



PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna má zájem o maximálně korektní vztahy se smluvními partnery. Rozhodla se proto čas od času přicházet s konkrétními radami pro praxi. Podrobnější informace najdete na www.vzp.cz.

Schvalování lázeňských návrhů

Květnová Poradna řeší schvalování lázeňských návrhů a ukáže nejčastější konkrétní problémy, které mohou při schvalování nastat.

Lázeňská léčebně rehabilitační péče (dále jen „lázeňská péče“) se jako nezbytná součást léčebného procesu poskytuje podle Přílohy č. 5 (Indikační seznam) k zákonu č. 48/1997 Sb., v platném znění (Zákon o veřejném zdravotním pojištění) a dále dle Přílohy k vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) č. 2/2015 Sb., v platném znění (Vyhláška o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče).

Kdo doporučuje lázeňskou péči

Lázeňskou péči musí doporučit ošetřující lékař a může se uskutečnit na základě návrhu (formulář VZP 15). U pojištěnců starších 18 let, u péče komplexní i příspěvkové musí lázeňskou péči (kromě indikace II/1) vždy doporučit odborný lékař. Příslušná odbornost pro jednotlivé indikace je stanovena Přílohou k vyhlášce MZ ČR č. 2/2015 Sb.

Podle novely zákona č. 48/1997 Sb. návrh na poskytnutí lázeňské péče vystaví buď registrující poskytovatel zdravotních služeb (dále jen poskytovatel) – praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, gynekolog, doporučující ambulantní odborný lékař, nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

Před poskytnutím lázeňské péče hrazené ze zdravotního pojištění musí lázeňský návrh schválit zdravotní pojišťovna. Od 1. 1. 2022 schválení nepodléhají přímé překlady ze zdravotnického zařízení do lázní. Přímé překlady zdravotní pojišťovna pouze eviduje.

Vystavený lázeňský návrh je možné do Všeobecné zdravotní pojišťovny doručit poštou, osobně, datovou schránkou, prostřednictvím aplikace VZP Point (pokud odesílá návrh po-



Mgr. Marcela Kratochvílová,
vedoucí referátu kontroly a revize,
RP Praha

skytovatel) nebo Moje VZP (pokud odesílá návrh pojištěnec).

Nejčastější konkrétní problémy:

- u pojištěnců starších 70 let chybí vyšetření internistou nebo geriatrem s jednoznačným stanoviskem ke schopnosti pojištěnce absolvovat lázeňskou léčebně rehabilitační péči; u pojištěnců starších 40 let chybí EKG vyšetření,
- chybí doporučení odborného lékaře, které je nutné i u pooperačních stavů,
- u indikační skupiny VII – Nemoci pohybového ústrojí – chybí popis rentgenového vyšetření, které by nemělo být starší 2 let,
- v případě indikace III/2 – Stavy po operaci žaludku, dvanáctníku, jícnu a střev s postresekční symptomatologií endoskopicky ověřenou – může lázeňskou léčbu doporučit pouze lékař odbornosti gastroenterologie nebo lékař rehabilitační a fyzikální medicíny; po-

jištěnci mají obvykle doporučení od chirurga, který tuto lázeňskou indikaci nemůže doporučit,

- u indikace VI/5 - Hemiparézy a parapararézy cévního původu se známkami obnovující se funkce – lze základní pobyt poskytnout pouze v rámci komplexní lázeňské péče v přímé návaznosti na hospitalizaci, nejpozději do 6 měsíců po ukončení hospitalizace; nutné je doložit propouštěcí zprávy z hospitalizace,
- při indikaci VII/7 – Koxartróza, gonartróza v soustavné ambulantní péči ortopeda a rehabilitačního lékaře – je nutné dodržet lhůtu 24 měsíců mezi základním a opakovaným pobytem; opakované pobyty jsou možné pouze 1× v průběhu 24 měsíců, pokud není kontraindikace k operaci; opakovaný pobyt u BMI (Body Mass Index) nad 30 je možný až po redukci hmotnosti dle daných hodnot BMI (Příloha k vyhlášce MZ ČR č. 2/2015 Sb.),
- u indikace VII/9 – Chronický vertebrogenní algický syndrom funkčního původu v soustavné ambulantní rehabilitační – nelze lázeňskou péči poskytnout, jsou-li přítomny degenerativní změny; indikaci VII/9 může doporučit pouze lékař rehabilitační a fyzikální medicíny,
- v případě návrhu na léčebně rehabilitační péči v odborné léčebně – přímý překlad – je velkým problémem nedodání lázeňského návrhu k zaevidování poskytovatelem, jenž pojištěnce vysílá do odborné léčebny; poskytovateli, který pojištěnce přijal k léčbě, pak neobdrží úhradu za poskytnutí péče až do doby, dokud není návrh do pojišťovny doručen a zaevidován.