeložen z oddělení jedné odbornosti na oddělení jiné odbornosti a zpět, nebo kdy je jako nedolčený propuštěn a za několik dní je na totéž oddělení znovu přijat, se řeší jako pokračování předchozí hospitalizace takto:

- Za každou část takto rozdělené hospitalizace v jednom smluvním IČZ vystaví zvláštní hospitalizační účet. Stejně tak, pokud je přeložen v rámci oddělení na JIP, případně zpět.
- V číselníku výkonů jsou zavedeny dva zvláštní kódy:
 - kód 00880, znamenající novou hospitalizaci a
 - kód 00881 s významem pokračující hospitalizace.
- Každý doklad začíná kódem 00880, nebo kódem 00881. Kód 00881 s vyplněným počtem provedení.
- Hospitalizační účet začínající kódem 00880, který znamená, že jde o novou hospitalizaci, a výpočet sestupné hodnoty OD začíná pásmem A (dále označujeme doklad jako prvotní).
- Počet provedení na dokladu u kódu 00880 se neuvažuje.
- Pokud hospitalizační účet začíná kódem 00881, znamená to, že jde o pokračování hospitalizace.
- Počet provedení, uvedený na dokladu u kódu 00881, znamená, že v oboru, do kterého patří hlavičková odbornost, již bylo z průměrné délky hospitalizace vyčerpáno na předcházejícím(cích) dokladu(ech) tolik dní, kolik je uvedeno u tohoto kódu v počtu provedení. Aplikace bude vyhodnocovat pokračovací doklad v sestupné sazbě tak, že první a další dny budou ohodnoceny buď v pásmu A, B, C, D nebo E, podle toho, kolik dnů je uvedeno v položce Počet provedení na dokladu (od Počet provedení + 1).

- Pokud u kódu 00881 není vyplněn Počet provedení, doklad se neodmítne, ale všechny OD na dokladu se hradí v pásnu E.
- Pokud není na dokladu uveden ani kód 00880, ani 00881, doklad se neodmítne, ale všechny OD na dokladu se hradí v pásnu E.
- Pokud je pacient přeložen z oddělení jedné odbornosti na oddělení odbornosti spadající do jiného oboru, hospitalizační účet z tohoto oddělení druhé odbornosti začíná kódem 00880 (prvotní) a výpočet sestupné hodnoty OD začíná pásmem A.
- V případě dalšího přeložení zpět na oddělení první odbornosti hospitalizační účet začíná kódem 00881 (pokračovací) a výpočet úhrady sestupné platby začíná v pásnu podle uvedeného počtu provedení kódu 00881 a PDH.

Stěží lze zajistit, aby PZS předložilo takto svázané hospitalizační účty v jedné dávce, a provést kontroly do termínu splatnosti faktury. Proto ÚP VZP provede po bodové uzávěrce a po vyjádření RL kontrolu na pokračující hospitalizaci pojištěnců. Doklady, které PZS vykázalo jako novou hospitalizaci a které ve skutečnosti znamenají pokračování hospitalizace a naopak, ÚP přepočte, o tomto přepočtu vystaví protokol a obvyklým způsobem provede doúčtování:

- Doplacení pokračovacích účtů za hospitalizaci, pokud na začátku hospitalizace byl nárok na vyšší úhradu.
- Vystavení výzvy k zaplacení, pokud byl účet neoprávněně označen kódem 00880 jako nová hospitalizace, nebo vyznačen nižší počet provedení u kódu 00881.
- Předmětem kontroly jsou alespoň dva doklady 02, vykázané na jednoho pojištěnce, s hlavičkovými odbornostmi jednoho oboru, kdy další doklad začíná do 28 dnů po uzavření předchozího dokladu.

2.2.02.2. Výpočet hodnoty ošetrovacích dnů v nesestupné platbě

Celkový počet OD jednoho kódu nepodléhajícího sestupné platbě na 1 dokladu je označen PODN. Pro tyto kódy platí bodová hodnota BODON.

Hodnota všech OD jednoho kódu v nepodléhajícího sestupné platbě (**HNOD**) na dokladu je potom součtem bodové hodnoty těchto OD vynásobeným hodnotou bodu (**HB**).

$$\text{HNOD} = (\text{PODN} \times \text{BODON}) \times \text{HB}$$

2.2.02.3. Výpočet paušálů za léky

Do validačního programu je zařazen výpočet paušálů za léčivé přípravky. Paušál je počítán pro doklady 02 a 02s a je uložen jako informace ke každé dávce a dokladu. Hodnota paušálu je na dokladu zaokrouhlena podle obecných pravidel. Ke každému dokladu je uložen základní paušál a jeho smluvní koeficient. Smluvní koeficient je standardně 1.00, jiná individuální hodnota musí být předem stanovena VZP a zařazena do smlouvy.

Pro doklad 02 a 02s je počítán hospitalizační paušál za léčivé přípravky podle následujícího algoritmu:

Paušál na léky je vázán na vykázané výkony s hodnotou atributu **OME = "D"**, tj. počítá se za některé ošetrovací dny (dále jen OD). Tyto kódy dále nazýváme pobytovými dny.

$$HP = POVPD \times ODB.KOD.PH1(DATUM) \times RPP.IČZ.ODB.KHP(DATUM)$$

kde značí

HP ... hospitalizační paušál za léčivé přípravky na dokladu

POVPD ... počet výkonů s významem pobytový den v lůžkovém PZS, vykázaných na dokladu 02 nebo 02s

ODB.KOD.PH1(DATUM) ... hodnotu hospitalizačního paušálu pro pobytový den v dané hlavičkové odbornosti

RPP.IČZ.ODB.KHP(DATUM) ... koeficient hospitalizačního paušálu, nasmlouvaný pro danou odbornost se PZS.

2.2.03. Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP

Doklad "03" lze připojit pouze k výkonovým dokladům 01, 02 a 06. Na dokladu 03 se vykazují současně zvlášť účtované léčivé přípravky (skupina 1 – LEKY, skupina 2 – IVLP) a zvlášť účtované materiály (skupina 3 – ZP). Pravidla pro výpočet úhrady pro jednotlivé skupiny se liší, proto jsou dále uvedena odděleně.

Atributy z průvodního listu dávky

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
DTYP	- Typ dávky	

Atributy z hlavičky dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
HCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
HICO	- IČZ.IČZ PZS / na existenci v registru RPP	E
	/ na platnost smlouvy v RPP	E
HROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP	E
HODB	- odbornost v hlavičce dokladu / na existenci v číselníku ODB	E
	/ na existenci IČZ.IČP.ODB v RPP	E

Atributy z řádku dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
LDAT	- datum podání léčivého přípravku nebo ZP/ patří do období v hlavičce dávky, nebo do předcházejících období	E
LTPR	- skupina léčivých přípravků nebo ZP /povolena hodnota 1 až 3	E
LKOD	- kód léčivého přípravku nebo ZP / platnost v příslušném číselníku podle data podání na řádku dokladu	E
LMNO	- množství podaného léčivého přípravku nebo ZP	W
LFIN	- cena za množství podaného léčivého přípravku nebo ZP	

Atributy z číselníků

Podle skupiny léčivých přípravků a ZP se pro ohodnocení řádků dokladu používají číselníky:

skupina 1 LEKY - Číselník hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin

pro zvláštní lékařské účely
 skupina 2 IVLP - Číselník individuálně vyráběných léčivých přípravků
 skupina 3 PZT - Číselník zdravotnické prostředky
 Atributy těchto číselníků jsou uvedeny dále, pro jednotlivé skupiny.

Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ.IČP	- pracoviště IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb
RPP.IČZ.IČP.ODB	- nasmlouvaná odbornost na pracovišti PZS
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Hodnota dokladu

Počítá se podle následující tabulky pro všechny skupiny léčivých přípravků a ZP na dokladu 03. Pravidla pro ohodnocení řádku dokladu se liší pro jednotlivé skupiny léčivých přípravků a ZP a jsou uvedena dále v samostatných částech.

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	Σ HŘ	Pozn. 1
DÁVKY - HDA		Pozn. 2

Pozn. 1.: Úhrada dokladu je součtem úhrady za jednotlivé řádky a je uvedena v následujících tabulkách.

Pozn. 2.: Doklady 03 netvoří samostatnou dávku, jsou vždy připojeny k dokladům 01, 02, nebo 06. Hodnota připojených dokladů 03 se k těmto dávkám připočítává jako HDO03.

Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 1 - LEKY

Atributy z číselníku LEKY

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
LEKY.KOD.UPO	UPO	- plná nebo částečná úhrada ("T", "N", NULL)
LEKY.KOD.ZVL	ZVL	- zvláštní položka
LEKY.KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP
LEKY.KOD.MFC	MFC	- konečná cena
LEKY.KOD.OME	OME	- preskripční omezení
LEKY.KOD.PRO	PRO	Indikační omezení
LEKY.KOD.LIM	LIM	- limit (Z, L, H, X, O, K, T, U, B)

Pokud je vyplněna alespoň jedna z cen MAX nebo MFC, je hodnota řádku pro LEKY na tomto dokladu limitována touto cenou.

LFIN	MAX	MFC	ÚHRADA
+	+	+	$\min(\text{LFIN}, \text{MAXxLMNO}, \text{MFCxLMNO})$
		NULL	$\min(\text{LFIN}, \text{MAXxLMNO})$
	NULL	+	$\min(\text{LFIN}, \text{MFCxLMNO})$

			Pokud LFIN > MAX, nebo MAX neuvedeno v číselníku, podléhá schválení RL
--	--	--	--

Standardní úhrada řádku **SHŘ** je podle následujícího postupu přiznána, dána ke schválení RL (řádek dokladu je označen symbolem “S”), dána na vědomí RL (řádek dokladu, který je označen symbolem “W”) nebo je řádek dokladu odmítnut (řádek dokladu je označen symbolem “E”). Dále je zapotřebí pro tuto část zavést některé pojmy:

.... Dále je zapotřebí pro tuto část zavést některé pojmy:

- **OLÚ** vykazuje doklad 03 v dávce 99 (**DTYP** = 99) s hlavičkovou odborností dokladu **HODB** = _U_,
- ošetrovací lůžko **OŠL** se pozná tak, že vykazuje doklad 03 v dávce 99 s hlavičkovou odborností dokladu **HODB** = 9_9,
- **Intenzivní péče** vykazuje ZULP na dokladu 03 v dávce 99 s hlavičkovou odborností dokladu **HODB** = _I_, _T_,
- **Standardní lůžková péče** vykazuje doklad 03 v dávce 99 s hlavičkovou odborností dokladu **HODB** = _H_, nebo _F_,
- **Ambulantní péče** vykazuje doklad 03 v dávce 90, nebo 98 s hlavičkovou odborností dokladu, která nemá na prostřední pozici písmeno,
- **Doklad 03 vykázaný v dávce 82** se ohodnotí jako vykázaný ve standardní lůžkové péči (hospitalizační),
- **Doklad 03 vykázaný v dávce 90** s hospitalizační odborností žadatele i poskytovatele se ohodnotí jako vykázaný ve standardní lůžkové péči (hospitalizační),
- **Doklad 03 vykázaný v dávce 90** s odborností intenzivní péče žadatele i poskytovatele se ohodnotí jako vykázaný v intenzivní péči,
- **Doklad 03 vykázaný v dávce 99** s odborností žadatele 9U7 (LDN) se ohodnotí jako vykázaný ve standardní lůžkové péči (hospitalizační).

Postup přiznání úhrady

Pokud LFIN > MAX nebo MAX = NULL, **potom**
HŘ = LFIN, řádek se označí “S”

Pokud UPO = “N”, **potom**
HŘ = 0,00 Kč, “E”

Pokud LIM = “ ”, “Z”, “L” nebo “H”, **potom**
HŘ = 0,00 Kč, “E”

Pokud LIM = “X”, **potom**

Pokud dávka není 99 (hospitalizační), **potom**
HŘ = 0,00 Kč, “E”

Pokud dávka je 99 (hospitalizační), **potom**

Pokud dávka přišla z OLU nebo OŠL, **potom**
HŘ = 0,00 Kč, “E”

Pokud dávka nepřišla z OLU nebo OŠL, **potom**
HŘ = SHŘ, “S”

Pokud LIM = “O”, **potom**

Pokud dávka není 99 (hospitalizační), **potom**

$$H\check{R} = SH\check{R}$$

Pokud dávka je 99 (hospitalizační), **potom**

$$H\check{R} = 0,00 \text{ Kč, "E"}$$

Pokud LIM = "K", **potom**

Pokud dávka není 99 (hospitalizační), **potom**

$$H\check{R} = SH\check{R}$$

Pokud dávka je 99 (hospitalizační), **potom**

Pokud dávka přišla z OLU nebo OŠL nebo z intenzivní péče, **potom**

$$H\check{R} = 0,00 \text{ Kč, "E"}$$

Pokud dávka nepřišla z OLU nebo OŠL nebo intenzivní péče, **potom**

$$H\check{R} = SH\check{R}$$

Pokud LIM = "T", **potom**

Pokud dávka není 99 (hospitalizační), **potom**

$$H\check{R} = 0,00 \text{ Kč, "E"}$$

Pokud dávka je 99 (hospitalizační), **potom**

Pokud dávka přišla z intenzivní péče, **potom**

$$H\check{R} = SH\check{R}$$

Pokud dávka nepřišla z intenzivní péče, **potom**

$$H\check{R} = 0,00 \text{ Kč, "E"}$$

Pokud LIM = "U", **potom**

Pokud dávka není 99 (hospitalizační), **potom**

$$H\check{R} = 0,00 \text{ Kč, "E"}$$

Pokud dávka je 99 (hospitalizační), **potom**

Pokud dávka přišla z OLU nebo OŠL, **potom**

$$H\check{R} = 0,00 \text{ Kč, "E"}$$

Pokud dávka nepřišla z OLU nebo OŠL, **potom**

$$H\check{R} = SH\check{R}$$

Pokud LIM = "B", **potom**

$$H\check{R} = SH\check{R}$$

Pokud PRO = "P", **potom**

HŘ je již spočítána podle předchozího postupu, pokud řádka není označena "S", nebo "E", označí se "W"

Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 2 - IVLP

Atributy z číselníku IVLP

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
IVLP.KOD.ZVL	ZVL	- Zvláštní položka
IVLP.KOD.MAX	MAX	- Maximální úhrada VZP
IVLP.KOD.MFC	MFC	- Konečná cena

Podskup. 13 (radiofarmaka) může ZZ vykazovat pouze v odbornostech 407, 4H7 a 4F7, (4_7)

Podskup. 15 může PZS vykazovat pouze v odbornosti 202 a 222.

Výpočet úhrady

LFIN	MAX	ÚHRADA
+	+	min(LFIN, MAXxLMNO)

	NULL		LFIN
NULL	+		MAXxLMNO
	-		doklad se odmítne

Poznámky

Pokud LFIN > MAX, nebo MAX neuvedeno v číselníku, podléhá schválení RL.

Pro podskupinu 12 (transfuzní přípravky), 13 (radiofarmaka) a 15 (autologní transfuzní přípravky) nemusí být LFIN vyplněna. Pokud v číselníku IVLP není uvedena cena MAX a na dokladu 03 není uvedena požadovaná cena LFIN, nebo LFIN je nulová (= 0,00), doklad se odmítne.

Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 3 - ZP

Atributy z číselníku PZT

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
PZT.KOD.UPO	UPO	- plná nebo částečná úhrada ("I", "R", "J", NULL)
PZT.KOD.ZVL	ZVL	- zvláštní položka
PZT.KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP
PZT.KOD.MFC	MFC	- konečná cena
PZT.KOD.PRO	PRO	- preskripční omezení

Hodnota řádku pro ZP na tomto dokladu je limitována cenou MAX z číselníku PZT, pokud je v číselníku uvedena.

Výpočet úhrady

Pokud PRO = "P", **potom** je doklad odmítnut s tím, že ZP se hradí pouze na dokladu 13, 12, 14.

LFIN	MAX	MFC	ÚHRADA
+	+	+	min(LFIN, MAXxLMNO, MFCxLMNO)
	NULL		min(LFIN, MFCxLMNO)

Poznámky

Pokud LFIN > MAX, nebo MAX neuvedeno v číselníku, podléhá schválení RL.

Stomatologické výrobky, skupina 4 - STOMAG

Stomatologické výrobky se vykazují na dokladu 03s. Doklad "03s" lze připojit pouze k výkonovým dokladům 01s a 02s. Na dokladu 03s lze v ambulanci vykázt pouze kódy z číselníku Stomatologické výrobky, nikoliv léčivé přípravky ze skupiny 1 a 2 (LEKY a IVLP), ani PZT ze skupiny 3 (ZP).

Hodnota řádku pro stomatologické výrobky na tomto dokladu je limitována cenou MAX z číselníku STOMAG, pokud je v číselníku uvedena.

Atributy z hlavičky dokladu

Pro kontrolu a ohodnocení dokladu se používají stejné atributy jako u dokladu 03.

Atributy z řádku dokladu

Pro kontrolu a ohodnocení dokladu se používají stejné atributy jako u dokladu 03 s tím, že se jedná o stomatologický výrobek. Navíc se kontrolují atributy určující lokalizaci. Pokud je vyplnění v číselníku "Lokalizace" povinné, neuvedení lokalizace na dokladu vede k odmítnutí řádku.

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
LDAT	- datum podání stomatologického výrobku / patří do období v hlavičce dávky, nebo do předcházejících období	E
LTPR	- skupina stomatologického výrobku / povolena hodnota 4	E
LKOD	- kód stomatologického výrobku / platnost v příslušném číselníku podle data podání na řádku dokladu	E
LMNO	- Množství podaného stomatologického výrobku (pokud neuveden = 1)	E
LFIN	- cena za množství podaného stomatologického výrobku	

Atributy z číselníků

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
STOM.KOD.UPO	UPO	- Úhrada pojišťovnou = "I" - hradí v plném rozsahu = "N" - nehradí = "C" - hradí se ve výši uvedené v Kč u atributu MAX = " " - prázdný, hradí se MAX
STOM.KOD.ZVL	ZVL	- Zvláštní položka
STOM.KOD.STC	ORC	- Kalkulovaná cena
STOM.KOD.MAX	MAX	- Maximální úhrada VZP
STOM.KOD.MAM	MAM	- Maximální možné množství
STOM.KOD.PVK	PVK	- Povinné vyplnění kvadrantu
STOM.KOD.PVZ	PVZ	Povinné vyplnění zubu v kvadrantu

Atributy z registrů

Pro kontrolu a ohodnocení dokladu se používají stejné atributy jako u dokladu 03.

Výpočet úhrady a akce revizního lékaře

Pokud je na řádku dokladu v ambulantní dávce uvedena skupina LTPR 1, 2 nebo 3, doklad se odmítne.

Úhrada jednoho řádku se vypočte takto:

Pokud vykázané množství je větší než maximálně možné množství, pro výpočet hodnoty řádku se použije “upravené množství” (UMNO), které se rovná maximálně MAM. Obě množství se vytisknou do validačního protokolu.

Pokud $LMNO > MAM$, potom

UMNO = MAM

; LMNO a MAM se protokuluje

Pokud $LMNO < MAM$, potom

UMNO = LMNO

Pokud $ZVL = “Z”$, potom se řádek dokladu předkládá RL ke schválení

Pokud RL schválí, potom

$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times MAX)$

Pokud RL neschválí, potom

$HŘ = 0.00$

Pokud $UPO = “C”$ nebo $“I”$, potom

Pokud $LFIN \leq (UMNO \times MAX)$, potom

$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times MAX)$

Pokud $LFIN > (UMNO \times MAX)$, potom se řádek předloží RL k vyjádření

Pokud RL neschválí vyšší úhradu, potom

$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times MAX)$

Pokud RL schválí vyšší úhradu, nejvýše do ceny ORC, potom

$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times ORC)$

Pokud $UPO = “ ”$, potom

$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times MAX)$

Pokud $UPO = “N”$, potom se řádek předloží RL k vyjádření

Pokud RL neschválí úhradu nehrazené položky, potom

$HŘ = 0,00$

Pokud schválí úhradu nehrazené položky (nejvýše do ceny ORC), potom

$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times ORC)$

Poznámka

Pokud $LFIN > MAX$, nebo MAX neuvedeno v číselníku, podléhá schválení RL.

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	$\Sigma HŘ$	Pozn. 1
DÁVKY - HDA		Pozn. 2

Pozn. 1.: Úhrada dokladu je součtem úhrady za jednotlivé řádky a je uvedena v předcházejících tabulkách.

Pozn. 2.: Doklady 03s tvoří samostatnou dávku, jsou vždy připojeny k dokladům 01s, nebo 02s. Hodnota připojených dokladů 03s se k těmto dávám připočítává jako HDO03.

2.2.05. Vyúčtování výkonů nepravidelné péče

Doklad 05 nahrazuje více ambulantních individuálních dokladů na jednom tiskopise. Používá se pro vykazování LSPP, jednorázové ošetření mimo trvalé bydliště a pro vybrané jednorázové hromadné ošetření skupiny pojištěnců. Výpočet hodnoty dokladu a dávky

dokladů je stejný jako výpočet hodnoty dokladu 01 s tím, že dávka dokladů 05 neobsahuje doklady 03 (nelze vykázat ZULP ani ZUM).

Pro výpočet hodnoty dokladu se používají obdobné atributy a stejný způsob ohodnocení jako u dokladu 01.

2.2.06. Poukaz na vyšetření/ošetření

Doklad 06 má podobné datové rozhraní jako doklad 01 s tím, že doklad 06 využívá atributy EICZ – identifikační číslo pracoviště žadatele a EODZ - odbornost žadatele v hlavičce dokladu. Tyto atributy se v dokladu 01 nevyplňují.

Pro výpočet hodnoty dokladu se používají obdobné atributy jako u dokladu 01. Výpočet hodnoty dokladu je stejný jako u dokladu 01 a platí pro všechny varianty dokladu 06.

Atributy z hlavičky dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
EICZ	- identifikační číslo pracoviště žadatele	E
EODZ	- odbornost žadatele v hlavičce dokladu	E
	/ na existenci v číselníku ODB	
	/ na existenci ve smlouvě v RPP	W
	/ na povinné vyplnění	E
EROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP	E
EZDG	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4	E
	je-li v položce ZNA uvedena "*"	

Pokud je odbornost poskytovatele ambulantní a odbornost žadatele hospitalizační a číslo výkonu má příznak OME="A", **potom** se výkon odmítne

Pokud je odbornost poskytovatele ambulantní a odbornost žadatele ambulantní a číslo výkonu má příznak OME = "H", **potom** se výkon odmítne

Pokud je odbornost poskytovatele hospitalizační a odbornost žadatele ambulantní a číslo výkonu má příznak OME="A" nebo "H", **potom** se výkon odmítne

Pokud je odbornost poskytovatele hospitalizační a odbornost žadatele hospitalizační a číslo výkonu má příznak OME="A", **potom** se výkon odmítne

Výpočet hodnoty

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
ŘADKU - HŘ	$VPOC \times (BOD \times HB) + VPOC \times PMAT$	Pozn. 1
DOKLADU - HDO	$\sum HŘ$	
DÁVKY - HDA	$\sum HDO + \sum HDO03$	Pozn. 2

Pozn. 1.: Hodnota BOD a PMAT platná k datu provedení. V případě odborností komplementu je v současné době HB nulová a doklad se při zpracování ohodnotí v bodech. Po skončení období se úhrada pro PZS za všechny dávky v daném období spočte v sestupné hodnotě bodu.

Pozn. 2.: Doklady 03 netvoří samostatnou dávku, jsou vždy připojeny k dokladům 01, 02 (01s, 02s) nebo 06. Hodnota připojených dokladů 03 - HDO03 - se k těmto dávkám připočítává (výpočet jejich hodnoty viz kapitola 2.2.03).

2.2.10. Recept

Atributy dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
RROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP	E
RDAT	- datum vydání / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období	E
RLEK	- identifikační číslo předepisujícího pracoviště	E
RZVL	- povolení zvl. položky RL (V případě povolení RL RZVL = “X”, jinak nevyplněno)	S
RCI _k	- skupina léčivých přípravků 1 nebo 2	E
RKO _k	- kód léčivého přípravku / platnost v číselníku podle data RDAT	E
RMN _k	- množství podaného léčivého přípravku (pokud neuvedeno = 1)	
RFI _k	- cena vykázaná na dokladu za množství podaného léčivého přípravku, kde = 1 nebo 2, pro první nebo druhý předepsaný léčivý přípravek	
RPZU _k	- příznak požadované zvýšené úhrady (pokud je požadována zvýšená úhrada, tak RPZU _k = “Z”, jinak nevyplněno) /pokud = “Z” a pokud LEKY.KOD.LEG_JUHR2 = “Z”	E
RDOP _k	- příznak uplatnění „doprodejové ceny“ (“D”, jinak nevyplněno)	

HL - Hodnota léčivého přípravku (výše úhrady za léčivý přípravek)

k - index položek nabývá hodnot 1 nebo 2, pro první nebo druhý předepsaný léčivý přípravek

j - index položky RCI vyjadřuje 1. nebo 2. skupinu léčivého přípravku

Atributy z registru

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČP	- identifikační číslo pracoviště
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Atributy z číselníků

Podle skupiny léčivého přípravku se pro ohodnocení receptu používají číselníky:

skupina 1 - LEKY - Číselník hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely

skupina 2 - IVLP - Číselník individuálně vyráběných léčivých přípravků

V jednotlivých číselnících pak následující atributy:

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
KOD.ZVL	ZVL	- zvláštní položka („Z“ – musí schválit RL)
KOD.MFC	MFC	- konečná cena
KOD.DNC	DNC	- příznak dohodnuté nejvyšší ceny („X“, jinak „Y“ nebo nevyplněno)
KOD.LIM _i	LIM _i	- limit pro použití LP („Z“, „L“, „H“, „O“, „K“, „T“, „U“, „B“, „E“, „W“, „A“, „D“, „C“, „S“)
KOD.LEG_JUHR _i	LEG_JUHR _i	- právní základ pro stanovení i-té úhrady („P“, „I“, „Q“, „O“, „G“, „D“, „Z“, „X“, „A“, „S“, „M“, „V“, NULL)
KOD.PUHR _i	PUHR _i	- způsob úhrady pojišťovnou „I“, „J“, „U“ - plná, NULL - částečná, „N“ - nehrazeno)
KOD.UHR _i	UHR _i	- maximální úhrada VZP dle úhradové sady i
KOD.JUHR _i _PLATDO	JUHR _i _PLA TDO	- datum platnosti dočasné úhrady / / je-li vyplněno a současně LEG_JUHR _i ≠ „D“, tak chyba E

i - index položek nabývá hodnot 1, 2 nebo 3, pro první, druhou nebo třetí sadu cen pro úhradu

Výpočet úhrady léčivého přípravku skupiny 1 – LEKY

Je-li u léčebného přípravku (dále LP)

- LIM_i = NULL, „E“ nebo „L“ lze uvést na receptu kdykoli
- LIM_i = „Z“, „V“, „W“ – uvedení na receptu musí schválit revizní lékař
- LIM_i = jinak – na receptu uvést nelze – doklad se odmítne

Je-li u LP na dokladu uvedeno RZVL_k = „X“, nebo v číselníku ZVL = „Z“, pak chyba Speciál – musí schválit RL.

Je-li na dokladu uvedeno RDOP_k = „D“ jde o požadavek k úhradě s použitím doprodejové ceny MFC, tzn. maximální ceny MFC za poslední tři měsíce. Je-li některá z MFC za poslední tři měsíce nevyplněna, pak se cena MFC nevybírám jako maximální, ale do výpočtu cena MFC vstupuje jako nevyplněná a níže uvedený vzorec $\min(\text{MFC}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$ je nahrazen hodnotou RFI_k.

Pro stanovení ceny (CENA) a pro stanovení úhrady, na kterou může následně revize cenu oříznout (MAXU) platí:

Je-li:

- PUHR_{ik} = „N“ (nehrazená léčiva) a je-li
 - RZVL_k = NULL => CENA = 0
MAXU ... nestanovuje se
 - RZVL_k = „X“ => CENA = $\min(\text{MFC}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$
MAXU ... nestanovuje se
- (PUHR_{ik} = „I“, „J, nebo „U“) nebo (PUHR_{ik} ≠ „N“ a RZVL = „X“)

=> CENA = $\min(\text{MFC}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$

$$\text{MAXU} = \text{UHR}_{ik} * \text{RMN}_k$$

- 3) ($\text{PUHR}_{ik} \neq \text{"T"}, \text{"J"}, \text{"U"} \text{ nebo } \text{"N"} \text{) a } \text{RZVL} = \text{NULL}$
- a) $\text{DNC}_k = \text{"Y"} \text{ nebo } \text{NULL} \Rightarrow \text{CENA} = \min(\text{UHR}_{ik} * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$
 $\text{MAXU} = \text{UHR}_{ik} * \text{RMN}_k$
 - b) $\text{DNC}_k = \text{"X"} \text{ a } \text{MFC}_k < \text{UHR}_{ik} \Rightarrow \text{CENA} = \min(\text{MFC}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$
 $\text{MAXU} = \text{UHR}_{jk} * \text{RMN}_k$
 - c) $\text{DNC}_k = \text{"X"} \text{ a } \text{MFC}_k \geq \text{UHR}_{ik} \Rightarrow \text{CENA} = \min(\text{UHR}_{ik} * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$
 $\text{MAXU} = \text{UHR}_{ik} * \text{RMN}_k$

Výběr cenové sady k úhradě

Je-li:

- 1) $\text{RPZU}_k = \text{NULL} \Rightarrow$ vezmou se ceny z 1. sady číselníku (tzn. $i = 1$)
- 2) $\text{RPZU}_k = \text{"Z"} \text{ a je-li}$
 - a) $\text{LEG_JUHR2}_k = \text{"Z"} \text{ - vezmou se ceny ze 2. sady (tzn. } i = 2)$
 - b) $\text{LEG_JUHR2}_k = \text{"X"} \text{ - vezmou se ceny ze 2. sady (tzn. } i = 2), \text{ navíc se}$
vypíše chyba Warning „Pro LP je v LEG_JUHR2
uveden symbol X“
 - c) $\text{LEG_JUHR2} \neq (\text{"Z"}, \text{"X"}) \text{ - chyba Error („Léčivo s vykázaným RPZU=Z}$
nemá $\text{LEG_JUHR2}=\text{"Z"} \text{) a doklad se}$
odmítne.

Dále Pokud $\text{CENA} > \text{MAXU} \Rightarrow$ chyba Speciál – Kalkulovaná cena vyšší než maximální úhrada a dále:

- a) pokud je nalezena výjimka v DRL $\Rightarrow$ je aplikována výjimka
- b) pokud neexistuje výjimka v DRL $\Rightarrow$ schvalování RL $\Rightarrow$ může dojít k
oříznutí úhrady na MAXU

Výpočet úhrady léčivého přípravku skupiny 2 - IVLP

Pokud $\text{ZVL} = \text{"Z"} \text{ NEBO } \text{LIM1} = \text{"Z"} \Rightarrow$ recept se označí symbolem "S" – musí ho
schválit RL (tato větev je využívána pro interní položky)

Pokud $\text{RZVL} = \text{"X"} \Rightarrow$ recept se označí symbolem "S" – musí ho schválit RL

Pokud $\text{RPZU} = \text{"Z"} \text{ a pokud } \text{UHR2} \neq 0,00 \Rightarrow \text{CENA} = \min(\text{UHR2}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$
pokud $\text{UHR2} = 0,00 \Rightarrow \text{CENA} = 0,00$

Pokud $\text{RPZU} = \text{NULL} \Rightarrow \text{CENA} = \min(\text{UHR1}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$

Poznámka:

V dále uvedené tabulce jsou uvedené další, historicky využívané – v algoritmu stále
funkční větve. Tyto nemohou být nyní využívány z důvodu nastavení v číselníku IVLP
položek UHR1 a UHR2, které jsou vždy vyplněné, položky MFC, která naopak vyplněná
nikde není a povinného vyplnění RFI_k na dokladu.

RVZL	RPZU	LIM1	RFI	UHR	MFC	ÚHRADA	POZNÁMKA
+			+	NULL	NULL +	RFI_k $\min(RFI_i, MFC \times RMN_i)$	
			NULL	+	NULL	0,00	

Hodnota dokladu se počítá pro jeden, nebo dva léčivé přípravky podle vyplnění receptu.

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	ΣHL	
DÁVKY - HDA	ΣHDO	

Dále Pokud $CENA > MAXU \Rightarrow$ chyba Speciál – Kalkulovaná cena vyšší než maximální úhrada a dále

a) pokud je nalezena výjimka v DRL $\Rightarrow$ je aplikována výjimka

b) pokud neexistuje výjimka v DRL – schválení RL $\Rightarrow CENA =$ může dojít k oříznutí úhrady

2.2.12. Poukaz na brýle a optické pomůcky

Atributy dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
BROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP	E
BDAT	- datum vydání pomůcky / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období	E
BDNE	- Datum vystavení poukazu na brýle / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období	E
BLEK	- identifikační číslo předepisujícího pracoviště	E
BZVL	- povolení zvl. položky nebo zvýšení úhrady RL / / pokud = "X" a pokud ZP.KOD. ZVL= "Z" / pokud = " " a pokud ZP.KOD. ZVL= "Z"	S E
BDG1	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 <i>je-li v položce ZNA uvedena "*"</i>	E E
	<i>je-li délka vykázané diagnózy = 3, pak: pokud existuje její 4- místné rozšíření</i>	S
MKO1	- kód ZP, platnost v číselníku podle data BDAT	E
	- množství je vždy = 1	
MFII	- cena za množství vydané pomůcky	

Pozn.: 1) MKO1 a MFII se může opakovat 10x. Na jednom řádku poukazu se vykazuje množství vždy = 1.

2) Algoritmus vyhodnocení kódu diagnózy k hodnotě $ZNA = "+"$ nebo $"-"$ uvedenou číselníku JDG4 nepřihlíží

Atributy z číselníků

Pro ohodnocení poukazu se používá Číselník zdravotnické prostředky - PZT - (skupina 3, podskupina 09), v číselníku pak následující atributy:

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
PZT.KOD.UPO	UPO	- plná nebo částečná úhrada ("I", NULL)
PZT.KOD. ZVL	ZVL	- zvláštní položka
PZT.KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP
PZT.KOD.MFC	MFC	- konečná cena
PZT.KOD.UHP	UHP	- úhrada v procentech

Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ	- IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Výpočet úhrady

UHP	UPO	MAX	MFC	BZVL	ÚHRADA
NULL		+		NULL	min(MFI1, MAX)
		NULL	+		min(MFI1, MFC)
			+	+	min(MFI1, MFC)
NULL	+	+		NULL	min(MFI1, MAX)
		NULL	+		min(MFI1, MFC)
			+	+	min(MFI1, MFC)

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
ŘÁDKU - HŘ	ÚHRADA VYDANÉ POMŮCKY	Pozn. 1
DOKLADU - HDO	Σ HŘ	Pozn. 2
DÁVKY - HDA	Σ HDO	

Pozn. 1.: Úhrada vydané pomůcky podle předchozí tabulky.

Pozn. 2.: Úhrada poukazu je součtem úhrady všech pomůcek (řádků).

Omezení

V případě, že BZVL = "X" a současně MFI1 > MAX nebo MAX = NULL, podléhá schválení RL

2.2.13. Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

Atributy dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
OROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP	E
ODAT	- datum vystavení poukazu	
OLEK	- identifikační číslo předepisujícího pracoviště	E
OZVL	- povolení zvl. položky nebo zvýšení úhrady RL / / pokud = "X" a pokud PZT.KOD.ZVL = "Z" / pokud = " " a pokud PZT.KOD.ZVL = "Z"	S E
OKO1	- kód ZP / platnost v číselníku podle data ODAT	E
OMN1	- množství = 1 až 9	
OFI1	- cena za množství vydané pomůcky	
OFI2	- doplatek	
ODG1	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 je-li v položce ZNA uvedena "*"	E
ODAV	- datum vydání pomůcky / patří do období v hlavičce dávky, nebo do předcházejících období	E

Atributy z číselníků

Pro ohodnocení poukazu se používá Číselník zdravotnické prostředky - PZT - (skupina 3, mimo podskupiny 08 a 09), v číselníku pak následující atributy:

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
PZT.KOD.ZVL	ZVL	- zvláštní položka
PZT.KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP
PZT.KOD.MFC	MFC	- konečná cena
PZT.KOD.UPO	UPO	- způsob úhrady pojišťovnou ("I", "R", "J" nebo NULL)
PZT.KOD.TYP	TYP	- typ ZP
PZT.KOD.PRO	PRO	- preskripční omezení
PZT.KOD.OME	OME	- specifikace PRO
PZT.KOD.UHP	UHP	- úhrada v procentech

Atributy z registru

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ	- IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Výpočet úhrady pomůcky

Dále uvedený výpočet úhrady platí pro dávku vlastních poukazů (vypsaných i vydaných ve stejném ÚP). Ke speciálům ("S") na cizích (vydaných v jiném ÚP než ve kterém byly vypsaný) poukazech se RL neumí vyjádřit a jeho akce nemají smysl. Úhrada pro speciály se počítá podle atributu dokladu OZVL. Pokud je vyplněn, předpokládáme, že poukaz byl revizním lékařem schválen, pokud je prázdný, pak se úhrada počítá jako pro neschválený poukaz. Po transportu poukazů na ÚP za předepisujícím lékařem je vytištěna sestava speciálů pro kontrolu RL této cílové Pojišťovny.

Pokud PRO = "M", potom

je doklad odmítnut s tím, že ZP se hradí pouze na dokladu 03

Pokud TYP = “08” nebo “09”, **potom**
je doklad odmítnut s tím, že ZP se hradí na jiném poukazu

Pokud ZVL = “Z”, **potom**

je vyhodnocen atribut dokladu OZVL

Pokud OZVL = “X”, **potom** je poukaz předložen RL ke schválení

Pokud RL schválí, **potom** se úhrada počítá podle atributu UPO

Pokud RL neschválí, **potom** úhrada = 0,00

Pokud OZVL = “ ”, **potom** je poukaz odmítnut

Pokud UPO = “I”, **potom** úhrada = OFI1

Pokud $OFI1 > 1,5 \times (OMN1 \times MFC)$, **potom**
je poukaz předložen RL na vědomí

Pokud UPO = “R”, **potom**

úhrada = $\min(OFI1, (MAX \times OMN1))$

Pokud UPO = “ ”, **potom**

Pokud $OFI1 \leq (MAX \times OMN1)$, **potom**

úhrada = $\min(OFI1, (MAX \times OMN1))$

Pokud $OFI1 > (MAX \times OMN1)$, **potom** se musí vyjádřit RL

Pokud RL schválí, **potom**

úhrada = $\min(OFI1, (MFC \times OMN1))$

Pokud RL neschválí, **potom**

úhrada = $\min(OFI1, (MAX \times OMN1))$

Pokud UHP není prázdné a UPO nemá hodnotu “R”, **potom**

Pokud MAX = null **potom**

úhrada = $(OFI1 \times OMN1 \times UHP/100)$

Pokud MAX $\neq$ null **potom**

úhrada = $(\min(OFI1 \times OMN1 \times UHP/100), (MAX \times OMN1))$

Pro výpočet hodnoty dokladu se berou hodnoty MAX, MFC .

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	ÚHRADA VYDANÉ POMŮCKY	
DÁVKY - HDA	Σ HDO	

2.2.14. Poukaz na foniatrickou pomůcku**Atributy dokladu**

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
FROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP	E
FDAT	- datum vydání pomůcky / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období	E
FLEK	- identifikační číslo předepisujícího pracoviště	E
FZVL	- povolení zvl. položky nebo zvýšení úhrady RL / / pokud = "X" a pokud PZT.KOD.ZVL = "Z"	S
	/ pokud = " " a pokud PZT.KOD.ZVL = "Z"	E
MKO2	- kód indikační skupiny (stupeň postižení), kontroluje se v případě, že alespoň jeden z kódů MKO1 má v číselníku PZT.KOD.SKP = "S"	E
	/ platnost v číselníku podle data FDAT	E
	/ PZT.KOD.SKP = "X"	
FDG1	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4	E
	<i>je-li v položce ZNA uvedena "*"</i>	E
	<i>je-li délka vykázané diagnózy = 3, pak: pokud existuje její 4-místné rozšíření</i>	S

Pozn.: Algoritmus vyhodnocení kódu diagnózy k hodnotě ZNA="+" nebo "-" uvedenou číselníku JDG4 nepřihlíží

Atributy z řádku dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
MKO1	- kód vydané pomůcky	
	/ platnost v číselníku podle data FDAT	E
	/ PZT.KOD.SKP <> "X"	E
	/ pokud PZT.KOD.SKP = "S", musí být MKO2 vyplněno a MKO2 musí mít v číselníku PZT.KOD.SKP = "X"	E
MF11	- cena za vydanou pomůcku	

Atributy z číselníků

Pro ohodnocení poukazu se používá Číselník zdravotnické prostředky - PZT - (skupina 03, podskupina 08), v číselníku pak následující atributy:

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
PZT.KOD.ZVL	ZVL	- zvláštní položka
PZT.KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP je v následující tabulce uvedena
		- jako MAX1 pro hodnotu sluchadla nebo příslušenství vykázané kódem MKO1 (SKP="S")
		- jako MAX2 pro indikační skupinu (stupeň postižení) vykázaný kódem MKO2 (SKP="X")
PZT.KOD.MFC	MFC	- konečná cena

PZT.KOD.SKP	SKP	- stupeň postižení
		- má hodnotu "X", pokud kód vyjadřuje indikační skupinu,
		- má hodnotu "S" pro sluchadlo,
		- má hodnotu " " pro příslušenství

Atributy z registru

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ	- IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Výpočet hodnoty

Úhrada sluchadla je závislá na stupni postižení pojištěnce, stupeň postižení je uveden v číselníku ZP zvláštními kódy, které mají vyplněn atribut PZT.KOD.SKP hodnotou "X". Tento zvláštní kód musí být uveden na dokladu jako MKO2, pokud je na dokladu předepsáno sluchadlo. V záhlaví následující tabulky je uvedena maximální úhrada VZP pro uvedený stupeň postižení jako MAX2.

Maximální úhrada sluchadla nebo příslušenství sluchadla je uvedena v záhlaví následující tabulky jako MAX1. Vlastní sluchadlo nebo příslušenství jsou na dokladu vykázány kódem MKO1.

MAX1	MFC	MAX2	FZVL	ÚHRADA ŘÁDKU
+		+	NULL	min(MFI1, MAX1, MAX2)
		NULL		min(MFI1, MAX1)
NULL	+	+		min(MFI1, MFC, MAX2)
		NULL		min(MFI1, MFC)
	NULL	+		min(MFI1, MAX2)
	+	+	+	min(MFI1, MFC, MAX2)
		NULL		min(MFI1, MFC)
	NULL	+		min(MFI1, MAX2)
		NULL		MFI1

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
ŘÁDKU - HŘ	ÚHRADA VYDANÉ POMŮCKY	
DOKLADU - HDO	Σ HŘ	
DÁVKY - HDA	Σ HDO	

Poznámka: Pokud $MFI1 > MAX1$, podléhá schválení RL

2.2.16. Vyúčtování lázeňské péče**Atributy z hlavičky dokladu**

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
ICLL	- Identifikační číslo v rámci IČZ LZ / na platnost smlouvy v RPP	E
CDOK	- Číslo dokladu / na duplicitu v rámci IČZ a roku	E
IND	- Indikace / na existenci v číselníku typů lázeňské péče	E
COP	- Číslo vysílající Pojišťovny (pro VZP číslo vysílajícího ÚP)/na existenci v číselníku Pojišťovny(ÚP VZP)	E
TYP_LP	- Typ lázeňské péče / “K”, “P”, “D”	E
CP	- Číslo pojištěnce - pacienta / na registr pojištěnců RSZP	E *
CP_PR	- Číslo pojištěnce - průvodce / na registr pojištěnců RSZP	W
DNAST	- Datum nástupu léčení / “-”	E
JMEVYST	- Příjmení a jméno toho, kdo vystavil doklad / “+”	W
DVYST	- Datum vystavení dokladu / “+”	E
KOD_UKO	- Kód ukončení léčby / na číselník Ukončení lázeňské a ozdravné péče	E

*Pokud pojištěnec změní během lázeňské péče pojišťovnu, musí být doklad vrácen lázním k rozdělení.

Atributy z řádky dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
DATOD	- Datum od kdy vznikl “druh nákladu”	E
KOD_NAK	- Kód “druhu nákladu” / kontrola na číselník Náklady lázeňské a ozdravné péče	E
KATEG	- Kategorie ubytování / kontrola na číselník Kategorie ubytování, pouze u ubytování	E
KOD_PRERUS	- Kód přerušení léčby / kontrola na číselník Přerušení lázeňské a ozdravné péče, pouze u ubytování	E
DOBA	- Délka trvání “druhu nákladu” ve dnech	E
SAZBA	- Sazba “druhu nákladu” za den	E
LUZKO	- Musí být vyplněno a >0, pouze u ubytování	E

Atributy z číselníků

Pro kontrolu údajů dokladu se používají číselníky:

LP_NAK	Číselník druhů nákladů na lázeňskou péči.
LP_UKO	Číselník kódů ukončení léčby lázeňské péče.
LP_PRE	Číselník kódů přerušení léčby lázeňské péče.
LP_IND	Číselník indikační skupiny lázeňské péče.
LP_TYP	Číselník typů lázeňské péče.
LP_KUB	Číselník kategorie ubytování

Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ	- IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Výpočet hodnoty

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
ŘADKU - HŘ	HŘ= DOBA* SAZBA	
DOKLADU - HDO	HDO=ΣHR	
DÁVKY - HDA	HDA=ΣHDO	

Výpočet tohoto individuálního účtu pacienta (+ průvodce) je dán počtem dnů x částka cena/den (v Kč).

Konkrétní hodnota položky cena/den obsahuje cenu za ubytování, stravování a léčení a je určena smlouvou ZZ s Pojišťovnou. Prodlužky, přerušení léčby, příp. předčasné ukončení léčby vyjádřené ve dnech se počítají dle platné Metodiky.

Poznámka: Pro příspěvkovou péči se hradí jen léčení (ne doprava, stravování a ubytování).

2.2.23. Vyúčtování ozdravenské péče

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
ICOL	- Identifikační číslo poskytovatele v rámci IČZ OZ / na platnost smlouvy v RPP	E
CDOK	- Číslo dokladu / na duplicitu v rámci IČZa roku	E
CNAVRH	- Číslo návrhu / na duplicitu v rámci roku	E
RNAVRH	- Rok návrhu / v porovnání s DNAST = rok pro MM>6 nebo max. -1 pro ostatní	E
CÚP	- Číslo vysílající Pojišťovny (pro VZP číslo vysílajícího ÚP)/na existenci v číselníku Pojišťovny(ÚP VZP)	E
OPLAN	- Ozdravný plán	E
JMENO	- Příjmení a jméno klienta/pacienta / “ ”	W
CP	- Číslo pojištěnce – klienta/pacienta / na registr pojištěnců RSZP	E *
DNAST	- Datum nástupu / “-”	E
DUKON	- Datum ukončení / “-”	E
DODJ	- Datum odjezdu / “-”	E
JMEVYST	- Příjmení a jméno toho, kdo vystavil doklad / “ ”	E
DVYST	- Datum vystavení dokladu / “+”	E
PROD	- Prodlužky ze dnů pobytu celkem / “ ”	
KOD_UKO	- Kód ukončení / na číselník Ukončení ozdravenské/lázeňské péče	E

*Pokud pojištěnec změní během ozdravenské péče pojišťovnu, musí být doklad vrácen ozdravovně k rozdělení.

Atributy z řádky dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
DATOD	- Datum od kdy vznikl “druh nákladu”	E

KOD_NAK	-	Kód “druhu nákladu” / kontrola na číselník Náklady ozdravenské/lázeňské péče	E
DOBA	-	Délka trvání “druhu nákladu” ve dnech	E
SAZBA	-	Sazba “druhu nákladu” za den	E
CENA	-	Celková cena za "druh nákladu"	
KOD_PRERUS	-	Kód přerušení /kontrola na číselník Přerušení ozdravenské/lázeňské péče	E

Atributy z číselníků

Pro kontrolu údajů dokladu se používají číselníky:

LP_NAK	Číselník druhů nákladů na ozdravenskou/lázeňskou péči.
LP_UKO	Číselník kódů ukončení ozdravenské/lázeňské péče.
LP_PRE	Číselník kódů přerušení ozdravenské/lázeňské péče.
OP_TYP	Číselník typů ozdravenské péče.

Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ	- IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Výpočet hodnoty

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
ŘÁDKU - HŘ	$HŘ = DOBA * SAZBA$	
DOKLADU - HDO	$HDO = \Sigma HŘ$	
DÁVKY - HDA	$HDA = \Sigma HDO$	

Výpočet tohoto individuálního účtu pacienta je dán počtem dnů x částka cena/den (v Kč). Konkrétní hodnota položky cena/den obsahuje cenu za ubytování, stravování a ozdravný pobyt a je určena smlouvou ZZ s Pojišťovnou. Prodlužky, přerušení pobytu, příp. předčasné ukončení vyjádřené ve dnech se počítají dle platné verze Metodiky pořizování a předávání dokladů VZP ČR..

2.2.30. Registrační list

Doklad se vyhodnocuje v kapitačním centru (KC). KC zpracovává doklady všech PZS a od všech pojišťoven. Doklad nemá bodovou ani korunovou hodnotu.

Podle věku určeného z čísla pojištěnce se (podle tabulky věkových indexů pro věkové skupiny) pojištěnec přepočte na počet jednicových pojištěnců. Pro přiřazení je rozhodující měsíc, ve kterém pojištěnec dosáhl věku pro zařazení do věkové skupiny. Součet jednicových pojištěnců PZS v dané odbornosti je podkladem pro výpočet regresního koeficientu. Vypočtený regresní koeficient je pak podkladem pro výpočet kapitační platby jednotlivých pojišťoven.

Definice základních pojmů

Degresní koeficient = koeficient, který vypočte Kapitační centrum dle počtu jednicových pojištěnců všech pojišťoven u jednoho lékaře nebo u jednoho smluvního poskytovatele zdravotních služeb a jedné odbornosti v závislosti na stanoveném, normovanému počtu jednicových pojištěnců. Hodnota tohoto koeficientu se snižuje se zvyšujícím se počtem pojištěnců, a to po překročení stanovené procentní meze počtu přepočtených registrovaných pojištěnců u jednoho lékaře nebo u jednoho smluvního poskytovatele zdravotních služeb a jedné odbornosti.

Uplatnění degresního koeficientu je na rozhodnutí každé zdravotní pojišťovny.

Jednicový pojištěnec = pojištěnec věkové skupiny 15 – 19 let, která je považována za jednotku z hlediska spotřeby zdravotní péče. Chceme-li přepočítat pojištěnce na jednicového, musíme jej vynásobit věkovým indexem dané věkové skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve skupině 15 – 19 let.

Kapitační centrum = bylo zřízeno ve VZP ČR zejména pro vytvoření a aktualizaci Kapitačního registru a registru lékařů v kapitaci, které jsou nezbytné pro rozhodování o oprávněné registraci pojištěnců pojišťoven u praktických lékařů. Dle aktuálního stavu Kapitačního registru přepočítává každý měsíc počty oprávněně registrovaných pojištěnců všech pojišťoven u jednotlivých lékařů na jednicové pojištěnce a vypočítává pro každého lékaře degresní koeficient, který oznamuje všem pojišťovnám pro přepočet kapitačních plateb lékařům.

Kapitační paušál = smluvně stanovená částka za jednoho jednicového pojištěnce.

Kapitační platba = úhrn indexovaných kapitačních paušálů za platně registrované pojištěnce zdravotní pojišťovny v daném měsíci u daného lékaře.

Kapitační registr = slouží pro vedení evidence o registrovaných pojištěncích u praktických lékařů.

Normovaný počet jednicových pojištěnců = počet pojištěnců, který byl stanoven za normu; maximálně ještě při tomto počtu má lékař optimální podmínky pro péči o své pacienty.

Platná registrace = registrace provedená v souladu s platným zněním zákona č. 48/1997 Sb. Registrace je platná rovněž v případech, kdy zákonem stanovená lhůta nemohla být z objektivních důvodů dodržena, např. pro zánik ZZ, ukončení činnosti registrujícího lékaře, změnu bydliště nebo pracoviště pojištěnce. O platnosti registrace nad rámec zákona rozhoduje příslušná pojišťovna.

Poměrné kapacitní číslo = údaj, který vyjadřuje počet ordinačních hodin lékaře za týden. Kapacitní číslo pro jednoho praktického lékaře může být max. 1, i když pracuje ve více ordinacích. Výsledné kapacitní číslo ve více ordinacích se posuzuje vcelku a platí, že je součtem kapacitních čísel ordinací. Platí vztah, že poměrné kapacitní číslo = 1.0 při minimálně 25 hodinách ordinační doby rozložené do všech 5 pracovních dnů (= 0.8 při min. 20 = 0.6 při min. 15 = 0.4 při min. 10), a to včetně hodin vyhrazených pro posuzování pracovní neschopnosti. Do těchto hodin není započítána doba návštěvní služby.

Pokud má praktický lékař nasmlouvanu ještě druhou odbornost (odb. 101 – 709), může být součet poměrných kapacitních čísel lékaře v obou odbornostech až 1,25 za podmínky, že druhá odbornost má poměrné kapacitní číslo minimálně 0,4 a za podmínek dohodnutých s ÚP. Uvedené rozšíření platí i pro vzájemnou kombinaci odborností 001 a 002.

Registrovaný pojištěnec = pojištěnec s platnou registrací.

Registrovaný neplacený pojištěnec = registrovaný pojištěnec bez nároku na kapitační platbu.

Rozhodné datum pro nárok na kapitační paušál = platná registrace pojištěnce u jeho registrujícího lékaře k poslednímu dni v tomto měsíci.

Sporná registrace = registrace, která byla provedena dříve než 3 měsíce od předchozí platné registrace a pojišťovna dosud nerozhodla o její platnosti.

Vyhodnocování registračních listů

Výsledkem vyhodnocení registračního listu je “Platná registrace”, “Odmítnutá registrace”, nebo “Sporná registrace”. Pro vyhodnocení registračního listu je rozhodujícím dnem datum

registrace z Registračního listu. Registrační list se vyhodnotí následujícím postupem:

Pokud pojištěnec není pojištěncem žádné pojišťovny, **potom** se registrace odmítne

Pokud odbornost lékaře je 001 a věk pojištěnce < 14 let **nebo**
odbornost lékaře je 002 a věk pojištěnce > 19, **potom** se registrace odmítne

Pokud pojištěnec není v kapitačním registru registrován u žádného lékaře, **potom**

Pokud na jednoho pojištěnce přijdou dva (více) doklady od různých lékařů, **potom**

Pokud je datum registrace před 1.10.1997, **potom**
je uznána registrace lékaři podle dokladu s nejnovějším datem registrace

Jinak

akceptuje se první zpracováváný registrační list (platná registrace),
druhý registrační list je zpracován s tím, že pojištěnec již je registrován

Jinak

pojištěnec se zaregistruje k lékaři

Jinak

Pokud pojištěnec je v kapitačním registru registrován u lékaře <i>, **potom**

Pokud datum registrace lékaře <k> je starší než u lékaře <i>, **potom**
se registrace odmítne

Jinak

Pokud u lékaře <i> je registrován 3 měsíce a více **nebo**
je u lékaře <i> registrován 1 měsíc a více a pojištěnec je mladší než 6 měsíců,
potom
pojištěnec se k lékaři <k> zaregistruje

pojištěnci se u lékaře <i> zruší registrace
Pokud u lékaře <i> je registrován méně než 3 měsíce **nebo** je u lékaře <i> registrován méně než 1 měsíc a pojištěnec je mladší než 6 měsíců, **potom** je registrace sporná (pozastaví se zpracování dokladu a příslušná pojišťovna registraci individuálně posoudí)

Určení hodnoty degresního koeficientu

Orientační hodnota degresního koeficientu pro vypočtená procenta jednicových pojištěnců PZS se vyhledá v tabulce (viz Tabulka degresních koeficientů).

$$PJP = (\sum PPZP_i \times VEKKOEF_i) \times 100 / (PKC \times NPJP)$$

kde sumace je provedena přes všechny věkové skupiny

PJP	procento jednicových pojištěnců
PPZP _i	počet registrovaných pojištěnců i-té věkové skupiny všech pojišťoven
VEKKOEF _i	věkový index dané skupiny pro přepočet na jednicové pojištěnce
PKC	poměrné kapacitní číslo (viz smlouva s VZP ČR)
NPJP	normovaný počet jednicových pojištěnců pro odbornost (viz Tabulka degresních koeficientů)

Sumace pojištěnců i poměrného kapacitního čísla se provádí u PZS s více lékaři pro všechny lékaře stejné odbornosti.

Normovaný počet jednicových pojištěnců na jednoho praktického lékaře pro KKVP (=100%) pro odbornost 001 je 2060 a pro odbornost 002 je 1810.

Tabulka degresních koeficientů je jen orientační, neboť koeficienty v ní uvedené jsou zaokrouhleny na 4 desetinná místa. Vlastní výpočet degresního koeficientu (Dk) se provádí ve 3 intervalech (dle procenta jednicových pojištěnců (PJP)):

- $PJP \in (0, 130>$ $Dk = 1,000000$
- $PJP \in (130, 210>$ $Dk = -0,0495 \cdot (PJP/100)^2 - 0,1375 \cdot (PJP/100) + 1,262405$
- $PJP \in (210, \infty)$ $Dk = 158,6256/PJP$

Dk je předáván zaokrouhlený na 6 desetinných míst. Procento jednicových pojištěnců je uváděno vždy na 2 desetinná místa.

Přehled věkových indexů je uveden formou tabulky v aktuální úhradové vyhlášce.

Tabulka degresních koeficientů odbornosti 001 a 002

Procento jednicových pojištěnců = PJP ; Výše degresního koeficientu = Dk													
PJP	Dk	PJP	Dk	PJP	Dk	PJP	Dk	PJP	Dk	PJP	Dk	PJP	Dk
130	1.0000	171	0.8825	212	0.7482	253	0.6270	294	0.5395	335	0.4735	376	0.4219
131	0.9973	172	0.8795	213	0.7447	254	0.6245	295	0.5377	336	0.4721	377	0.4208
132	0.9947	173	0.8764	214	0.7412	255	0.6221	296	0.5359	337	0.4707	378	0.4196
133	0.9920	174	0.8733	215	0.7378	256	0.6196	297	0.5341	338	0.4693	379	0.4185
134	0.9893	175	0.8702	216	0.7344	257	0.6172	298	0.5323	339	0.4679	380	0.4174
135	0.9866	176	0.8671	217	0.7310	258	0.6148	299	0.5305	340	0.4665	381	0.4163
136	0.9838	177	0.8640	218	0.7276	259	0.6125	300	0.5288	341	0.4652	382	0.4153
137	0.9811	178	0.8608	219	0.7243	260	0.6101	301	0.5270	342	0.4638	383	0.4142
138	0.9784	179	0.8577	220	0.7210	261	0.6078	302	0.5253	343	0.4625	384	0.4131
139	0.9756	180	0.8545	221	0.7178	262	0.6054	303	0.5235	344	0.4611	385	0.4120
140	0.9729	181	0.8514	222	0.7145	263	0.6031	304	0.5218	345	0.4598	386	0.4109
141	0.9701	182	0.8482	223	0.7113	264	0.6009	305	0.5201	346	0.4585	387	0.4099
142	0.9673	183	0.8450	224	0.7082	265	0.5986	306	0.5184	347	0.4571	388	0.4088
143	0.9646	184	0.8418	225	0.7050	266	0.5963	307	0.5167	348	0.4558	389	0.4078
144	0.9618	185	0.8386	226	0.7019	267	0.5941	308	0.5150	349	0.4545	390	0.4067
145	0.9590	186	0.8354	227	0.6988	268	0.5919	309	0.5134	350	0.4532	391	0.4057
146	0.9561	187	0.8322	228	0.6957	269	0.5897	310	0.5117	351	0.4519	392	0.4047
147	0.9533	188	0.8290	229	0.6927	270	0.5875	311	0.5101	352	0.4506	393	0.4036
148	0.9505	189	0.8257	230	0.6897	271	0.5853	312	0.5084	353	0.4494	394	0.4026
149	0.9476	190	0.8225	231	0.6867	272	0.5832	313	0.5068	354	0.4481	395	0.4016
150	0.9448	191	0.8192	232	0.6837	273	0.5810	314	0.5052	355	0.4468	396	0.4006
151	0.9419	192	0.8159	233	0.6808	274	0.5789	315	0.5036	356	0.4456	397	0.3996
152	0.9390	193	0.8126	234	0.6779	275	0.5768	316	0.5020	357	0.4443	398	0.3986
153	0.9362	194	0.8094	235	0.6750	276	0.5747	317	0.5004	358	0.4431	399	0.3976
154	0.9333	195	0.8061	236	0.6721	277	0.5727	318	0.4988	359	0.4419	400	0.3966
155	0.9304	196	0.8027	237	0.6693	278	0.5706	319	0.4973	360	0.4406	401	0.3956
156	0.9274	197	0.7994	238	0.6665	279	0.5686	320	0.4957	361	0.4394	402	0.3946
157	0.9245	198	0.7961	239	0.6637	280	0.5665	321	0.4942	362	0.4382	403	0.3936
158	0.9216	199	0.7928	240	0.6609	281	0.5645	322	0.4926	363	0.4370	404	0.3926
159	0.9186	200	0.7894	241	0.6582	282	0.5625	323	0.4911	364	0.4358	405	0.3917
160	0.9157	201	0.7860	242	0.6555	283	0.5605	324	0.4896	365	0.4346	406	0.3907
161	0.9127	202	0.7827	243	0.6528	284	0.5585	325	0.4881	366	0.4334	407	0.3897
162	0.9097	203	0.7793	244	0.6501	285	0.5566	326	0.4866	367	0.4322	408	0.3888
163	0.9068	204	0.7759	245	0.6475	286	0.5546	327	0.4851	368	0.4310	409	0.3878
164	0.9038	205	0.7725	246	0.6448	287	0.5527	328	0.4836	369	0.4299	410	0.3869
165	0.9008	206	0.7691	247	0.6422	288	0.5508	329	0.4821	370	0.4287		
166	0.8978	207	0.7657	248	0.6396	289	0.5489	330	0.4807	371	0.4276		
167	0.8947	208	0.7622	249	0.6371	290	0.5470	331	0.4792	372	0.4264		
168	0.8917	209	0.7588	250	0.6345	291	0.5451	332	0.4778	373	0.4253		
169	0.8887	210	0.7554	251	0.6320	292	0.5432	333	0.4764	374	0.4241		
170	0.8856	211	0.7518	252	0.6295	293	0.5414	334	0.4749	375	0.4230		

Výpočet kapitační platby za registrované pojištěnce zdravotní pojišťovny

Podle data narození, tj. podle měsíce a roku narození, se určí věková skupina pojištěnce. Pojištěnec je podle věkové skupiny přepočten příslušným indexem na jednicového pojištěnce a součet všech jednicových pojištěnců

registrovaných u lékaře je vynásoben stanoveným kapitačním paušálem a degresním koeficientem, který se vypočte každý měsíc pro PZS a odbornost

$$\text{CCKP} = \Sigma (\text{VEKKOEFi} \times \text{HKP} \times \text{HDK})$$

suma se provede přes všechny pojištěnce daného pracoviště

CCKP celková částka kapitační platby pro jedno pracoviště lékaře PZS za měsíc

VEKKOEFi věkový index dané skupiny pro přepočet na jednicové pojištění

HKP hodnota kapitačního paušálu na jednoho jednicového pojištěnce

HDK hodnota degresního koeficientu pro PZS a odbornost

Pojišťovna předá poskytovateli zdravotnických služeb každý měsíc tři sestavy týkající se KKVP:

- Protokol o uznaných a odmítnutých registracích pojištěnců,
- Rekapitulace nároků na kapitační platbu,
- Protokol ukončených registrací pro ZZ.

Dále si může PZS (lékař) jednorázově vyžádat od pojišťovny sestavu „Seznam registrovaných pojištěnců ke dni“. Bude předávána přednostně na magnetickém médiu nebo prostřednictvím portálu VZP.

2.2.34.0. Výkony v dopravě - obecně

Výkony v dopravě se vykazují na následujících dokladech VZP:

34 - Příkaz ke zdravotnímu transportu

36 - Vyúčtování cest lékaře v návštěvní službě

37 - Vyúčtování výkonů záchranné služby

Výpočet hodnoty dokladů, na kterých se vykazují výkony zdravotnické dopravy (dopravní výkony), je řízen číselníkem dopravy. Konkrétní bodové hodnoty jednotlivých dopravních výkonů k nasmlouvaným výkonům musí být vždy uvedeny ve smlouvě s každým ZZ (v číselníku jsou uvedeny maximální bodové hodnoty výkonu). Pro výpočet hodnoty dopravního výkonu se nasmlouvaná bodová hodnota bere z registru smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (RPP). Jiný způsob úhrady (paušál na km, paušál na období, paušál na pojištěnce) musí být rovněž uveden ve smlouvě a pro výpočet hodnoty dopravního výkonu se bere z RPP.

Na dokladu 37 - Vyúčtování výkonů záchranné služby - mohou být kromě dopravních výkonů (mají hodnotu kódu menší než 100) vykazovány i zdravotní výkony (s hodnotou kódu větší než 100) a zvlášť účtovaný materiál.

Doklad 39 - Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem - se po kontrole na ÚP proplácí přes pokladnu.

Hodnota řádku s kódem dopravního výkonu pro doklady 34, 36 a 37 se počítá podle následujícího vzorce:

$$\text{HŘ (v Kč)} = \text{nvl}(\text{KOD.SMSAZ},0) \times \text{KOD.VÁHAKM} \times \text{nvl}(\text{km},0) + \text{nvl}(\text{KOD.SMPAU},0) + \text{KOD.VÁHAKČ} \times \text{nvl}(\text{kč},0)$$

$$\mathbf{H\check{R}} \text{ (v bodech)} = (\mathbf{nvl(KOD.SMBODY,0)} \times \mathbf{KOD.V\acute{A}HAKM} \times \mathbf{nvl(km,0)})$$

$$\mathbf{H\check{R}} = \mathbf{H\check{R}(v \text{ Kč})} + \mathbf{H\check{R}(v \text{ bodech})} \times \mathbf{HB}$$

Pokud **KOD.MINUH** = 1 potom

$$\mathbf{H\check{R}} = \mathbf{min(H\check{R}, nvl(k\check{c}, H\check{R}))}$$

Funkce **nvl(x,y)** vrací hodnotu x, pokud x není prázdné. Jinak vrací hodnotu y.

Funkce **min(x,y)** vrací menší hodnotu z položek x a y.

Význam proměnných ve vzorci je uveden dále.

2.2.34. Příkaz ke zdravotnímu transportu**Atributy z hlavičky dokladu**

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
TCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
TICO	- identifikační číslo indikujícího pracoviště	E
TZDG	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 je-li v položce ZNA uvedena "*"	E
TODB	- odbornost žadatele / na existenci v číselníku ODB	E
TICZ	- IČZ žadatele / na povinné vyplnění	E
TDUT	- datum uskutečnění transportu / patří do období v hlavičce dávky	E

Atributy z řádku dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
VKOD	- číslo dopravního výkonu / na existenci v číselníku Doprava / na IČZ.IČP.VKOD v RPP	E E
VPOC	- počet vykázaných km	
GCIS	- vedlejší diagnóza / na existenci v číselníku JDG4	E

Atributy z číselníků

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
DOPR.KOD	KOD	- číslo dopravního výkonu
DOPR.KOD.BOD	BOD	- maximální body pro dané číslo dopravního výkonu (nepoužívá se)
DOPR.KOD.VAKC	VÁHAKČ	
DOPR.KOD.VAKM	VÁHAKM	
DOPR.KOD.MINUH	MINUH	
VFOND.KOD.HOD	HB	- hodnota bodu podle období v hlavičce dávky

Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ.IČP	- identifikační číslo pracoviště PZS
RPP.IČZ.IČP.KOD	- nasmlouvané číslo dopravního výkonu na prac. PZS
RPP.IČZ.IČP.KOD.SMSA Z	- nasmlouvaný paušál na km, pro dané číslo dopravního výkonu
RPP.IČZ.IČP.KOD.SMBO DY	- nasmlouvané body, pro dané číslo dopravního výkonu
RPP.IČZ.IČP.KOD.SMPU	- nasmlouvaný paušál na období
RSZP.CP	- číslo pojištění v registru pojištěnců RSZP

Výpočet úhrady

Závisí na smlouvě se PZS a na vyplnění dokladu. Počítá se podle vzorce uvedeného v kapitole 2.2.34.0.

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	Σ HŘ	
DÁVKY - HDA	Σ HDO	

2.2.36. Vyúčtování cest lékaře v návštěvní službě

Atributy z hlavičky dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
HCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
HICO	- identifikační číslo pracoviště PZS / na existenci v registru RPP	E
	/ na platnost smlouvy v RPP	E
HICP	- identifikační číslo pracoviště požadujícího použití vozidla DRNR / na existenci v registru RPP	E
	/ na platnost smlouvy v RPP	E
HKOD	- kód druhu dopravy / na existenci v číselníku doprava	E
	/ na existenci IČZ.IČP.KOD dopravy v RPP	E

Atributy z řádku dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
VDAT	- datum provedení výkonu / patří do období v hlavičce dávky	E
VROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP	E
VKM	- počet vykázaných km / na vyplnění dle číselníku "Doprava"	E
VKC	- počet vykázaných Kč / na vyplnění dle číselníku "Doprava"	E
VDIA	- kód diagnózy v číselníku	E

Atributy z číselníků

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
DOPR.KOD	KOD	- číslo dopravního výkonu
DOPR.KOD.BOD	BOD	- počet bodů pro dané číslo dopravního výkonu
VFOND.KOD.HOD	HB	- hodnota bodu podle období v hlavičce dávky

Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ.IČP	- identifikační číslo pracoviště PZS
RPP.IČZ.IČP.ODB	- nasmlouvaná odbornost na pracovišti PZS
RPP.IČZ.IČP.KOD	- nasmlouvané číslo dopravního výkonu na pracovišti PZS
RPP.IČZ.IČP.KOD.SMSAZ	- nasmlouvaný paušál na km, pro dané číslo dopravního výkonu
RPP.IČZ.IČP.KOD.SMBODY	- nasmlouvané body, pro dané číslo dopravního výkonu
RPP.IČZ.IČP.KOD.SMPAU	- nasmlouvaný paušál na období
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Výpočet úhrady

Závisí na smlouvě se PZS a na vyplnění dokladu. Počítá se podle vzorce uvedeného v kapitole 2.2.34.0.

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	Σ HŘ	
DÁVKY - HDA	Σ HDO	

2.2.37. Vyúčtování výkonů záchranné služby**Atributy z hlavičky dokladu**

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
HCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
HICO	- IČZ.IČP PZS / na existenci v registru RPP	E
	/ na platnost smlouvy v RPP	E
HROD	- číslo pojištěnce / na registr pojištěnců RSZP	E
HZDG	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4	E
	je-li v položce ZNA uvedena "*"	
HDAT	- datum zásahu / patří do období v hlavičce dávky	E

Atributy z řádku dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
VKOD	- číslo výkonu / na smlouvu	E
	pokud VKOD < 100 - dopravní výkon	
	/ na existenci v číselníku Doprava	E
	pokud VKOD >= 100 - zdravotní výkon	
	/ na existenci v číselníku VYK	E
VPOC	- počet vykázaných výkonů / km	
	pokud VKOD >= 100 a VPOC > 9	E
LTPR	- skupina podaného léčivého přípravku nebo ZP	
LKOD	- kód podaného léčivého přípravku nebo ZP	
LMNO	- množství podaného léčivého přípravku nebo ZP	
LFIN	- cena za množství podaného léčivého přípravku nebo ZP	

Atributy z číselníků

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
DOPR.KOD	KOD	- číslo dopravního výkonu
DOPR.KOD.BOD	BOD	- maximální body pro dané číslo dopravního výkonu (nepoužívá se)
DOPR.KOD.VAKC	VÁHAKČ	
DOPR.KOD.VAKM	VÁHAKM	

DOPR.KOD.MINUH	MINUH	
VFOND.KOD.HOD	HB	- hodnota bodu podle období v hlavičce dávky
VYK.KOD.BOD		- počet bodů za výkon, podle data VDAT
VYK.KOD.BODR		- body za režii, přiřazené k danému číslu výkonu
XXX.KOD.MAX		- úhrada léčivého přípravku nebo ZP pojišťovnou

Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RPP.IČZ.IČP	- pracoviště IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb
RPP.IČZ.IČP.KOD	- nasmlouvané číslo dopravního výkonu PZS
RPP.IČZ. .IČP KOD.SMSAZ	- nasmlouvaný paušál na km, pro dané číslo dopravního výkonu
RPP.IČZ.IČP.KOD.SMBODY	- nasmlouvané body, pro dané číslo dopravního výkonu
RPP.IČZ.IČP.KOD.SMPAU	- nasmlouvaný paušál na období
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP
RPP.IČZ.ODB.KRV	- koeficient minutové režijní sazby přiřazené k výkonům

Výpočet úhrady

Závisí na smlouvě se PZS.

Úhrada dopravních výkonů se počítá podle vzorce uvedeného v kapitole 2.2.34.0.

Úhrada zdravotních výkonů se počítá jako u dokladu 01.

Úhrada zvlášť účtovaného materiálu se počítá jako u dokladu 03.

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	Σ HŘ	
DÁVKY - HDA	Σ HDO	

2.2.39. Vyúčtování náhrady cestovních nákladů

Pokud pojištěnec použije pro indikovaný převoz sanitou vlastního vozidla, výše úhrady VZP je dána pevnou sazbou v Kč za km.

Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RSZP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP

Výpočet hodnoty

Po kontrole ÚP uhradí požadovanou nebo upravenou částku odpovídající ujetým km.

3. Stručný popis jednotlivých forem úhrady zdravotní péče

V této části jsou velmi stručně popsány hlavní současně dohodnuté a uplatňované formy úhrady zdravotní péče, jejich princip, použitá hodnota bodu pro prvotní ohodnocení dokladů a formy regulace. Postup při stanovení formy úhrady, stanovení porovnávacího objemu úhrady (POÚ), omezení úhrady a jejich kombinace bývají obvykle výsledkem dohodovacího jednání a bývají zveřejněny ve Věstníku ministerstva zdravotnictví ČR. Jednotlivé zdravotní pojišťovny mohou mít smluvně dohodnutou jinou formu úhrady.

Doklady, ohodnocené podle pravidel popsaných v předchozí části, jsou PZS hrazeny podle smluvně dohodnuté formy úhrady. Podle smluvních ujednání jsou rovněž limitovány předběžné nebo celková výše úhrady a vypočteny POÚ pro stanovení paušálů a fakturaci.

Formy úhrady:

Forma	Princip	HB<i>v Kč
Výkonová úhrada	Dávky a doklady jsou ohodnoceny podle těchto Pravidel. K ohodnocení dokladů je použita smluvně dohodnutá HB.	smluvní HB
Platba podle ceníku	Dávky a doklady jsou ohodnoceny podle těchto Pravidel.	0,00
Paušální platba	Na základě smlouvy pojišťovny se PZS je sjednávána čtvrtletní paušální úhrada. Výše paušální úhrady vychází z objemu poskytnuté péče v porovnávacím období. Metodika výpočtu porovnávacího objemu úhrady je součástí smlouvy.	0,00
KKVP	Kombinovaná kapitačně-výkonová platba je uplatňována pro stanovenou odbornost. Na základě počtu a věkové struktury zaregistrovaných pojištěnců je stanovena kapitační platba, a to za vyjmenované výkony. Další výkony a výkony neodkladné péče pro neregistrované pojištěnce jsou hrazeny mimo kapitační platbu. Metodika KKVP je součástí smlouvy.	smluvní HB
Kombinovaná paušální a výkonová platba v dopravě	Stanovené procento z POÚ v Kč + fixní částka Kč/km.	není
Sestupná hodnota bodu komplementu	Doklady jsou ohodnoceny v bodech. Po skončení období (čtvrtletí) je úhrada spočítána tak, že prvních "a" % vykázaných bodů je ohodnoceno nejvyšší HB, dalších "b" % bodů prostřední HB a zbylé body nejnižší HB.	0,00
Lázně	Platba je podle smluvního ujednání. Sestává z platby za léčení, pobyt, stravu a případně stravu a ubytování doprovodu.	není
Ozdravovny	Platba je podle smluvního ujednání. Sestává z platby za pobyt, stravu a ozdravenský program.	

Formy omezení (regulace) úhrady:

Omezení	Princip
Fakturační limit	Měsíční omezení předběžné úhrady stanovené na základě POÚ. Používá se k výkonové formě úhrady.
Maximální úhrada	Maximální měsíční (čtvrtletní, pololetní) omezení úhrady stanovené na základě POÚ.
Regulační mechanismy v AZZ	Omezení úhrady na základě porovnání vlastních a vyvolaných nákladů (úhrady za vlastní vykázané výkony, vyvolané náklady za předepsané léčivé přípravky, ZP a vyžádanou péči v jednotlivých složkách) s náklady AZZ v referenčním období a/nebo celostátními průměry. Uplatňuje se při překročení o dohodnuté procento.
Regulační mechanismy v KKVP	Omezení úhrady na základě porovnání vlastních a vyvolaných nákladů s náklady AZZ v referenčním období a/nebo celostátními průměry. Uplatňuje se při překročení součtu úhrady o dohodnuté procento. Uplatňuje se v součtu i v jednotlivých složkách za vlastní vykázané výkony, předepsané léčivé přípravky a vyžádanou péči v jednotlivých složkách pro neregistrované pojištěnce, dále na předepsané léčivé přípravky, ZP a vyžádanou péči pro registrované pojištěnce a na poměr úhrady za neregistrované a registrované pojištěnce.
Minimální % vykázané péče	Týká se ZZ hrazených paušální platbou. Pokud ZZ nevykáže dohodnutý objem péče (v bodech nebo v OD nebo v km), je mu podle příslušné metodiky krácena paušální úhrada.
Regulace preskripce v LZZ	Pokud překročí hodnota preskripce POÚ za předepsané léky, je ZZ uplatněna regulační sražka o dohodnuté procento, při nedosažení POÚ je ZZ úhrada o stejné procento navýšena.

Popsané formy úhrady a jejich omezení popisující financování zdravotní péče se mohou měnit.

4. Sestavy

Pojišťovny přebírají od ZZ doklady o poskytnuté zdravotní péči v dávkách podle konkrétních ustanovení ve smlouvách. Pojišťovna informuje ZZ o výsledku zpracování a vyhodnocení dávek dokladů v Pojišťovně tiskovými sestavami. Dále uvedený popis obsahu sestav se týká sestav VZP, sestavy jednotlivých ZZP se mohou lišit podle zvyklostí a smluvní dohody se ZZ.

Denní uzávěrka dávek se provádí nad dávkami dokladů v době, kdy Pojišťovna po kontrole revizními lékaři a po rozhodnutí likvidátora uzná nárok ZZ na proplacení dávky (dávek) dokladů ve vypočtené hodnotě. Do provedení denní uzávěrky mohou revizní lékaři a likvidátoři provádět povolené změny na dokladech, provedením denní uzávěrky tato možnost končí. Výsledky další revizní činnosti mohou být zúčtovány pouze doklady obvyklými v účetním styku (dobropis, vrubopis). S denní uzávěrkou vznikají finanční závazky Pojišťovně vůči ZZ. Jako doklad o převzatých a odmítnutých dávkách, dokladech a položkách v dokladech, se ZZ předávají dále uvedené sestavy. Některé sestavy se předávají standardně, ostatní dle dohody mezi Pojišťovnou a smluvním ZZ.

Uzávěrka období se stejnou hodnotou bodu (Bodová uzávěrka) se provádí nad dávkami dokladů tehdy, když Pojišťovna ukončuje období s vyhlášenou hodnotou bodu. Dávky, uzavřené denní uzávěrkou po uzavření období s vyhlášenou hodnotou bodu, již budou propláceny v dalším období. Uzávěrka období se stejnou hodnotou bodu se v Pojišťovně provádí po skončení období platnosti vyhlášení hodnoty bodu, obvykle jednou za čtvrtletí. Do této uzávěrky spadají všechny denní uzávěrky provedené v příslušném období, nespádají do ní dávky, které mají předkládací období (období z průvodního listu dávky) vyšší než období, ke kterému byla tato uzávěrka provedena.

Datový obsah sestav předávaných ZZ je uveden dále. Sestavy slouží k dokumentaci zpracování dokladů v Pojišťovně. Ohodnocení dávek dokladů v sestavách nezávisí na způsobu financování a proto nemusí vždy korespondovat s příslušnými fakturami. Sestavy obvykle sestávají ze tří částí:

- Záhlaví sestavy
- Tělo sestavy
- Souhrn sestavy

Záhlaví sestavy obsahuje:

Označení ÚP, které dávky dokladů zpracovalo

Označení a název sestavy

Pořadové číslo strany sestavy (celkový počet stran sestavy)

Datum vytvoření sestavy

Číslo denní uzávěrky a její datum

Identifikace PZS

Zpracovávané období

Tělo sestavy obsahuje řádky členěné do sloupců. Tělo sestavy se může opakovat. Řádky obsahují:

- Identifikaci dávky dokladů (číslo dávky, období, vykázané body, vykázané Kč)
- Identifikaci dokladů (číslo dokladu, požadované/vypočtené/uznané body a cena)
- Součty sloupců v těle sestavy

Souhrn sestavy obsahuje:

- Celkové součty
- Datum, podpis

Následuje popis obsahu těla a souhrnu jednotlivých sestav VZP, u protokolu o kontrole datového nosiče navíc popis záhlaví.

Protokol o kontrole datového nosiče

Protokol vystavuje pojišťovna standardně při příjmu datového nosiče.

Záhlaví sestavy:

- Identifikace ZZ
- Identifikace Pojišťovny
- Datum kontroly datového nosiče
- Datum vytvoření souboru
- Velikost souboru
- Počet dávek na datovém nosiči

Tělo sestavy:

- Identifikace přijatých dávek
- Identifikace odmítnutých dávek
- V případě odmítnutí některé dávky identifikace chyby a její lokalizace

Souhrn sestavy:

- Stav datového nosiče – (přijatý úplný, neúplný, odmítnutý)

Oznámení o zpracování dávek výkonů

Sestava dává přehled o platbách pro jedno IČZ v analytickém členění po denní uzávěrce. Stejně jako předchozí “Denní uzávěrka dávek k proplacení” obvykle zahrnuje dávky, předložené v jednom předkládacím termínu nebo s jednou fakturou. Obě sestavy spolu musí korespondovat.

Tělo sestavy:

Výdajový fond
Číslo dávky
Rok období VZP
Měsíc období VZP
Rok předkládacího období z průvodního listu dávky
Měsíc předkládacího období z průvodního listu dávky
Body za dávku vypočtené ve VZP k proplacení PZS
Cena za body za dávku vypočtená ve VZP k proplacení PZS
Cena za korunové položky za dávku vypočtená ve VZP k proplacení PZS
Celková hodnota dávky v Kč vypočtená ve VZP k proplacení PZS
Celkový počet dokladů odmítnutých, při pořizování dokladů, systémem, likvidátorem nebo revizním lékařem
Celkový počet dokladů zpracovaných
Celkový počet dokladů v dávce předložených ZZ
Datum předložení dávky

Souhrn sestavy:

Celková cena za body určená k proplacení - součet za ZZ
Celkový počet bodů k proplacení - součet za ZZ

Denní uzávěrka dávek k proplacení

Sestava dává přehled o stavu a ocenění dávek k proplacení od jednoho IČZ po denní uzávěrce. Obvykle zahrnuje dávky, předložené v jednom předkládacím termínu nebo s jednou fakturou.

Tělo sestavy:

- Měsíc předkládacího období z průvodního listu dávky
- Rok předkládacího období z průvodního listu dávky
- Číslo dávky
- Body vykázané v průvodním listu dávky
- Cena vykázaná v průvodním listu dávky
- Body za dávku vypočtené ve VZP k proplacení PZS
- Cena za dávku vypočtená ve VZP k proplacení PZS včetně paušálu za léky
- Paušál na léky vypočtený ve VZP
- Celková hodnota dávky v Kč, včetně přepočítaných bodů dle hodnoty bodu, platné k předkládacímu období dávky
- Celkový počet dokladů v dávce
- Celkový počet dokladů odmítnutých, při pořizování dokladů, systémem, likvidátorem nebo revizním lékařem
- Datum předložení dávky
- Datum, kdy byla ukončena likvidace dávky

Souhrn sestavy:

- Součet za ZZ
- Součet za uzávěrku.

Denní uzávěrka odmítnutých dávek, dokladů a položek

Sestava obsahuje rozpis odmítnutých dávek, dokladů a položek dokladů s jmenovitým označením chyb, vedoucích k odmítnutí. Má v podstatě funkci přílohy k sestavě “Denní uzávěrka dávek k proplacení” a poskytuje poskytovateli zdravotních služeb dostatečné informace pro případnou opravu odmítnutých dokladů.

Tělo sestavy:

- Číslo dávky
- Typ dávky
- Charakter dávky (Původní nebo Opravná)
- Měsíc období z průvodního listu dávky
- Rok období z průvodního listu dávky
- Celkový počet dokladů v dávce
- Celkový počet chyb v dávce
- Indikace, zda celá dávka byla odmítnuta systémem
- Indikace, zda celá dávka byla odmítnuta při pořizování
- Indikace, zda celá dávka byla odmítnuta likvidátorem nebo RL
- Kód chyby, slovní popis chyby
- Číslo dokladu
- Identifikační číslo pracoviště
- Odbornost pracoviště
- Číslo pojištěnce
- Cena za doklad
- Počet chyb na dokladu
- Indikace, zda celý doklad byl odmítnut systémem
- Indikace, zda celý doklad byl odmítnut při pořizování
- Indikace, zda celý doklad nebo jeho řádek byl odmítnut likvidátorem nebo RL
- Indikace, zda celý doklad byl indukovaně odmítnut
- Lokalizace chyby (hlavička / řádek dokladu)
- Kód chyby, slovní popis chyby
- List dokladu, na kterém se chyba vyskytla
- Pořadové číslo řádku dokladu, na kterém se chyba vyskytla
- Datum
- Skupina léčivých přípravků dle číselníku skupin léčivých přípravků a ZP
- Kód výkonu, léčivých přípravků, ZP

Množství
Cena za množství
Sdělení subjektu

Souhrn sestavy:

Součet odmítnutých dokladů za IČZ

Přehled položek se sníženou cenou

Sestava podává informaci o snížení úhrady materiálu, léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků pro IČZ a zadané období. Sestava je členěna po dávkách a jsou vyčísleny rozdíly.

Tělo sestavy:

Číslo a typ dávky
Období dávky
Číslo a druh dokladu
Zvláštní položka
List dokladu
Číslo řádku na dokladu
Skupina léčivého přípravku, zdravotnického prostředku a stomat. výrobků
Kód léčivého přípravku, zdravotnického prostředku nebo stomat. výrobku
Datum vydání
Číslo pojištěnce
Množství
Cena, kterou vykázalo smluvní poskytovatel zdravotních služeb
Cena, kterou VZP proplácí
Rozdíl mezi vykázanou a proplacenou cenou

Souhrn sestavy:

Celkový rozdíl za dávku dokladů
Celkový rozdíl za smluvního poskytovatele zdravotních služeb

Přehled položek odmítnutých likvidátorem

Sestava podává informaci o odmítnutém (revizním lékařem a likvidátorem) výkonu nebo materiálu vykázaném pro zadané období. Sestava je členěna po dávkách a je vyčíslena hodnota odmítnutých položek.

Tělo sestavy:

- Číslo a typ dávky
- Období dávky
- Číslo a druh dokladu
- List dokladu
- Číslo řádku na dokladu
- Skupina léčivého přípravku
- Kód
- Body vypočtené ve VZP
- Cena vypočtená ve VZP
- Číslo pojištěnce
- Důvod odmítnutí

Souhrn sestavy:

- Celková cena za dávku dokladů
- Celková cena za smluvního poskytovatele zdravotních služeb

Rekapitulace nároků na kapitační platbu

Sestava podává informaci o uznaném nároku ZZ na kapitační platbu. Sestava se předává měsíčně.

Tělo sestavy:

Členění registrovaných pojištěnců s uvedením

- věkové skupiny (VS)
- počtu registrovaných placených pojištěnců ve VS
- věkového koeficientu VS
- počtu jednicových pojištěnců ve VS

Součet registrovaných a jednicových pojištěnců

Seznam registrovaných pojištěnců bez nároku na kapitační platbu

- příjmení a jméno
- číslo pojištěnce
- důvod neposkytnutí kapitační platby

Kapitační paušál

Degresní koeficient

Celková kapitační platba pracoviště

Souhrn sestavy:

Celková kapitační platba za období

Celková kapitační platba za IČZ

Protokol o uznaných a odmítnutých registracích pojištěnců

Sestava podává informaci o uznaných a odmítnutých registracích u praktického lékaře. V případě odmítnutých registrací identifikaci pojištěnců a důvod odmítnutí registrace. Sestava se předává měsíčně.

Tělo sestavy:

- Počet uznaných pojištěnců
- Počet odmítnutých pojištěnců
- Rozpis odmítnutých pojištěnců v členění
- Jméno a příjmení pojištěnce
- Číslo pojištěnce
- Kód zdravotní pojišťovny
- Příznak uznání nebo odmítnutí registrace
- Důvod odmítnutí

Sestava nemá souhrn.

Seznam registrovaných pojištěnců ke dni

Sestava podává praktickému lékaři informaci o jeho zaregistrovaných pojištěncích. Předává se měsíčně na vyžádání a na magnetickém médiu.

Tělo sestavy:

- Rozpis pojištěnců v členění
- Jméno a příjmení pojištěnce
- Číslo pojištěnce
- Datum uznání registrace
- Kód zdravotní pojišťovny

Souhrn sestavy:

- Uznáný počet pojištěnců

Protokol ukončených registrací pro ZZ

Sestava podává praktickému lékaři informaci o jeho zaregistrovaných pojištěncích. Předává se měsíčně na vyžádání a na magnetickém médiu.

Tělo sestavy:

Rozpis pojištěnců v členění
Jméno a příjmení pojištěnce
Číslo pojištěnce
Datum ukončení registrace
Důvod odmítnutí

Souhrn sestavy:

Ukončený počet pojištěnců

ASCII verze sestavy R1449

Hlavní sekce:

IČZ
Název IČZ
Číslo dávky
Typ dávky
Charakter dávky
Období dávky
Dávka odmítnuta
Počet předložených dokladů
Počet odmítnutých dokladů
Počet redukovaných dokladů
Požadováno - body
Požadováno - položky v Kč
Vypočteno - body
Vypočteno - položky v Kč
Vypočteno - Kč za výkony 09552/09543
Vypočteno - Kč celkem
Status
Kód chyby pro odmítnutí dávky
Důvod odmítnutí dávky
Požadováno Kč za odmítnuté doklady dávky
Redukované doklady - požadováno celkem
Redukované doklady - vypočteno celkem
Redukované doklady - rozdíl celkem
Požadováno Kč za doklady se zjištěnou chybou

Sekce náklady:

Kód nákladu
Popis nákladu
Druh ceny nákladu
Hodnota nákladu

Sekce odmítnuté doklady:

Odmítnuté doklady - číslo dokladu
Odmítnuté doklady - IČP
Odmítnuté doklady - odbornost
Odmítnuté doklady - číslo pojištěnce
Odmítnuté doklady - list
Odmítnuté doklady - řádek
Odmítnuté doklady - datum vykazání kódu
Odmítnuté doklady - skupina
Odmítnuté doklady - odmítnutý kód
Odmítnuté doklady - množství pro kód
Odmítnuté doklady - požadováno Kč
Odmítnuté doklady - kód chyby
Odmítnuté doklady - popis chyby

Sekce redukované doklady:

Redukované doklady - číslo dokladu
Redukované doklady - IČP (vždy IČP provádějícího)
Redukované doklady - odbornost (vždy odbornost provádějícího)
Redukované doklady - číslo pojištěnce
Redukované doklady - list
Redukované doklady - řádek
Redukované doklady - datum (datum provedení/vydání)
Redukované doklady - skupina
Redukované doklady - kód
Redukované doklady - množství
Redukované doklady - požadováno
Redukované doklady - vypočteno
Redukované doklady - rozdíl

Sekce poplatky:

Vybraný výkon - kód
Vybraný výkon - počet

Sekce DP4 v dávce DP1:

DP4 v dávce DP1 - číslo pojištěnce
DP4 v dávce DP1 - číslo dávky
DP4 v dávce DP1 - období dávky
DP4 v dávce DP1 - číslo dokladu
DP4 v dávce DP1 - číslo řádku
DP4 v dávce DP1 - doklad odmítnut
DP4 v dávce DP1 - všechny řádky jiný DP
DP4 v dávce DP1 - vypočteno v DP4
DP4 v dávce DP1 - platné pojištění od
DP4 v dávce DP1 - platné pojištění do

Sekce DP1 v dávce DP4:

DP1 v dávce DP4 - číslo pojištěnce
DP1 v dávce DP4 - číslo dávky
DP1 v dávce DP4 - období dávky
DP1 v dávce DP4 - číslo dokladu
DP1 v dávce DP4 - číslo řádku
DP1 v dávce DP4 - doklad odmítnut
DP1 v dávce DP4 - všechny řádky jiný DP
DP1 v dávce DP4 - vypočteno v DP4
DP1 v dávce DP4 - platné pojištění od
DP1 v dávce DP4 - platné pojištění do

Sekce doklady se zpětnými změnami DP:

Dávka Původní
Rok
Měsíc
Druh
Storno
Náhrada
Přecenění
Doklad Původní
Doklad Nový
IČP
Č.pojištěnce
DP Původní
DP Nový
Body Původní
Položky v Kč Původní
Kč celkem Původní
Body Nové
Položky v Kč Nové

Kč celkem Nové
Revize

Sekce celkem za IČZ:

Celkem počet dokladů - předloženo
Celkem počet dokladů - odmítnuto
Celkem počet dokladů - redukováno
Celkem požadováno - body
Celkem požadováno - položky v Kč
Celkem vypočteno - body
Celkem vypočteno - položky v Kč
Celkem vypočteno - Kč celkem
Celkem redukováno - rozdíl Kč
Celkem odmítnuto - Kč
Celkem redukováno a odmítnuto - Kč
Vypočteno v DP4 - celkem Kč
Vypočteno v DP1 - celkem Kč

Datové rozhraní

verze popisu 6.2.XLVI

**vytvořené v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven
a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb.**

Účinné od 1. 1. 2025

Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha, leden 2025

Úvod

Datová rozhraní (dále jen DR) byla vytvořena pro předávání dat mezi zdravotními pojišťovnami (dále jen pojišťovny) a subjekty poskytujícími zdravotní péči (dále jen PZS) v elektronické podobě. Pro přehlednost je DR rozděleno do tří částí:

- I. Datové rozhraní Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR – číselníky,**
- II. Datové rozhraní Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR – individuální doklady,**
- III. Datové rozhraní Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR – speciální rozhraní.**

Obsah

I. Datové rozhraní – číselníky	5
I – 1. Úvod	5
I – 2.1. Použité zkratky a symboly	6
I – 2.2. Přehled poskytovaných číselníků	7
I – 3. Číselníky - formáty	8
I – 3.1. Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 v rozhraní JDG4	8
I – 3.2. Zdravotní výkony	8
I – 3.3. Cenová pásma	10
I – 3.4. Frekvenční omezení zdravotních výkonů	11
I – 3.5. Kategorie pacienta	11
I – 3.6. Léčivé přípravky, ZP a stomatologické výrobky	11
I – 3.6.1. Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely	11
I – 3.6.1.1. Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely – další úhrady (Pomocný číselník k číselníku LEKY)	20
I – 3.6.2. Individuálně připravované léčivé přípravky, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka	22
I – 3.6.3. Zdravotnické prostředky	24
I – 3.6.4. Stomatologické výrobky	25
I – 3.7. Smluvní odbornosti pracovišť	26
I – 3.8. Doprava	26
I – 3.9. ORPHA kódy vzácných onemocnění	27
I – 3.10. Doporučení hospitalizace	27
I – 3.11. Náhrady za zdravotní péči	27
I – 3.12. Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatolog. výrobků	28
I – 3.13. Ukončení léčení	28
I – 3.14. Druh dokladu a typ dávky	28
I – 3.15. Územní pracoviště VZP	28
I – 3.16. Lokalizace	28
I – 3.17. Zdravotní pojišťovny	29
I – 3.18. Kódy desetimístné identifikace	29
I – 3.19. Výkony s povinnou lokalizací zubu	29
I – 3.20. Ukončení lázeňské/ozdravenské péče	29
I – 3.21. Přerušení lázeňské/ozdravenské péče	29
I – 3.22. Náklady lázeňské/ozdravenské péče	30
I – 3.23. Indikační skupiny lázeňské péče	30
I – 3.24. Typy lázeňské péče	30
I – 3.25. Kategorie ubytování lázeňské péče	30
I – 3.26. Typy ozdravenského programu	30
I – 3.27. Druh pojistného vztahu	30
I – 3.28. Druh úhrady	31
I – 3.29. Období fakturace	31
I – 3.30. Další číselníky, nepopsané v Metodice	31
I – 3.30.1. Typy smluvních subjektů	31
I – 3.30.2. Konstanty	31
I – 3.30.3. Výdajové fondy	31
I – 3.30.4. Preskripční omezení	32
I – 3.30.5. Druh dokladu a bonifikace	32
I – 3.30.6. Druh péče	32
I – 3.30.7. Skupiny zdravotnických prostředků	32
I – 3.30.8. Regiony	33

I – 3.30.9. Druh dokladu	33
--------------------------------	----

I. Datové rozhraní – číselníky

I – 1. Úvod

V této části je popsáno DR, ve kterém pojišťovna předává číselníky na datovém nosiči nebo elektronickým kanálem.

Číselníky na datovém nosiči jsou předávány smluvním poskytovatelům a na prodej ve formě komprimovaného souboru (tzv. balení) se jménem **scEXTxxxx.zip**. Číslo **xxxx** představuje chronologické číslování balení. Po dekomprimaci („rozbalení“) daného balení se objeví 3 typy souborů:

První typ - společný soubor INFO.CSV informující o platnosti jednotlivých číselníků, kde je uvedeno: 1. položka název souboru číselníku, 2. položka číslo verze struktury číselníku, 3. položka číslo verze číselníku, 4. položka platnost od a 5. položka platnost do.

Druhý typ - jednotlivé číselníky, které tvoří samostatné ASCII soubory s větami proměnné délky s oddělovači v kódování PC LATIN2. Číselníků v daném balení může být více.

Třetí typ – změnový soubor ke každému číselníku se jménem „JMENO_CDAT_XXXXX.txt“ obsahující změny číselníku oproti předcházející verzi. Těchto souborů je stejný počet jako číselníků v balení.

Po rozbalení má každý soubor své jednoznačné jméno ve tvaru <JMENO.XXXXX>, kde XXXXX je označení verze číselníků. Rozsah verze je od 00001 do 99999, kdy každá nová verze má číselnou reprezentaci vyšší než předešlá. Číslo verze přiděluje VZP.

Atributy věty proměnné délky jsou v souboru odděleny delimitory. Jako delimiter je použita čárka. Nenumernická pole jsou uzavřena v operátorech „“. Jednotlivé věty jsou odděleny znakem „posun vozíku a nová řádka“ (CRLF). Popis atributů vět v tomto materiálu je ve tvaru:

„zkratka“, „typ“, „délka“ (maximální), „popis[♣]“.

Typ může být:

- „C“ – znakový atribut
- „N“ – numerický atribut
- „D“ – datum ve formátu „ddmmrrrr“
- „\$“ – peněžní atribut, formát „x. y“ („x“ míst včetně desetinné čárky, z toho „y“ desetinných)

Atributy označené symbolem „♣“ tvoří ceníkovou část číselníků (udržuje se její historie). Znamená to, že hodnota atributu v nové verzi číselníků se může lišit od hodnoty v předchozí verzi. Hodnoty těchto atributů (historie s dobou platnosti od - do) se udržují ve výpočetním systému pojišťovny nejméně tři roky.

Struktura číselníků vychází z legislativních podkladů (Zákon o veřejném zdravotním pojištění, Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, Seznam léčivých přípravků a zdravotnických prostředků atd.) a je přizpůsobena potřebám pojišťoven a jejich smluvních partnerů, souvisejících s vykazováním zdravotní péče, její kontrolou a úhradou.

Naplnění číselníků hodnotami vychází rovněž z legislativy a jejích změn a respektuje výše uvedené potřeby.

I – 2.1. Použité zkratky a symboly

Nejsou uvedeny všeobecně používané zkratky a označení vyplývající z legislativy. Zkratky použité v jednotlivých částech jsou uvedeny a vysvětleny u popisu jednotlivých číselníků a dokladů.

CRP	Centrální registr pojištěnců
DR	Datové rozhraní
DRG	Systém platby za diagnostickou skupinu
IČP	Identifikační číslo pracoviště
IČZ	Identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb
KKVP	Kombinovaná kapitačně-výkonová platba
PZLÚ	Potraviny pro zvláštní lékařské účely
RL	Revizní lékař pojišťovny
RSZ	Registr smluvních poskytovatelů zdravotních služeb
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZP	Zdravotnické prostředky
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb

I – 2.2. Přehled poskytovaných číselníků

PZS jsou předávány následující číselníky:

Název číselníku	Jméno souboru
Cenová pásma	DVYKON.XXXXXX
Doporučení hospitalizace	DOPHOSP.XXXXXX
Doprava	DOPRAVA.XXXXXX
Druh dokladu a bonifikace	DDOKLVSE.XXXXXX
Druh péče	DPECE.XXXXXX
Frekvenční omezení zdravotních výkonů	VYKFROM.XXXXXX
Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely	LEKY.XXXXXX
Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely – další úhrady	HVLP_DU.XXXXXX
Indikační skupiny lázeňské péče	LP_IND.XXXXXX
Individuálně připravované léčivé přípravky a výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka	IVLP.XXXXXX
Kategorie pacienta	KATEGPAC.XXXXXX
Kategorie ubytování lázeňské péče	LP_KAT.XXXXXX
Konstanty	CISKONST.XXXXXX
Lokalizace	STOKZP.XXXXXX
Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (MKN-10) v rozhraní JDG4	JDG4.XXXXXX
Náklady lázeňské /ozdravenské péče	LP_NAK.XXXXXX
Náhrady za zdravotní péči	UHRADY.XXXXXX
ORPHA kódy vzácných onemocnění	ORPHA.XXXXXX
Skupiny zdravotnických prostředků	PODSPZT.XXXXXX
Preskripční omezení	OMEODB.XXXXXX
Přerušení lázeňské /ozdravenské péče	LP_PRE.XXXXXX
Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků	DRUHPOL.XXXXXX
Smluvní odbornosti pracovišť	ODBORN.XXXXXX
Stomatologické výrobky	STOMAG.XXXXXX
Typy lázeňské péče	LP_TYP.XXXXXX
Typy ozdravenského programu	OZD_TYP.XXXXXX
Typy subjektů	TYP SUB.XXXXXX
Ukončení lázeňské /ozdravenské péče	LP_UKO.XXXXXX
Ukončení léčení	UKLEC.XXXXXX
Územní pracoviště VZP	CISELPOB.XXXXXX
Výdajové fondy	VYDFOND.XXXXXX
Výkony s povinnou lokalizací zubu	STOMAGVY.XXXXXX
Zdravotní výkony	VYKONY.XXXXXX
Zdravotnické prostředky	PZT.XXXXXX

I – 3. Číselníky - formáty

I – 3.1. Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 v rozhraní JDG4

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	5	Kód diagnózy
ZNA	C	1	Znak pro hvězdičkové diagnózy
POH	C	1	Pohlaví
VOD	C	2	Věk od
VDO	C	2	Věk do
NAZ	C	70	Název diagnózy

I – 3.2. Zdravotní výkony

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	5	Číslo výkonu
ODB	C	3	Autorská odbornost výkonu ♣
OME	C	5	Omezení úhrady místem: ♣ A – výkony provedené ambulantně H – výkony provedené při hospitalizaci pacienta, nebo pokud to povoluje stav pacienta v rámci jednodenní péče na lůžku S – výkony provedené na specializovaném pracovišti SA – výkony provedené ambulantně na specializovaném pracovišti SH – výkony provedené na specializovaném pracovišti při hospitalizaci pacienta, nebo pokud to povoluje stav pacienta v rámci jednodenní péče na lůžku AOD – výkony provedené ambulantně agregované do ošetrovacího dne (OD) SAOD – výkony provedené ambulantně na specializovaném pracovišti agregované do ošetrovacího dne (OD) D – ošetrovací dny (OD) M – OD určený pro doprovod pacienta P – OD propustky Y – OD výkonů intenzivní péče (označených ve starém Seznamu I, J, T a P)
OMO	C	30	Omezení provádění na určité odbornosti ♣
NAZ	C	254	Název výkonu
VYS	C	254	Vysvětlivky k výkonu
ZUM	C	1	Indikace možnosti zvlášť účtovaného materiálu nebo léčivého přípravku k výkonu nabývá hodnoty ♣ „ – ZUM ne, ZULP ne Z – ZUM ano, ZULP ne L – ZUM ne, ZULP ano A – ZUM ano, ZULP ano
TVY	N	6.1	Čas výkonu – trvání výkonu (v min.) ♣

Název	Typ	Délka	Popis
CTN	N	6.1	Čas nositele výkonu (v min.) ♣ Je uveden součet času všech nositelů výkonu ve všech kategoriích nositelů výkonu pro daný výkon. V případě, kdy výkon znamená ošetřovací den (OD), bude zahrnovat součet času nositelů výkonu zahrnutých do kalkulace OD.
PMZ	N	7	Atribut se od 1. 1. 2022 nevyužívá
PMA	N	7	Cena výkonu v Kč ♣
PJP	C	1	Příznak výkonu ♣ „0“ – výkon obsažen v kapitačním paušálu odbornosti 001 a 002 „1“ – výkon obsažen v kapitačním paušálu odbornosti 001 „2“ – výkon obsažen v kapitačním paušálu odbornosti 002 „3“ – výkon obsažen v kapitačním paušálu odbornosti 603 „4“ – výkon obsažen v kapitačním paušálu odborností 001, 002 a 603 „5“ – výkon obsažen v kapitačním paušálu odborností 001 a 603 „6“ – výkon obsažen v kapitačním paušálu odborností 002 a 603 „M“ – označení markerového čísla výkonu „D“ – vedle výkonu je zapotřebí uvést výkon s PJP = „M“ „P“ – označení regulačního poplatku „N“ – výkon vystavení a ukončení pracovní neschopnosti.
BOD	N	6	Body za výkon (body) ♣ Atribut je vyplněn bodovou hodnotou výkonu dle vyhlášky č. 134/1998 Sb. V případě, kdy výkon znamená OD, bude naplněn hodnotou „0“. Součet bodové hodnoty OD (v lineární i sestupné platbě), bodové hodnoty výkonů agregovaných do OD podle odbornosti pracoviště a bodové hodnoty režie přiřazené k OD podle kategorie PZS ústavní péče je uveden v číselníku „Cenová pásma“.
KAT	C	2	Kategorie úhrady z vyhlášky č. 134/1998 Sb. (P, W, Z nebo „“) ♣
UMA	\$	6.2	Atribut se od 1. 1. 2022 nevyužívá
UBO	\$	6.2	Atribut se od 1. 1. 2022 nevyužívá

I – 3.3. Cenová pásma

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD1	C	5	Číslo výkonu (ošetřovacího dne v sestupné i lineární platbě) 1. Je vytvořeno speciální číslo výkonu tak, že k číslu výkonu s významem ošetřovací den podle vyhlášky č. 134/1998 Sb. se přičte stonásobek kategorie PZS poskytujícího ústavní péči zvýšený o tři. Příklad: Číslo výkonu – OD 00001 bude mít pro PZS • kategorie 0 číslo 00301 • kategorie 1 00401 • kategorie 2 00501 • kategorie 3 00601 • kategorie léčebna 00701
KOD2	C	3	Kód odbornosti
OZN	N	2	Označení pásma pro sestupnou sazbu za ošetřovací den
PDNU	N	4	Standardní doba hospitalizace v pásmu ♣
SAZ	N	6	Sazba pro číslo výkonu v pásmu v ♣ Atribut je vyplněn součtem bodové hodnoty OD (v lineární i sestupné platbě), bodové hodnoty výkonů agregovaných do OD podle odbornosti pracoviště a bodové hodnoty režie přiřazené k OD podle kategorie PZS ústavní péče.

Příklad 1 2. Číslo výkonu podléhajícího sestupné platbě - OD 00001 vykázané v odbornosti 1H1 poskytovatelem kategorie 3 - bude mít číslo výkonu 00601 (= (kat+3)*100+00001) a číselník cenová pásma bude naplněn hodnotami:

„00601“, „1H1“, 1,4,1053 1053=609+379+65

„00601“, „1H1“, 2,4,888 888=507+316+65

„00601“, „1H1“, 3,4,724 724=406+253+65

„00601“, „1H1“, 4,12,724 724=406+253+65

„00601“, „1H1“, 5,0,477 477=254+158+65

Bodová hodnota v pásmu = body za OD+body za agregované výkony+body za kategorii

Příklad 2 3. Číslo výkonu nepodléhajícího sestupné platbě - OD 00012 vykázané v odbornosti 3H4 v daných kategoriích PZS - má speciální čísla 00x12 (= (kat+3)*100+00012) a číselník cenová pásma bude naplněn hodnotami:

„00312“, „3H4“, 1,0,595 595=479+96+20

„00412“, „3H4“, 1,0, 605 605=479+96+30

„00512“, „3H4“, 1,0,620 620=479+96+45

„00612“, „3H4“, 1,0,640 640=479+96+65

Bodová hodnota = body za OD+body za agregované výkony v pásmu B+body za kategorii PZS

I – 3.4. Frekvenční omezení zdravotních výkonů

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KÓD_VÝKONU	C	5	Číslo výkonu
POČET_VÝKONŮ	N	3	Maximální počet výkonů
PODMÍNKA	C	20	Časové období
POČET_K_PODMÍNCE	N	3	Počet vztahující se k časovému období
ID_FO	C	9	Jednoznačná identifikace frekvenčního omezení

V rámci jednoho frekvenčního omezení (shodné ID_FO) musí být splněna všechna frekvenční omezení.

Pokud k jednomu výkonu existuje více frekvenčních omezení (s různými ID_FO), stačí, aby bylo splněno jedno frekvenční omezení.

I – 3.5. Kategorie pacienta

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	1	Kód kategorie pacienta
NAZ	C	254	Název kategorie pacienta
TXT	C	254	Text definice
POD	N	4	Příplatek k ošetřovacímu dni hospitalizace – počet bodů dle pravidel ve vyhlášce č. 134/1998 Sb. ♣

I – 3.6. Léčivé přípravky, ZP a stomatologické výrobky

I – 3.6.1. Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	7	Kód léčivého přípravku (LP)
NAZ	C	70	Název LP
DOP	C	75	Doplňek názvu
CESTA	C	15	Cesta podání
FORMA	C	27	Forma podání
BALENÍ	C	22	Balení
SILA	C	24	Síla LP
OBAL	C	3	Obal LP
VYR	C	3	Výrobce
ZEM	C	3	Země výrobce
DRZ	C	4	Držitel rozhodnutí o registraci
ZEMDRZ	C	3	Země držitele
UHR1	\$	13.2	Úhrada LP ♣

Název	Typ	Délka	Popis
LEG_JUHR1	C	1	Právní základ pro stanovení výše a podmínek jádrové úhrady ♣ LP/PZLÚ ze zdravotního pojištění; nabývá hodnot: 1 – první dočasná úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. 2 – druhá dočasná úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. A – ex lege (ze zákona) úhrada léčivého přípravku obsahujícího léčivou látku vyjmenovanou v §15 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., v provedení nejméně ekonomicky náročném B – výše a podmínky úhrady stanoveny podle § 32d zákona č. 48/1997 Sb. C – rozhodnutí o výši a podmínkách úhrady stanovené podle § 32d zákona č. 48/1997 Sb. dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné D – výše a podmínky úhrady léčivého přípravku určeného k léčbě vzácného onemocnění stanoveny dle § 39da zákona č. 48/1997 Sb. E – rozhodnutí o výši a podmínkách první dočasné úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné F – rozhodnutí o výši a podmínkách druhé dočasné úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné I – ex lege hrazené léčivé přípravky uvolněné ze systému rezervních zásob podle § 77g zákona č. 378/2007 Sb. (navýšení UHR o zvláštní obchodní přírážku stanovenou cenovým předpisem v souladu s § 39h odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.) M – stanoveno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 63/2007Sb. a platnost se řídí zákonem č. 261/2007 Sb. O – snížení úhrady jako součást opatření schváleného vládou k zajištění finanční stability systému zdravotního pojištění dle § 39i odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. P – přechodné snížení úhrady ex lege, tj. přechodné snížené úhrady ze zákona Q – přípravky s úhradou přímo ovlivněnou US, které nemají úhradu ve výši úhrady vítěze US R – léčivé přípravky uvolněné ze systému rezervních zásob podle § 77g zákona č. 378/2007 Sb. (navýšení UHR o zvláštní obchodní přírážku stanovenou cenovým předpisem v souladu s § 39h odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.) S – stanovena nebo změněna ve správním řízení podle zákona č. 48/1997 Sb. ve znění účinném od 1. 1. 2008 T – trvalá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. U – vítěz úhradové soutěže (US) V – LP je hrazen ex lege v rámci hrazené péče dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. V provedení nejméně ekonomicky náročném.

Název	Typ	Délka	Popis
			W – LP je hrazen ex lege v rámci hrazené služby dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. Týká se léčivých přípravků obsahujících očkovací látky, které schvaluje Ministerstvo zdravotnictví na základě doporučení Národní imunizační komise a zveřejňuje je formou sdělení ve Sbírce zákonů X – rozhodnutí o výši a podmínkách úhrady dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné Y – rozhodnutí o výši a podmínkách trvalé úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku, stanovené dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb., dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné
LIM1	C	2	Limit vztažený k UHR1. Nabývá hodnot mezera, A, C1, C2, C3, D, E, L, S, W nebo přípustných kombinací předchozích znaků ♣
OME1	C	40	Specifikace preskripčního omezení, vztaženého k UHR1 ♣
IND1	C	1	Indikační omezení (P nebo mezera), vztažené k UHR1 ♣
PUHR1	C	1	Příznak plné úhrady nabývá hodnot: ♣ I – ekonomicky nejméně náročná varianta LP plně hrazených ze zákona dle § 15 odst. 4 nebo § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. J – LP u nichž $MFC \leq UHR1$. Upozornění: Doprodeje dle cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR nejsou zohledněny. V případě, že je uplatněn doprodej v souladu s cenovým předpisem Ministerstva zdravotnictví ČR za cenu vyšší, může uplatněná cena pro konečného spotřebitele uvedenou výši úhrady přesahovat. M – LP obsahujících očkovací látky, které schvaluje MZ, dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. (Úhrada stanovená ex lege je rovna MFC.) U – LP plně hrazený na základě dohody o úhradě dle §39c odst. 2 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb.
JUHR1_PLATDO	D	8	V poli je vyplněno datum platnosti (datum do kterého je dočasná úhrada platná) ♣
SMLOUVY	N	5.2	Označení (1) smluvního ujednání, které může mít vliv na nákladovou efektivitu či dopad do rozpočtu, uzavřeného mezi osobami podle § 39f odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., a které je rozhodující pro přiznání nebo změnu výše a podmínek úhrady LP nebo PZLÚ ve správním řízení.
DNC	C	1	Označení dohodnuté nejvyšší ceny (X), podle dohody zdravotní pojišťovny s držitelem rozhodnutí o registraci léčivého přípravku, dovozcem nebo tuzemským výrobcem potraviny pro zvláštní lékařské účely nebo neregistrovaného LP zařazeném do specifického léčebného programu. V případě, že vypočtená MFC bude nižší než dohodnutá nejvyšší cena oznámená pojišťovnou, bude v označení uvedeno Y.
UHR2	\$	13.2	Druhá úhrada LP ♣

Název	Typ	Délka	Popis
LEG_JUHR2	C	1	Právní základ pro stanovení výše a podmínek druhé jádrové úhrady LP/PZLÚ ze zdravotního pojištění; nabývá hodnot: 1 – první dočasná úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. 2 – druhá dočasná úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. D – výše a podmínky úhrady léčivého přípravku určeného k léčbě vzácného onemocnění stanoveny dle § 39da zákona č. 48/1997 Sb. E – rozhodnutí o výši a podmínkách první dočasné úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné F – rozhodnutí o výši a podmínkách druhé dočasné úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné I – ex lege hrazené léčivé přípravky uvolněné ze systému rezervních zásob podle § 77g zákona č. 378/2007 Sb. (navýšení UHR o zvláštní obchodní přírážku stanovenou cenovým předpisem v souladu s § 39h odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.) O – snížení úhrady jako součást opatření schváleného vládou k zajištění finanční stability systému zdravotního pojištění dle § 39i odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. P – přechodné snížení úhrady ex lege, tj. přechodné snížené úhrady ze zákona Q – přípravky s úhradou přímo ovlivněnou US, které nemají úhradu ve výši úhrady vítěze US R – léčivé přípravky uvolněné ze systému rezervních zásob podle § 77g zákona č. 378/2007 Sb. (navýšení UHR o zvláštní obchodní přírážku stanovenou cenovým předpisem v souladu s § 39h odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.) S – stanovena nebo změněna ve správním řízení podle zákona č. 48/1997 Sb. ve znění účinném od 1.1.2008 T – trvalá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. U – vítěz úhradové soutěže (US) V – LP je hrazen ex lege v rámci hrazené péče dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. v provedení nejméně ekonomicky náročném W – LP je hrazen ex-lege v rámci hrazené služby dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., týká se léčivých přípravků obsahujících očkovací látky, které schvaluje Ministerstvo zdravotnictví na základě doporučení Národní imunizační komise a zveřejňuje je formou sdělení ve Sbírce zákonů a mezinárodních smluv. X – rozhodnutí o výši a podmínkách úhrady dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné Y – rozhodnutí o výši a podmínkách trvalé úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku, stanovené dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb., dosud nenabylo právní moci

Název	Typ	Délka	Popis
			a je předběžně vykonatelné Z – další zvýšená úhrada stanovená dle § 39b odst. 11 zákona č. 48/1997 Sb.
LIM2	C	2	Limit vztažený k UHR2. Nabývá hodnot mezera, A, D, C1, C2, C3, E, L, S, W nebo přípustných kombinací předchozích znaků. ♣
OME2	C	40	Specifikace preskripčního omezení, vztaženého k UHR2 ♣
IND2	C	1	Indikační omezení (P nebo mezera), vztažené k UHR2 ♣
PUHR2	C	1	Příznak plné úhrady nabývá hodnot: ♣ I – ekonomicky nejméně náročná varianta LP plně hrazených ze zákona dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. J – pro LP, které jsou plně hrazené v případě, že $MFC \leq UHR2$. Upozornění: Doprodeje dle cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR nejsou zohledněny. V případě, že je uplatněn doprodej v souladu s cenovým předpisem Ministerstva zdravotnictví ČR za cenu vyšší, může uplatněná cena pro konečného spotřebitele uvedenou výši úhrady přesahovat. M – LP obsahujících očkovací látky, které schvaluje MZ, dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. (Úhrada stanovená ex lege je rovna MFC.). U – LP plně hrazený na základě dohody o úhradě dle § 39c odst. 2 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb.
JUHR2_PLATDO	D	8	V poli je vyplněno datum platnosti (datum do kterého je dočasná úhrada platná) ♣
UHR3	\$	13.2	Třetí úhrada LP ♣
LEG_JUHR3	C	1	Právní základ pro stanovení výše a podmínek třetí jádrové úhrady LP/PZLÚ ze zdravotního pojištění; nabývá hodnot: ♣ 1 – první dočasná úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. 2 – druhá dočasná úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. D – výše a podmínky úhrady léčivého přípravku určeného k léčbě vzácného onemocnění stanoveny dle § 39da zákona č. 48/1997 Sb. E – rozhodnutí o výši a podmínkách první dočasné úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné F – rozhodnutí o výši a podmínkách druhé dočasné úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné I – ex lege hrazené léčivé přípravky uvolněné ze systému rezervních zásob podle § 77g zákona č. 378/2007 Sb. (navýšení UHR o zvláštní obchodní přírážku stanovenou cenovým předpisem v souladu s § 39h odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.) O – snížení úhrady jako součást opatření schváleného vládou k zajištění finanční stability systému zdravotního pojištění dle § 39i odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb.

Název	Typ	Délka	Popis
			P – přechodné snížení úhrady ex lege, tj. přechodné snížené úhrady ze zákona Q – přípravky s úhradou přímo ovlivněnou US, které nemají úhradu ve výši úhrady vítěze US R – léčivé přípravky uvolněné ze systému rezervních zásob podle § 77g zákona č. 378/2007 Sb. (navýšení UHR o zvláštní obchodní přírážku stanovenou cenovým předpisem v souladu s § 39h odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.) S – stanovena nebo změněna ve správním řízení podle zákona č. 48/1997 Sb. ve znění účinném od 1.1.2008 T – trvalá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. U – vítěz úhradové soutěže (US) V – LP je hrazen ex lege v rámci hrazené péče dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., v provedení nejméně ekonomicky náročném. W – LP je hrazen ex lege v rámci hrazené služby dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., týká se léčivých přípravků obsahujících očkovací látky, které schvaluje Ministerstvo zdravotnictví na základě doporučení Národní imunizační komise a zveřejňuje je formou sdělení ve Sbírce zákonů a mezinárodních smluv. X – rozhodnutí o výši a podmínkách úhrady dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné Y – rozhodnutí o výši a podmínkách trvalé úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku, stanovené dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb., dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné Z – další zvýšená úhrada stanovená dle § 39b odst. 11 zákona č. 48/1997 Sb.
LIM3	C	2	Limit vztažený k UHR3. Nabývá hodnot mezera, A, C1, C2, C3, D, L, E, S, W nebo přípustných kombinací předchozích znaků ♣
OME3	C	40	Specifikace preskripčního omezení, vztaženého k UHR3 ♣
IND3	C	1	Indikační omezení (P nebo mezera), vztažené k UHR3 ♣
PUHR3	C	1	Příznak plné úhrady nabývá hodnot: ♣ I – ekonomicky nejméně náročná varianta LP plně hrazených ze zákona dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. J – pro LP, které jsou plně hrazené v případě, že $MFC \leq UHR3$. Upozornění: Doprodeje dle cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR nejsou zohledněny. V případě, že je uplatněn doprodej v souladu s cenovým předpisem Ministerstva zdravotnictví ČR za cenu vyšší, může uplatněná cena pro konečného spotřebitele uvedenou výši úhrady přesahovat. M – LP obsahujících očkovací látky, které schvaluje MZ, dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. (úhrada stanovená ex lege je rovna MFC)

Název	Typ	Délka	Popis
			U – LP plně hrazený na základě dohody o úhradě dle § 39c odst. 2 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb.
JUHR3_PLATDO	D	8	V poli je vyplněno datum platnosti (datum do kterého je dočasná úhrada platná) ♣
ORC	\$	13.2	Orientační cena ♣
MFC	\$	13.2	Konečná cena - cena pro konečného spotřebitele (cena původce s maximální obchodní přírážkou dle cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví a DPH). V případě, že pro přípravek byla uzavřena smlouva zdravotní pojišťovny s držitelem o nejvyšší dohodnuté ceně nebo platný závazek o nepřekračování ceny přijaté v cenové soutěži je v tomto poli uvedena tato cena, která je nižší než MFC. Jestliže vypočtená MFC bude nižší než dohodnutá nejvyšší cena oznámená pojišťovnou nebo cena přijatá v cenové soutěži, bude v tomto poli uvedena vypočtená hodnota MFC. ♣
RP	\$	13.2	Rezervní pole
POCDAV	N	13.0	Počet dávek očkovací látky v balení
ZVL	C	1	Označení zvláštní položky ♣
TXL	C	1	Označení taxy laborum
TAX	\$	13.2	Taxa laborum
ATC	C	7	Anatomicko-terapeuticko-chemická skupina ♣
ATC3	C	3	Anatomicko-terapeutická skupina
ATC1	C	1	Anatomická skupina
ODTD1	\$	13.4	Obvyklá denní terapeutická dávka pro UHR1
ODTDJ1	C	5	Obvyklá denní terapeutická dávka – jednotka pro ODTD1
ODTDBAL1	N	11.4	Obvyklá denní terapeutická dávka – počet v balení pro ODTD1
ODTD2	\$	13.4	Obvyklá denní terapeutická dávka pro UHR2
ODTDJ2	C	5	Obvyklá denní terapeutická dávka – jednotka pro ODTD2
ODTDBAL2	N	11.4	Obvyklá denní terapeutická dávka – počet v balení pro ODTD2
ODTD3	\$	13.4	Obvyklá denní terapeutická dávka pro UHR3
ODTDJ3	C	5	Obvyklá denní terapeutická dávka – jednotka pro ODTD3
ODTDBAL3	N	11.4	Obvyklá denní terapeutická dávka – počet v balení pro ODTD3
ZU_ODTD1	\$	13.4	Úhrada za ODTD1
ZU_ODTD2	\$	13.4	Úhrada za ODTD2
ZU_ODTD3	\$	13.4	Úhrada za ODTD3
ZAP1	\$	13.2	Započitatelný doplatek na UHR1 ♣
NEZAP1	C	1	Příznak kategorie léčiva (započitatelnosti do limitu) ♣ P – obsahuje látky zařazené mezi podpůrné a doplňkové U – některý přípravek ve skupině (stejná ATC + stejná cesta podání) je plně hrazen 0 – přípravky, které se nevydávají pacientovi v lékárně (LIM: A, C1, C2, C3, D, S)

Název	Typ	Délka	Popis
			1 – přípravek má započitatelný doplatek vyšší než nula: přepočítaný podle nejlevnějšího ve skupině (stejná ATC + stejná cesta podání), ten je první v pořadí Z – obsahuje látky, u kterých je ve vyhlášce stanovující seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě uvedeno, že neplatí u diagnóz uvedených v omezení stanoveném pro konkrétní léčivou látku. V případě předepsání v souladu s indikačním omezením, je přípravek hrazen ze zdravotního pojištění a doplatek započítáván způsobem obvyklým N – přípravek není na trhu X – nezapočítává se do limitu - nehrazený LP C – stanovení výše a podmínek úhrady podle ustanovení § 32c zákona č. 48/1997 Sb. (Tyto přípravky nejsou kalkulovány do výpočtu výše započitatelných doplatků do limitu podle § 16b odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.)
ZAP2	\$	13.2	Započitatelný doplatek na UHR2 ♣
NEZAP2	C	1	Příznak kategorie léčiva (započitatelnosti do limitu) ♣ P – obsahuje látky zařazené mezi podpůrné a doplňkové U – některý přípravek ve skupině (stejná ATC + stejná cesta podání) je plně hrazen 0 – přípravky, které se nevydávají pacientovi v lékárně (LIM: A, C1, C2, C3, D, S) 1 – přípravek má započitatelný doplatek vyšší než nula: přepočítaný podle nejlevnějšího ve skupině (stejná ATC + stejná cesta podání), ten je první v pořadí Z – obsahuje látky, u kterých je ve vyhlášce stanovující seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě uvedeno, že neplatí u diagnóz uvedených v omezení stanoveném pro konkrétní léčivou látku. V případě předepsání v souladu s indikačním omezením, je přípravek hrazen ze zdravotního pojištění a doplatek započítáván způsobem obvyklým N – přípravek není na trhu X – nezapočítává se do limitu C – stanovení výše a podmínek úhrady podle ustanovení § 32c zákona č. 48/1997 Sb. (Tyto přípravky nejsou kalkulovány do výpočtu výše započitatelných doplatků do limitu podle § 16b odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.)
ZAP3	\$	13.2	Započitatelný doplatek na UHR3 ♣
NEZAP3	C	1	Příznak kategorie léčiva (započitatelnosti do limitu) ♣ P – obsahuje látky zařazené mezi podpůrné a doplňkové U – některý přípravek ve skupině (stejná ATC + stejná cesta podání) je plně hrazen 0 – přípravky, které se nevydávají pacientovi v lékárně (LIM: A, C1, C2, C3, D, S)

Název	Typ	Délka	Popis
			I – přípravek má započitatelný doplatek vyšší než nula: přepočítaný podle nejlevnějšího ve skupině (stejná ATC + stejná cesta podání), ten je první v pořadí Z – obsahuje látky, u kterých je ve vyhlášce stanovující seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě uvedeno, že neplatí u diagnóz uvedených v omezení stanoveném pro konkrétní léčivou látku. V případě předepsání v souladu s indikačním omezením, je přípravek hrazen ze zdravotního pojištění a doplatek započítáván způsobem obvyklým N – přípravek není na trhu X – nezapočítává se do limitu C – stanovení výše a podmínek úhrady podle ustanovení § 32c zákona č. 48/1997 Sb. (Tyto přípravky nejsou kalkulovány do výpočtu výše započitatelných doplatků do limitu podle § 16b odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.)
S_REG	C	2	Stav registrace, základní hodnoty jsou: R – registrovaný LP B – LP po provedené změně může být uváděn na trh po dobu 6 měsíců a používán do uplynutí doby použitelnosti, nejdéle po dobu platnosti registrace C – zrušená registrace s povoleným doprodejem LP, přípravek bude stažen z oběhu do doby uvedené v rozhodnutí o zrušení registrace F – specifický léčebný program povolený MZ ČR na základě doporučení SÚKL P – PZLÚ Y – registrace, která pozbyla platnost, přípravek bude stažen z oběhu do doby uvedené v rozhodnutí
TCR	C	3	Typ cenové regulace – nabývá hodnot MCV – maximální cena výrobce, OP – regulace obchodní přírážky, výrobní cena nepodléhá regulaci podle cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR OPN – regulace obchodní přírážky výší nominální hodnoty podle cenového předpisu MZ ČR pro LP hrazené podle § 32c zákona č. 48/1997 Sb.
END	C	1	Výběhové přípravky
DAT	D	8	Datum změny
ZPVYD	C	1	Klasifikace typu výdeje LP F – LP může být vydáván bez lékařského předpisu, L – LP může být vydán na základě lékařského předpisu předepsaného lékařem se specializovanou způsobilostí, a to pouze poskytovateli zdravotních služeb poskytujícímu zdravotní služby formou lůžkové péče, O – LP může být vydán bez lékařského předpisu, ale je stanoveno omezení výdeje (§ 39 odst. 5 zákona o léčivech),

Název	Typ	Délka	Popis
			P – LP může být vydán bez lékařského předpisu, ale je stanoveno omezení množství LP, které může být vydáno jednomu pacientovi ve stanoveném období (§ 39 odst. 5 zákona o léčivech), R – LP může být vydáván pouze na lékařský předpis, V – vyhrazený LP
RP1	\$	13.2	Rezervní pole 1
RP2	C	1	Rezervní pole 2
RP3	C	2	Rezervní pole 3
NAZ_REG	C	70	Registrační název LP
RP5	C	1	Rezervní pole 5
RP6	C	1	Rezervní pole 6
POC_UHR	\$	13.4	V tomto poli bude umístěno číslo odpovídající počtu úhrad z p. v. z. p., tedy: 0 – nehrazený LP X – LP s UHRX Toto pole slouží jako napojení na pomocný číselník k číselníku LEKY
RP8	C	5	Rezervní pole 8
RP9	\$	11.4	Rezervní pole 9
RP10	\$	13.4	Rezervní pole 10
RP11	\$	13.2	Rezervní pole 11
RP12	C	1	Rezervní pole 12

I – 3.6.1.1. Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely – další úhrady (Pomocný číselník k číselníku LEKY)

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	7	Kód léčivého přípravku (LP)
NAZ	C	70	Název LP
DOP	C	75	Doplňek názvu
PORADI_UHRX	N	3	Číslo pořadí úhrady X
UHRX	\$	13.2	X-tá úhrada LP ♣
LEG_JUHRX	C	1	Právní základ pro stanovení výše a podmínek jádrové úhrady LP/PZLÚ ze zdravotního pojištění; nabývá hodnot: 1 – první dočasná úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. 2 – druhá dočasná úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. D – výše a podmínky úhrady léčivého přípravku určeného k léčbě vzácného onemocnění stanoveny dle § 39da zákona č. 48/1997 Sb. E – rozhodnutí o výši a podmínkách první dočasné úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné ♣

Název	Typ	Délka	Popis
			F – rozhodnutí o výši a podmínkách druhé dočasné úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné I – ex lege hrazené léčivé přípravky uvolněné ze systému rezervních zásob podle § 77g zákona č. 378/2007 Sb. (navýšení UHR o zvláštní obchodní přírážku stanovenou cenovým předpisem v souladu s § 39h odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.) R – léčivé přípravky uvolněné ze systému rezervních zásob podle § 77g zákona č. 378/2007 Sb. (navýšení UHR o zvláštní obchodní přírážku stanovenou cenovým předpisem v souladu s § 39h odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.) T – trvalá úhrada vysoce inovativního léčivého přípravku dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb. V – LP je hrazen ex lege v rámci hrazené služby dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. v provedení nejméně ekonomicky náročném W – LP je hrazen ex lege v rámci hrazené služby dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. Týká se léčivých přípravků obsahujících očkovací látky, které schvaluje Ministerstvo zdravotnictví na základě doporučení Národní imunizační komise a zveřejňuje je formou sdělení ve Sbírce zákonů. Y – rozhodnutí o výši a podmínkách trvalé úhrady vysoce inovativního léčivého přípravku, stanovené dle § 39d zákona č. 48/1997 Sb., dosud nenabylo právní moci a je předběžně vykonatelné
LIMX	C	2	Limit vztažený k UHRX. Nabývá hodnot mezera, A, C1, C2, C3, D, E, L, S, W nebo přípustných kombinací předchozích znaků ♣
OMEX	C	40	Specifikace preskripčního omezení, vztaženého k UHRX ♣
INDX	C	1	Indikační omezení (P nebo mezera), vztažené k UHRX ♣
PUHRX	C	1	Príznak plné úhrady nabývá hodnot: ♣ I – ekonomicky nejméně náročná varianta LP plně hrazených ze zákona dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. J – LP u nichž $MFC \leq UHR1$. Upozornění: Doprodeje dle cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví ČR nejsou zohledněny M – LP obsahujících očkovací látky, které schvaluje MZ, dle § 30 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. (Úhrada stanovená ex lege je rovna MFC.) U – LP plně hrazený na základě dohody o úhradě dle §39c odst. 2 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb.
JUHRX_PLATDO	D	8	V poli je vyplněno datum platnosti (datum, do kterého je dočasná úhrada platná) ♣
ODTDX	\$	13.4	Obvyklá denní terapeutická dávka pro UHRX
ODTDJX	C	5	Obvyklá denní terapeutická dávka – jednotka pro ODTDx
ODTDBALX	N	11.4	Obvyklá denní terapeutická dávka – počet v balení pro ODTDx

Název	Typ	Délka	Popis
ZU_ODTDX	\$	13.4	Úhrada za ODTDX
ZAPX	\$	13.2	Započitatelný doplatek na UHRX ♣
NEZAPX	C	1	Příznak kategorie léčiva (započitatelnosti do limitu) ♣ P – obsahuje látky zařazené mezi podpůrné a doplňkové U – některý přípravek ve skupině (stejná ATC + stejná cesta podání) je plně hrazen 0 – přípravky, které se nevydávají pacientovi v lékárně (LIM: A, C1, C2, C3, D, S) 1 – přípravek má započitatelný doplatek vyšší než nula: přepočítaný podle nejlevnějšího ve skupině (stejná ATC + stejná cesta podání), ten je první v pořadí Z – obsahuje látky, u kterých je ve vyhlášce stanovující seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě uvedeno, že neplatí u diagnóz uvedených v omezení stanoveném pro konkrétní léčivou látku. V případě předepsání v souladu s indikačním omezením, je přípravek hrazen ze zdravotního pojištění a doplatek započítáván způsobem obvyklým N – přípravek není na trhu X – nezapočítává se do limitu - nehrazený LP C – stanovení výše a podmínek úhrady podle ustanovení § 32c zákona č. 48/1997 Sb. (Tyto přípravky nejsou kalkulovány do výpočtu výše započitatelných doplatků do limitu podle § 16b odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.)
RP1	\$	13.2	Rezervní pole 1
RP2	C	1	Rezervní pole 2

I – 3.6.2. Individuálně připravované léčivé přípravky, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	7	Kód léku
NAZ	C	70	Název léku
DOP	C	80	Doplňek názvu
CESTA	C	7	Cesta podání
FORMA	C	19	Forma podání
BALENI	C	22	Balení
SILA	C	15	Síla
OBAL	C	3	Obal
TYP	C	2	Typ podskupiny IVLP (dle pomocného číselníku SÚKL)
MJD	C	4	Měrná jednotka
MNO	C	8	Množství
UHR1	\$	13.2	Maximální úhrada ♣
MFC	\$	13.2	Konečná cena ♣
LIM1	C	2	Limit. Nabývá hodnot mezera, A, B, C1, C2, C3, D, E, L, Q, R, S, W, X, Y ♣

Název	Typ	Délka	Popis	
OME1	C	27	Specifikace preskripčního omezení	♣
IND1	C	1	Indikační omezení (P nebo jiné)	
PUHR1	C	1	Způsob úhrady pojišťovnou (I, mezera, N)	♣
UHRPROC	N	5.2	Procento úhrady pojišťovnou	
ZVL	C	1	Označení zvláštní položky	♣
TXL	C	1	Označení taxy laborum	
TAX	\$	13.2	Taxa laborum	
ATC	C	7	Anatomicko-terapeuticko-chemická skupina	
ATC3	C	3	Anatomicko-terapeutická skupina	
ATC1	C	1	Anatomická skupina	
ZAP1	\$	13.2	Započitatelný doplatek na UHR1	♣
UHR2	\$	13.2	Zvýšená úhrada	♣
ZAP2	\$	13.2	Započitatelný doplatek na UHR2	♣
NEZAP	C	1	Příznak kategorie LP (započitatelnost do limitu): "0" – nezapočítává se do limitu "1" – započítává se do limitu "3" – LP, jejichž úhrada je nižší než 30 % maximální ceny "C" – stanovení výše a podmínek úhrady podle ustanovení § 32c zákona č. 48/1997 Sb. (Tyto přípravky nejsou kalkulovány do výpočtu výše započitatelných doplateků do limitu podle § 16b odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.) "N" – pro přípravky nedostupné na trhu "P" – pomocné a doplňkové LP, které se započítávají do limitu jen pojištěncům starším 65 let (vč. dne dovršení 65. roku) "U" – LP, který je ve "skupině" (stejná ATC a stejná cesta podání), kde je plně hrazený léčivý přípravek „X“ – nezapočítává se do limitu – nehrazený LP "Z" – započítává se u stanovených indikačních omezení	♣
ZPVYD	C	1	Klasifikace typu výdeje LP: Nevyplněno - typ výdeje není specifikován „R“ – LP s výdejem vázaným na lékařský předpis „F“ – volně prodejné LP „O“ – LP s výdejem bez lékařského předpisu s omezením „V“ – volně prodejné LP, které je možno prodávat i jinde než v lékárně (vyhrazené LP)	
RP1	C	1	Rezervní pole 1	
RP2	\$	13,2	Rezervní pole 2	
RP3	C	15	Rezervní pole 3	
RP4	\$	13.2	Rezervní pole 4	
RP5	N	8	Rezervní pole 5	

Typy podskupin číselníku IVLP definované k 1.1.2010 *)

11	Individuálně připravované léčivé přípravky (magistraliter)
12	Transfuzní přípravky a krvetvorné buňky
13	Radiofarmaka
14	Parenterální výživa pro domácí terapii
15	Autologní transfuzní přípravky

*) podskupiny budou doplňovány do číselníku IVLP dle pomocného číselníku SÚKL

I – 3.6.3. Zdravotnické prostředky

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	7	Kód ZP
PKOD	C	7	Původní kód ZP
NAZ	C	70	Název ZP
DOP	C	80	Doplňek názvu ZP
PRO	C	1	Preskripční označení
TYP	C	2	Typ skupiny ZP
MJD	C	6	Počet měrných jednotek v balení
MJ	C	4	Měrná jednotka
TBAL	C	4	Typ balení
VYR	C	3	Výrobce
ZEM	C	3	Země výrobce
OHL	C	80	Název ohlašovatele
UHR1	\$	13.2	Maximální úhrada zdravotní pojišťovnou ♣
LIM1	C	1	Příznak schválení úhrady vztažený k UHR1 ♣
OME1	C	80	Specializace předepisujícího lékaře vztažená k UHR1 ♣
UHR2	\$	13.2	Druhá maximální úhrada zdravotní pojišťovnou ♣
LIM2	C	1	Příznak schválení úhrady vztažený k UHR2 ♣
OME2	C	80	Specializace předepisujícího lékaře vztažená k UHR2 ♣
UHR3	\$	13.2	Třetí maximální úhrada zdravotní pojišťovnou ♣
LIM3	C	1	Příznak schválení úhrady vztažený k UHR3 ♣
OME3	C	80	Specializace předepisujícího lékaře vztažená k UHR3 ♣
MFC	\$	13.2	Konečná cena ♣
DNC	C	1	Písemné ujednání o ceně ve veřejném zájmu; nabývá hodnot: 1 – DNC 2 – DNC se závazkem 3 – cenová soutěž
UHS	C	15	Úhradová skupina
UPO	C	1	Způsob úhrady pojišťovnou; nabývá hodnot: R – zapůjčovaný ZP I – plně hrazený ZP Prázdné – úhrada ZP dle pole UHR1, UHR2, UHR3 ♣
UHP	N	5.2	Procento úhrady pojišťovnou ♣
UDOKS	N	10	Počet MJ za UDO
UDO	C	10	Užitná doba
SKP	C	1	Skupina postižení; nabývá hodnot: S – označení pro sluchadla a řečové procesory X – označení indikačních skupin pro předpis sluchadel prázdné

Název	Typ	Délka	Popis
DAT	C	8	Datum změny
KAT	C	5	Kategorie
RP1	C	80	Rezervní pole 1
RP2	\$	13.2	Rezervní pole 2
RP3	C	80	Rezervní pole 3
RP4	\$	13.2	Rezervní pole 4
RP5	C	80	Rezervní pole 5

I – 3.6.4. Stomatologické výrobky

Číselník Stomatologické výrobky také obsahuje stomatologické výrobky pro děti.

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	7	Kód výrobku
NAZ	C	110	Název výrobku
PRO	C	1	Preskripční omezení
TYP	C	2	Typ výrobku
MJD	C	4	Měrná jednotka
VYR	C	3	Výrobce
ZEM	C	3	Země výrobce
MAX	\$	13.2	Maximální úhrada pojišťovnou ♣
ORC	\$	13.2	Orientační cena ♣
KAL	\$	13.2	Kalkulace ceny laboratoře
KAO	\$	13.2	Kalkulace ceny ordinace
UPO	C	1	Způsob úhrady pojišťovnou (I, C, N) ♣
UHP	N	5.2	Procento úhrady pojišťovnou
ZVL	C	1	Označení zvláštní položky ♣
ZIV	C	2	Životnost
SLI	C	3	Skupina slitin dle použití
ORT	C	3	Kategorie ortodontie
MAM	N	3	Maximální možné množství (počet měrných jednotek) vykázané na řádku ♣
SZI	C	1	Sledování životnosti: (A – u výrobku se sleduje, N – nesleduje)
PVK	C	1	Povinné vyplnění kvadrantu (A – povinné, N – nepovinné) ♣
PVZ	C	1	Povinné vyplnění zubu v kvadrantu (A, N) ♣
LOK	C	1	Lokalizace – upřesnění povinného vykazování: Z – vykazuje se na zub Č – vykazuje se na čelist nevyplněno – upřesnění vykazování není specifikováno
REZ2	C	1	Rezerva 2
DAT	C	8	Datum změny
RP1	C	1	Rezervní pole 1
RP2	\$	13.2	Rezervní pole 2
RP3	C	15	Rezervní pole 3
RP4	\$	13.2	Rezervní pole 4

Název	Typ	Délka	Popis
RP5	N	10	Rezervní pole 5

I – 3.7. Smluvní odbornosti pracovišť

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	3	Kód smluvní odbornosti pracoviště
NAZ	C	60	Název smluvní odbornosti pracoviště
PH1	\$	7.2	Paušál za léčivé přípravky za ošetrovací den v hospitalizaci ♣
PH2	\$	7.2	Paušál za léčivé přípravky za ošetrovací den v hospitalizaci (rezerva) ♣
PH3	\$	7.2	Paušál za léčivé přípravky za ošetrovací den v hospitalizaci (rezerva) ♣
PH4	\$	7.2	Paušál za léčivé přípravky za ošetrovací den v hospitalizaci (rezerva) ♣
PH5	\$	7.2	Příznak pro validační výjimky: 1.00 – povolená propustka v posledních třech dnech hospitalizace ♣
PA1	\$	7.2	Paušál za léčivé přípravky v ambulanci na jedno ošetření ♣
PA2	\$	7.2	Paušál za léčivé přípravky v ambulanci – Kč na tisíc vykázaných bodů ♣
SODB	C	3	Obor ústavní péče – nadřazená odbornost

I – 3.8. Doprava

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	2	Číslo výkonu dopravy
NAZ	C	254	Název dle sazebníku dopravy
TXT	C	254	Text – vysvětlení dle sazebníku
TLE	N	6.1	Čas lékaře
TOS	N	6.1	Čas ostatní
PMN	\$	7.2	Přímé materiálové. náklady ♣
PZN	\$	7.2	Přímé mzdové náklady
REN	\$	7.2	Režijní náklady
CEN	\$	7.2	Celkové náklady
BOD	\$	6.2	Počet bodů ♣
DOKL	N	2	Číslo dokladu, na kterém je dovoleno kód vykázat
PVKM	C	1	Příznak vyplnění km (počet) na dokladu „A“ – povinné „N“ – nepovinné „Z“ – zakázané
PVKC	C	1	Příznak vyplnění Kč na dokladu (A, N, Z)
VAKM	C	1	Atribut km z dokladu vstupuje do výpočtu úhrady „1“ – ano „0“ – ne
VAKC	C	1	Atribut Kč z dokladu vstupuje do výpočtu úhrady (0,1)

Název	Typ	Délka	Popis
SMSAZ	C	1	Sazba v Kč na 1 km ve smlouvě se PZS „A“ – ano „N“ – ne „Z“ – zakázáno
SMBOD	C	1	Sazba v bodech na 1 km ve smlouvě s PZS (A, N nebo Z)
SMPAU	C	1	S PZS nasmlouván paušál v Kč (A, N nebo Z)
SMPMN	C	1	S PZS nasmlouvány přímé materiálové náklady v Kč (A, N nebo Z)
MINUH	N	1	Úhrada se počítá jako minimum z {(sazba x počet km) Kč vykázané na dokladu}: „0“ – ne, „1“ – ano
DRUN	N	3	Druh nákladové položky pro kód
DRUK	N	3	Druh konsolidace
MAXKM	N	3	Údaj o max. počtu km, které lze pro daný kód vykázat
REZ1	N	1	Rezerva 1
REZ2	N	1	Rezerva 2
REZ3	N	1	Rezerva 3
REZ4	N	1	Rezerva 4
REZ5	N	1	Rezerva 5

I – 3.9. ORPHA kódy vzácných onemocnění

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	6	ORPHA kód
NAZ	C	254	Název onemocnění
MKN	C	254	Diagnózy dle MKN

Zdrojem číselníku je portál Orphanet nabízející všem zájemcům informace o vzácných onemocněních a léčivých přípravcích pro vzácná onemocnění (<http://www.orphanet.cz>).

Možnost vyhledávání seznamu vzácných onemocnění je k dispozici na webových stránkách Společnosti lékařské genetiky a genomiky ČLS JEP (<https://slg.cz/vzacna-onemocneni/>).

I – 3.10. Doporučení hospitalizace

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	1	Kód doporučení k hospitalizaci
NAZ	C	60	Název doporučení

I – 3.11. Náhrady za zdravotní péči

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	1	Kód náhrady
NAZ	C	60	Název náhrady

Název	Typ	Délka	Popis
TXT	C	254	Text – vysvětlení
SUB	C	60	Osoba, subjekt povinné náhrady
PRI	N	2	Priorita náhrady

I – 3.12. Skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatolog. výrobků

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	1	Kód druhu položky
NAZ	C	60	Název druhu položky

I – 3.13. Ukončení léčení

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	1	Kód ukončení léčení
NAZ	C	126	Význam

I – 3.14. Druh dokladu a typ dávky

Číselník nemá datové rozhraní.

I – 3.15. Územní pracoviště VZP

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
CPO	C	4	Číslo územního pracoviště
NAZ	C	22	Název územního pracoviště
AP1	C	30	Adresa územního pracoviště 1. část
AP2	C	30	Adresa územního pracoviště 2. část
PSP	C	5	PSČ územního pracoviště
BNK	C	30	Název banky
UCT	C	18	Číslo účtu
SMK	C	4	Směrový kód banky
AB1	C	30	Adresa banky 1. část
AB2	C	30	Adresa banky 2. část
PSB	C	5	PSČ banky

I – 3.16. Lokalizace

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KZP	C	1	Označení kvadrantu, zubu nebo rezervy. Nabývá hodnot „K“, „Z“ nebo „P“.
NAZ	C	50	Význam

KVA	C	1	Kód kvadrantu
ZUB	C	1	Kód zubu
REZ1	C	1	Rezerva 1
REZ2	C	1	Rezerva 2

I – 3.17. Zdravotní pojišťovny

Číselník nemá datové rozhraní.

I – 3.18. Kódy desetimístné identifikace

Číselník nemá datové rozhraní.

I – 3.19. Výkony s povinnou lokalizací zubu

Slouží pro kontrolu v aplikaci, zda je u některého stomatologického výkonu vykazování lokalizace výkonu na dokladech 01s a 02s povinné, nepovinné nebo zakázané.

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	5	Číslo výkonu, u kterého může být povinná lokalizace kvadrantu nebo zubu
NAZ	C	50	Zkrácený název výkonu
KVA	C	1	Kód kvadrantu „A“ – povinné vyplnění „N“ – nepovinné vyplnění „Z“ – zakázané vyplnění
ZUB	C	1	Kód zubu. (A, N nebo Z)
REZ1	C	1	Rezerva
REZ2	C	1	Rezerva

I – 3.20. Ukončení lázeňské/ozdravenské péče

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD_UKO	C	1	Kód ukončení
DRU_UKO	C	50	Význam
SAN_UKO	C	1	Sankce pacientovi „A“ – ano, „N“ – ne, „I“ – individuálně

I – 3.21. Přerušení lázeňské/ozdravenské péče

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD_PRE	C	1	Kód přerušení
DRU_PRE	C	50	Význam

I – 3.22. Náklady lázeňské/ozdravenské péčeAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD_NAK	C	1	Kód nákladu
DRU_NAK	C	50	Druh nákladu

I – 3.23. Indikační skupiny lázeňské péčeAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD_IND	C	9	Kód indikační skupiny
DRU_IND	C	50	Význam

I – 3.24. Typy lázeňské péčeAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD_TYP	C	1	Kód typu lázeňské péče
DRU_TYP	C	50	Význam

I – 3.25. Kategorie ubytování lázeňské péčeAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD_KUB	C	3	Kód kategorie ubytování
DRU_KUB	C	50	Význam

I – 3.26. Typy ozdravenského programuAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD_O	C	4	Kód typu ozdravenského programu
DRUH_O	C	50	Význam

I – 3.27. Druh pojistného vztahuAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
DPOJ	C	2	Druh pojistného vztahu
DPOJ_O	C	50	Význam

I – 3.28. Druh úhradyAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
DUHR	C	1	Druh úhrady
DUHR_O	C	50	Význam

I – 3.29. Období fakturaceAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	1	Kód fakturačního období
NAZ	C	60	Název fakturačního období

I – 3.30. Další číselníky, nepopsané v Metodice**I – 3.30.1. Typy smluvních subjektů**Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KAT	C	2	Kategorie subjektu
KOD	C	3	Typ subjektu
NAZ	C	60	Název smluvního subjektu

I – 3.30.2. KonstantyAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	2	Kód konstanty
HOD	\$	7.2	Hodnota konstanty ♣
NAZ	C	30	Název konstanty

I – 3.30.3. Výdajové fondyAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	3	Kód výdajového fondu
NAZ	C	30	Název výdajového fondu
HOD	\$	4.2	Hodnota bodu výdajového fondu ♣
CIN	C	3	„Činnost“ pro potřeby účetnictví pojišťovny
TYPVF	C	1	Typ výdajového fondu „K“ = kapitální platba

I – 3.30.4. Preskripční omezení*Atributy:*

Název	Typ	Délka	Popis
OZO	C	5	Označení odbornosti lékařů pro účely preskripčního omezení: atribut OME v číselníku LEKY, IVLP a ZP
NAZ	C	100	Název odbornosti z číselníků léčivých přípravků a ZP
PRI	C	1	Příznak, zda odbornost lékařů kontrolovat: A – kontrolovat, N – ne
ODB1	C	3	Odbornost 1 podle číselníku Odbornosti
ODB2	C	3	Odbornost 2 podle číselníku Odbornosti
ODB3	C	3	Odbornost 3 podle číselníku Odbornosti
ODB4	C	3	Odbornost 4 podle číselníku Odbornosti
ODB5	C	3	Odbornost 5 podle číselníku Odbornosti
ODB6	C	3	Odbornost 6 podle číselníku Odbornosti
ODB7	C	3	Odbornost 7 podle číselníku Odbornosti
ODB8	C	3	Odbornost 8 podle číselníku Odbornosti
ODB9	C	3	Odbornost 9 podle číselníku Odbornosti
ODB10	C	3	Odbornost 10 podle číselníku Odbornosti

I – 3.30.5. Druh dokladu a bonifikace

Číselník slouží pro zpracování starých dávek dokladů – neudržuje se.

Atributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	2	Kód druhu dokladu
NAZ	C	60	Název druhu dokladu
BON	\$	5.2	Hodnota bonifikace ♣
DRU	C	1	Druh bonifikace (řádek R, doklad D, nebonifikováno N) ♣

I – 3.30.6. Druh péče*Atributy:*

Název	Typ	Délka	Popis
DPECE	C	2	Druh péče
DPECE_O	C	80	Název druhu péče

I – 3.30.7. Skupiny zdravotnických prostředků*Atributy:*

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	2	Kód skupiny ZP
NAZ	C	80	Název skupiny ZP

I – 3.30.8. RegionyAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	4	Kód regionu
NAZ	C	30	Název regionu

I – 3.30.9. Druh dokladuAtributy:

Název	Typ	Délka	Popis
KOD	C	3	Kód dokladu
NAZ	C	60	Název dokladu