

# **METODIKA SZP ČR**

## **k Číselníku zdravotnických prostředků SZP ČR**

### **METODIKA SCHVALOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU**

***Platnost od 01.01.2022***

V souladu se zněním zákona č. 89/2021 Sb. o zdravotnických prostředcích a novely zákona č. 268/2014 Sb. o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro ve znění zákona č. 90/2021 Sb., se mění předepisování zdravotnických prostředků na *Poukaz*.

V souvislosti s tím zdravotní pojišťovny (SZP ČR) upřesňují tuto metodiku pro případy, kdy je pro výdej a úhradu předepsovaného zdravotnického prostředku vyžadováno předchozí schválení **Poukazu zdravotní pojišťovnou**.

## **STANOVENÝ POSTUP PRO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY RBP, VOZP A ZPMV:**

### **A) Žadatelem je smluvní poskytovatel zdravotních služeb**

1. Smluvní poskytovatel zdravotních služeb (dále jen „PZS“) předloží příslušné zdravotní pojišťovně (v listinné nebo elektronické podobě) *Žádanku o schválení (povolení)* – tiskopis VZP 21/2013 (dále jen „*Žádanka*“). *Žádanka* musí být náležitě vyplněna se zdůvodněným požadavkem a musí obsahovat veškeré náležitosti a nutné podklady k vyřízení v souladu s aktuálně platnou Metodikou pro pořizování a předávání dokladů. (*Poukaz* ošetřující lékař vystaví až na základě schválení.)
2. Oprávněná osoba pojišťovny se k žádosti vyjádří, schválení či neschválení žádosti zanesse do informačního systému a odešle rozhodnutí o výsledku posouzení zpět PZS.
3. PZS po obdržení schválené *Žádanky* vystaví *Poukaz* v souladu s doručeným rozhodnutím o výsledku posouzení. Na *Poukazu*, v místě pro záznamy zdravotní pojišťovny, potvrdí předepisující lékař schválení zdravotní pojišťovnou, a to poznámku „Schváleno zdravotní pojišťovnou“, datum schválení z rozhodnutí zdravotní pojišťovny o schválení úhrady, evidenční číslo rozhodnutí, případně další informace rozhodné pro realizaci poukazu jako jsou v některých případech výše úhrad, smluvní dodavatel (u zdravotnického prostředku v režimu cirkulace nebo při hrazení nájemného), období čerpání. Písemné rozhodnutí o souhlasu zdravotní pojišťovny založí PZS nejpozději do 5 pracovních dnů ode dne jeho doručení do zdravotnické dokumentace pacienta. V případě, že *Žádanka* nebude zdravotní pojišťovnou schválena, PZS *Poukaz* nevystavuje.

### **B) Žadatelem je smluvní poskytovatel zdravotních služeb a žádost podává pojištěnec**

1. Pojištěnec předloží příslušné zdravotní pojišťovně (v listinné nebo elektronické podobě) *Žádanku*. *Žádanka* musí být náležitě vyplněna smluvním lékařem pojišťovny se zdůvodněným požadavkem a musí obsahovat veškeré náležitosti a nutné podklady k vyřízení v souladu s aktuálně platnou Metodikou pro pořizování a předávání dokladů. (*Poukaz* ošetřující lékař vystaví až na základě schválení.)
2. Oprávněná osoba pojišťovny se k žádosti vyjádří, schválení či neschválení žádosti zanesse do informačního systému a odešle rozhodnutí o výsledku posouzení zpět pojištěnci.

3. Pojištěnec kontaktuje, po obdržení schválené *Žádanky*, PZS, který vystaví *Poukaz* v souladu s doručeným rozhodnutím o výsledku posouzení. Na *Poukazu*, v místě pro záznamy zdravotní pojišťovny, potvrdí předepisující lékař schválení zdravotní pojišťovnou, a to poznámkou „Schváleno zdravotní pojišťovnou“, datum schválení z rozhodnutí zdravotní pojišťovny o schválení úhrady, evidenční číslo rozhodnutí, případně další informace rozhodné pro realizaci poukazu jako jsou v některých případech výše úhrad, smluvní dodavatel (u zdravotnického prostředku v režimu cirkulace nebo při hrazení nájemného), období čerpání. Písemné rozhodnutí o souhlasu zdravotní pojišťovny založí PZS nejpozději do 5 pracovních dnů ode dne jeho doručení do zdravotnické dokumentace pacienta.  
V případě, že *Žádanka* nebude zdravotní pojišťovnou schválena, *Poukaz* není vystaven.

## STANOVENÝ POSTUP PRO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČPZP, OZP A ZPŠ:

### A) Žadatelem je smluvní poskytovatel zdravotních služeb

1. Smluvní poskytovatel zdravotních služeb (dále jen „PZS“) předloží příslušné zdravotní pojišťovně (v listinné nebo elektronické podobě) *Žádanku o schválení (povolení)* – tiskopis VZP 21/2013 (dále jen „*Žádanka*“). *Žádanka* musí být náležitě vyplněna se zdůvodněným požadavkem a musí obsahovat veškeré náležitosti a nutné podklady k vyřízení v souladu s aktuálně platnou Metodikou pro pořizování a předávání dokladů. *Poukaz*, ošetřující lékař přiloží k *Žádosti*.  
Předepisující lékař při předepisování zdravotnického prostředku, u kterého je zákonem vyžadováno schválení zdravotní pojišťovnou, vždy vyznačí prodloužení platnosti *Poukazu* (doba od předepsání do uplatnění *poukazu* ve výdejně) na 60 dnů.  
V případě preskripce tzv. cirkulovatelných (zapůjčovaných) zdravotnických prostředků toto prodloužení platnosti předepisující lékař neprovádí. Zdravotní pojišťovna ihned po schválení (cca 1-2 týdny po obdržení *Poukazu* a *žádanky*) schválený *poukaz* odesílá do smluvní výdejny příslušného cirkulovatelného ZP, čím tento *Poukaz* (de facto) uplatní a zákonná lhůta 30 dnů bude dodržena.
2. Oprávněná osoba pojišťovny se k *žádosti* vyjádří, schválení či neschválení *žádosti* zanesou do informačního systému a odešle rozhodnutí o výsledku posouzení zpět PZS. Oprávněná osoba pojišťovny zaznamená schválení, včetně podmínek, či neschválení na *Poukaz*.
3. PZS po obdržení schválené *Žádanky* zaznamená schválení/neschválení *Žádosti* do zdravotnické dokumentace pacienta a schválený *Poukaz* odešle případně předá pojištěnci.  
V případě, že *Žádanka* nebude zdravotní pojišťovnou schválena, PZS *Poukaz* zneplatní.

## B) Žadatelem je smluvní poskytovatel zdravotních služeb a žádost podává pojištěnec

1. Pojištěnec předloží příslušné zdravotní pojišťovně (v listinné nebo elektronické podobě) *Žádanku*. *Žádanka* musí být náležitě vyplněna smluvním lékařem pojišťovny se zdůvodněným požadavkem a musí obsahovat veškeré náležitosti a nutné podklady k vyřízení v souladu s aktuálně platnou Metodikou pro pořizování a předávání dokladů. *Poukaz* ošetřující lékař přiloží k *Žádosti*.  
Předepisující lékař při předepisování zdravotnického prostředku, u kterého je zákonem vyžadováno schválení zdravotní pojišťovnou, vždy vyznačí prodloužení platnosti *Poukazu* (doba od předepsání do uplatnění *poukazu* ve výdejně) na 60 dnů.  
V případě preskripce tzv. cirkulovatelných (zapůjčovaných) zdravotnických prostředků toto prodloužení platnosti předepisující lékař neprovádí. Zdravotní pojišťovna ihned po schválení (cca 1-2 týdny po obdržení *Poukazu* a *žádanky*) schválený *poukaz* odesílá do smluvní výdejny příslušného cirkulovatelného ZP, čím tento *Poukaz* (de facto) uplatní a zákonná lhůta 30 dnů bude dodržena.
2. Oprávněná osoba pojišťovny se k žádosti vyjádří, schválení či neschválení žádosti zaneše do informačního systému včetně důvodů neschválení na *Poukaz*. a Odešle rozhodnutí o výsledku posouzení PZS, který zaznamená schválení/neschválení *Žádosti* do zdravotnické dokumentace pacienta. Schválený *Poukaz*, který je součástí *Žádosti*, odešle nebo předá pojištěnci.  
Pokud *Žádanka* nebude zdravotní pojišťovnou schválena, pak oprávněná osoba pojišťovny *Poukaz* zneplatní.

Tabulka požadavků na dodání *Poukazu* dle zdravotní pojišťovny:

Zdravotní pojišťovna	<i>Žádanka (listinná nebo elektronická)</i>	
	<i>Poukaz (listinný)</i>	
	<i>předán se Žádankou</i>	<i>vystaven po schválení Žádanky</i>
ČPZP	X	-
OZP	X	-
RBP	-	X
VoZP	X <sup>1)</sup>	X <sup>2)</sup>
ZPMV	-	X
ZPŠ	X <sup>1)</sup>	X <sup>2)</sup>

1) *Poukaz* na ZP cirkulované nebo pronajímané

2) *Poukaz* na ZP, které nejsou cirkulované nebo pronajímané