

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

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

Zdravotní péči v odborných léčebnách pro dospělé s OD 00022 doporučuje ošetřující lékař. V případě, kdy je pacient indikován k lůžkové léčebně rehabilitační péči z vlastního sociálního prostředí, podává zdravotní pojišťovně návrh registrující praktický lékař nebo lékař ambulantního poskytovatele; v případě indikace léčebně rehabilitační péče ošetřujícím lékařem při hospitalizaci podává zdravotní pojišťovně návrh tento OL. Žádá-li OL překlad, pak podává návrh zdravotní pojišťovně, a kromě toho ještě předává kopii návrhu spolu s překladovou zprávou přímo léčebně, do které je překlad předjednan. Návrh se podává buď na čtyřdílném průpisovém tiskopisu **Návrh na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně** (tiskopis se vyplňuje psacím strojem), vytištěný pomocí PC, nebo elektronicky prostřednictvím DR. Návrh včetně příloh musí být kompletně buď v papírové, nebo v elektronické formě. Na jednotlivých očíslovaných dílech tiskopisu je v záhlaví vyznačeno, pro koho jsou určeny:

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

díl 2 k vyúčtování

díl 3 zdravotní pojišťovně k dokumentaci

díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci

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

### Postup vyplňování tiskopisu

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

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

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

Dále se vyplňuje:

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

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

**Rok návrhu** – zadá zdravotní pojišťovna.

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

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

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

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

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

**Typ** – uvede se příslušný kód I, II, nebo III. V případě překlady 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 léčen s OD 00022 a uvede jej na lince 1, doplňkově i na lince 2. V případě překlady z lůžka na lůžko se uvede název léčebny po předchozím projednání ošetřujícího lékaře s určeným zástupcem léčebny.

**Dne** – uvede se datum vystavení návrhu.

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

V případě překlady z lůžka na lůžko musí být dodržen termín nástupu na léčebně rehabilitační péči ihned po propuštění, s max. tolerancí 10 kalendářních dnů. Pokud se v případě návrhu vystaveného ošetřujícím lékařem za hospitalizace nejedná o překlad z lůžka na lůžko, musí být dodržen termín nástupu na léčebně rehabilitační péči do 1 měsíce ode dne schválení návrhu zdravotní pojišťovnou, jinak návrh pozbývá platnost.

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

## Postup schvalování návrhu

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

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

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

Řádně vyplněný formulář navrhuující 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 proškrtně slova „Upravuji – zamítám“.

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

**Zamítám (důvod)** – V tomto případě odešle oprávněná osoba zdravotní pojišťovny nepotřebné díly návrhu (PC originál) se zdůvodněním zamítnutí zpět navrhuujícímu 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 příložené odborné lékařské zprávě, která je součástí návrhu.

Osnova lékařské zprávy:

### A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA

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

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

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

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

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

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

**C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV** (event. odborná vložka nebo překladová zpráva): uvede se kompletní objektivní nálezný 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): navrhuje 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 pokračování léčby v léčebně vystavení nového návrhu. Jedná se tedy o pokračování jedné hospitalizace. Při výše uvedeném důvodu přerušeni 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 přerušeni léčby na více než 3 dny z oprávněných důvodů ze strany poskytovatele.

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

---

<sup>i</sup> 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.