

396

VYHLÁŠKA

ze dne 21. října 2021

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a zákona č. 200/2015 Sb.:

§ 1

(1) Tato vyhláška stanoví pro rok 2022:

- a) hodnoty bodu,
- b) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“),
- c) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení¹⁾, pojištěncům Spojeného království podle Dohody o obchodu a spolupráci²⁾

a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb³⁾, (dále jen „zahraniční pojištěnec“),

- d) regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 19, poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“).

(2) Poskytovatelem je poskytovatel

- a) lůžkové péče,
- b) v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
- c) specializované ambulantní péče, poskytovatel dialyzační zdravotní péče a poskytovatel v odbornostech 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami⁴⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- d) ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- e) v oboru zubní lékařství,
- f) ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),

¹⁾ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.

²⁾ Dohoda o obchodu a spolupráci mezi Evropskou unií a Evropským společenstvím pro atomovou energii na jedné straně a Spojeným královstvím Velké Británie a Severního Irsku na straně druhé.

³⁾ Například sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.

⁴⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

- g) ambulantní péče v odbornostech 914, 916, 921 a poskytovatel domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů,
- h) ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- i) zdravotnické záchranné služby, poskytovatel přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovatel zdravotnické dopravní služby, poskytovatel lékařské pohotovostní služby a poskytovatel pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
- j) lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovna,
- k) lékárenské péče.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2019. Referenčními hodnotami poskytovatele jsou hodnoty příslušných úhradových ukazatelů poskytovatele v referenčním období.

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2022.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.

(4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2022, poskytovatelem vykázané do 31. března 2023 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2023.

(5) Pokud dojde v hodnoceném období ke sloučení dvou zdravotních pojišťoven, použije se pro výpočet úhrad součet údajů za referenční období sloučených zdravotních pojišťoven.

§ 3

(1) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem v konkrétní odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních zdravotních služeb nebo zdravotních služeb vyžádaných, pokud není dále stanoveno jinak.

(2) Pokud byl unikátní pojištěnec poskytovate-

lem v konkrétní odbornosti ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou.

(3) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, za kterého byly v hodnoceném období nebo referenčním období uhrazeny hrazené služby více než jednou ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu unikátních pojištěnců pouze jednou.

(4) Globálním unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem lůžkové péče v libovolné odbornosti v rámci vlastních či vyžádaných zdravotních služeb v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, pokud není dále stanoveno jinak.

(5) Pokud byl globální unikátní pojištěnec poskytovatelem ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, a to bez ohledu na počet odborností, v nichž byl pojištěnec ošetřen, zahrnuje se do počtu globálních unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených u daného poskytovatele pouze jednou.

(6) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, za kterého byly v hodnoceném období nebo referenčním období uhrazeny hrazené služby více než jednou ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu globálních unikátních pojištěnců pouze jednou.

(7) Má-li zdravotní pojišťovna při stanovení výše úhrad nebo regulačních omezení použít hodnoty úhradových ukazatelů srovnatelných poskytovatelů, použije k určení těchto hodnot příslušné hodnoty všech smluvních poskytovatelů, kteří v hodnoceném období poskytují zdravotní služby ve srovnatelném celkovém rozsahu a struktuře jako poskytovatel, pro kterého se ustanovení o srovnatelném poskytovateli používá.

(8) Mezinárodní klasifikací nemocí se pro účely této vyhlášky rozumí Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v jejím aktuálním znění (MKN-10)⁵.

⁵) Sdělení Českého statistického úřadu č. 495/2003 Sb., o vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), ve znění pozdějších aktualizací.

(9) Ordinačními hodinami jsou pro účely této vyhlášky ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden zdravotnický pracovník daného pracoviště se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, s tím, že se do ordinačních hodin nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.

§ 4

V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se stanoví úhrada podle § 5 až 19.

§ 5

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče nebo zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9, 10 a 12 k této vyhlášce.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, zvláštní lůžkové péče nebo zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 6

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnááním kapitace nebo podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

§ 7

Pro specializovanou ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní péče hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.

§ 8

Pro ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.

§ 9

Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 11 k této vyhlášce.

§ 10

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.

§ 11

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 914, 916, 921 a poskytovateli domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 12

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 13

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.

§ 14

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,31 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle sezna-

mu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,23 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,15 Kč. Úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí 1,05násobek počtu výkonů poskytnutých a vykázaných v referenčním období.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,29 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,23 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,15 Kč. Úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí 1,05násobek počtu výkonů poskytnutých a vykázaných v referenčním období.

§ 15

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony přepravy pro poskytovatele

- a) poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,23 Kč,
- b) neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,01 Kč.

(2) Pro výkon přepravy č. 69 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč.

§ 16

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč pro zdravotní výkony a výkony přepravy podle seznamu výkonů.

(2) Pro stanovení výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a stanovení regulačních omezení pro tyto hrazené služby se použije § 9.

§ 17

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve

zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 118 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2019. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2019 sjednána do 31. prosince 2019 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče pro dospělé.

(2) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 118 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2019. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2019 sjednána do 31. prosince 2019 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.

(3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči se stanoví úhrada 32 Kč za vykázaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů. Tento výkon může být pojišťovně vykázan maximálně třikrát během jednoho léčebného pobytu pojištěnce.

(4) Pro hrazené služby poskytované v ozdravných se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 1 068 Kč, která se skládá ze složky ubytování, stravování a složky ozdravný program. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým jsou poskytovány hrazené služby v ozdravných.

§ 18

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 42 Kč.

(2) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09115 podle seznamu výkonů, vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se poskytovateli navyšuje úhrada o 100 Kč, s výjimkou výkonů provedených ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce, za které se poskytovateli navyšuje úhrada o 300 Kč. Toto navýšení úhrady se nezapočítává do výše úhrady stanovené podle příloh č. 1 až 8 k této vyhlášce.

(3) Úhrada podle odstavců 1 a 2 se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

(4) Odstavec 1 se nepoužije na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče a na poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, na poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, na poskytovatele v oboru zubní lékařství a na poskytovatele ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů.

§ 19

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdra-

votní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 18 Kč.

(2) Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 13 Kč za každé převedení listinného receptu do elektronické podoby, byl-li na základě tohoto receptu vydán jejímu pojištěnci léčivý přípravek hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

§ 20

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2022.

Ministr:

Mgr. et Mgr. **Vojtěch**, MHA, v. r.

Výše úhrad hrazených služeb podle § 9

A) Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce

1. Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny poskytovateli ambulantních stomatologických služeb na kalendářní měsíc činí:
 - a) 18 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2022 doloží, že registrující lékař pojištěnce je držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - b) 16 Kč v ostatních případech.
2. Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v příslušném kalendářním měsíci hodnoceného období a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle bodu 1.
3. Činnostmi zahrnutými do agregované úhrady za registrovaného pojištěnce jsou:
 - provizorní výplně, zábrusy a přešetření ostrých hran zubů a výplní, aplikace slizniční anestézie, ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (zejména parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou), konzervativní ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv,
 - lokální fluoridace s vysušením podle přílohy č. 1 zákona,
 - pokud to vyžaduje zdravotní stav pojištěnce nad 18 let věku, kontrola ústní hygieny, kontrola interdentální hygieny, motivace pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní,
 - vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
 - odeslání pojištěnce na specializované pracoviště či konzultace praktického lékaře nebo specialisty všeobecné medicíny,
 - předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
 - poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.

B) Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství a příslušná regulační omezení:

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	<u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu	Lze vykázat při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace poté, co zdravotnická dokumentace vedená o pojištěnci byla v souladu s právními předpisy vyřazena a zničena. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	517 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<p>v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (zejména parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální fluoridace s vysušením podle přílohy č. 1 zákona.</p>		
00901	<p><u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce</u> U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v</p>	<p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykázání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykázání kódu 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00946. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.</p>	476 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<p>průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte.</p> <p>Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny, interdentalní hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).</p>		
00903	<p><u>Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou</u></p> <p>Vyšetření odborníkem nebo specialistou na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den. Kód nelze vykázat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem. Kód se vykazuje 1x na 1 nesouvisející případ, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3 / 1 poj. / 1 rok. Nelze vykázat současně s kódem 00908, 00909, 00931, 00940, 00962, 00964, 00968 a 00981.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	371 Kč
00904	<p><u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče</u></p>	<p>Lze vykázat pouze v souvislosti s preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, tj. kódem 00901, resp. 00946 a s kódem 00900, pokud v daném roce byl pojištěnec u poskytovatele registrován. Je vykazováno s diagnózou Z01.2 – zubní vyšetření podle mezinárodní klasifikace nemocí.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	131 Kč
00905	<p><u>Signální výkon epizody péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku v rámci agregované péče</u></p> <p>Vyazuje se při provedení prohlídky zahrnující kontrolu ústní hygieny, interdentalní hygieny, motivaci pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, ve kterém byl vykázán kód 00901 nebo 00946, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00901 nebo 00946; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Nelze vykázat s kódem 00944.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	68 Kč
00906	<p><u>Stomatologické vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce do dne</u></p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den.</p> <p>U hendikepovaného pojištěnce se kód vykazuje s příslušnou</p>	121 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<p><u>dosažení 6 let nebo registrovaného hendikepovaného pojištěnce</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu.</p>	<p>diagnózou. Nelze vykázat s kódem 00976. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE Lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	
00907	<p><u>Stomatologické ošetření registrovaného pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den. Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat v kombinaci pouze s některým z kódů 00900, 00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z 01.2 – zubní vyšetření podle mezinárodní klasifikace nemocí). Nelze vykázat s kódem 00976. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE Lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	94 Kč
00908	<p><u>Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Výkon zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy/sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, ošetření komplikací chirurgických výkonů nebo opravu/úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den / 1 onemocnění. Lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s těmito kódy: 00910, 00911, 00913, 00914, 00916, 00917, 00944 (nelze vykázat v případě, že poskytovatel vybral regulační poplatek za pohotovostní službu) 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970 a 00971. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	371 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00909	<p><u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den. Nelze kombinovat s kódy 00900, 00901, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946, 00962 a 00964. Kód může vykázat poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	434 Kč
00910	<p><u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení intraorálního rentgenového snímku na zubním rentgenovém zařízení.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).</p>	79 Kč
00911	<p><u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení rentgenového snímku lebky různých projekcí a u odbornosti 015 podle seznamu výkonů i rentgenového snímku ruky (stanovení fáze růstu skeletu). Vykazuje se každý zhotovený snímek.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).</p>	241 Kč
00913	<p><u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na zubním rentgenovém zařízení.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky. V odbornosti 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornosti 015 podle seznamu výkonů lze v souvislosti se specializovanou péčí vykázat 2 / 1 kalendářní rok. Lze vykázat bez omezení v případech, kdy je vyšetření vyžádáno lékařem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření) v souvislosti s diagnózou Z01.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou (diagnóza M87.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí), a dále v rámci</p>	293 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		<p>pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy.</p> <p>Odbornosti 014 a 015 podle seznamu výkonů.</p> <p>Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).</p>	
00914	<p><u>Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku</u></p> <p>Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. Součástí výkonu je stručný popis snímku ve zdravotnické dokumentaci.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 snímek / 1 poskytovatel.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p> <p>Vyhodnocuje a vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů a k zubnímu lékaři odbornosti 015 podle seznamu výkonů může kód vykázat i tento zubní lékař.</p>	89 Kč
00915	<p><u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u></p> <p>Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém zařízení.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE, odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p> <p>Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.</p>	288 Kč
00916	<p><u>Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale</u></p> <p>Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení.</p> <p>Odbornost 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	126 Kč
00917	<p><u>Anestézie infiltrační</u></p> <p>Aplikace injekční anestézie do tkání v rozsahu jednoho sextantu zubního oblouku, včetně anestézie na foramen mentale, nervus palatinus maior a foramen incisivum a tuber maxillae. Počítá se anestetizovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	105 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00920	<p><u>Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní</u> Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu řezáků a špičáků, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	831 Kč
00921	<p><u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní</u> Ošetření stálého zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu, a) u pojištěnců do dne dosažení 15 let a u těhotných a kojících žen v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám, b) u pojištěnců, kteří nejsou uvedeni v písmenu a), v rozsahu celého chrupu při použití dózovaného amalgámu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	596 Kč
00922	<p><u>Ošetření dočasného zubu plastickou výplní</u> Bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	465 Kč
00924	<p><u>Endodontické ošetření – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu, který je klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorpce nejvýše do poloviny kořene, metodou</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub při extirpaci a 1 / 1 zub při amputaci. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	282 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	amputace vitální nebo mortální dřevě se vykazuje jedenkrát, při případné exstirpaci se vykazuje za každý zaplněný kořenový kanálek.		
00925	<u>Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků a špičáků</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	282 Kč
00926	<u>Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů a premolárů</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	282 Kč
00931	<u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Součástí výkonu je parodontologický zápis do zdravotnické dokumentace. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903, 00909 a 00932. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	893 Kč
00932	<u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u> Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob	Lze vykázat 3 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat s kódy 00900, 00901, 00903, 00909, 00931 a 00946. Odstup mezi vykázáním kódů 00900, 00901, 00931, 00932 a 00946 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť.	314 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Součástí výkonu je parodontologický zápis ve zdravotnické dokumentaci.	Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00933	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti (např. gingivektomie s plastikou) navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu za každý zub.	Lze vykázat – 1 / 1 zub / 730 dnů. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	476 Kč
00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula, výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Implementace odebraného slizničního nebo kostního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 155 Kč
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CPI 3, 4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich kombinací.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	93 Kč
00936	<u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo mezenchymálního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	632 Kč
00937	<u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognátního systému. Podrobný zápis o průběhu a výsledku funkčního vyšetření a popis rámcového plánu artikulace ve zdravotnické dokumentaci.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	458 Kč
00938	<u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u>	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub.	68 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.	Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice v rámci pravidelné specializované péče</u> Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy. Součástí výkonu je zápis ve zdravotnické dokumentaci obsahující popis onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903 a 00909. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	893 Kč
00941	<u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení. Lze vykázat pouze v návaznosti na provedený kód 00940. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	319 Kč
00943	<u>Měření galvanických proudů</u> Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	98 Kč
00944	<u>Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře</u>	Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření. Lze vykázat v kombinaci s některým z kódů 00900, 00903, 00908 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00947, 00968, 00981, 00983, 00984, 00986 a v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce a v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů registrujícího zubního lékaře ohlášených zdravotní pojišťovně. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	68 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00946	<p><u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání</u></p> <p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte.</p> <p>Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny, interdentalní hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).</p>	<p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykazání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykazání kódu 00946 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00901.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	398 Kč
00948	<p><u>Sutura lůžka</u></p> <p>Provedení sutury s případnou aplikací lokálního hemostatika</p> <p>a) po extrakci zubu u pojištěnce s poruchou hemokoagulace, u pojištěnce na antiresorpční léčbě a u imunosuprimovaného pojištěnce,</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>Lze vykázat pouze v kombinaci s kódem 00949 nebo 00950. V případě uvedeném v popisu výkonu pod písmenem d) lze vykázat samostatně.</p>	209 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<p>b) po extrakci zuby v oblasti terapeuticky ozářené čelisti, c) při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů, d) při stavění pozdního poextrakčního krvácení. Součástí výkonu je zdůvodnění provedení sutury ve zdravotnické dokumentaci. Bez ohledu na použitý druh materiálu a počet stehů.</p>	<p>Při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů lze vykázat jedenkrát s výjimkou případů uvedených v popisu výkonu pod písmeny a) a b), kdy lze vykázat nejvýše jedenkrát za každý extrahovaný zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	
00949	<p><u>Běžná extrakce dočasného zuby</u> Extrakce dočasného zuby nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je i sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat pouze při stvrzení čerpání hrazené služby podpisem zákonného zástupce nebo zletilé doprovázející osoby ve zdravotnické dokumentaci nebo fotodokumentaci ve zdravotnické dokumentaci. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	157 Kč
00950	<p><u>Extrakce stálého zuby nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny</u> Extrakce stálého zuby, radixu stálého zuby nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je i sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců od 8 let lze extrakci dočasného moláru s neresorbovanými kořeny vykázat pouze při zdokumentování rentgenovým vyšetřením. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	387 Kč
00951	<p><u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zuby nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Při vícečetné extrakci sousedících zubů se vykazuje pouze 1 kód 00951, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	627 Kč
00952	<p><u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zuby nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub v případě extrakce zuby nebo radixu, či mobilizaci zuby. Při vícečetné extrakci sousedních zubů se vykazuje pouze 1 kód 00952, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950.</p>	1 348 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.	Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami</u> Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a případná mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání).	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE, odbornost 015 podle seznamu výkonů.	664 Kč
00954	<u>Periapikální chirurgie</u> Odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputace kořenového hrotu, exkochleace, toileta radixu a kosti, sutura (včetně případného peroperačního plnění), vykazuje se za každý ošetřený radix. Též periapikální exkochleace a exstirpace odontogenní cysty do 1 cm.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	444 Kč
00955	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za 1 sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy, případně její náplň kontrastní látkou.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat při gingivektomii ani v souvislosti s implantací, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací. Odbornosti 014, 015, podle seznamu výkonů.	476 Kč
00956	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než 1 sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitomie, přístrojová sialoendoskopie se zprůchodněním vývodu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	946 Kč
00957	<u>Ošetření dentoalveolárního traumatu</u> Ošetření následků úrazu zubů a alveolárního výběžku v rozsahu	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	476 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	maximálně 3 zubů, včetně replantace, jednoduché fixace plastickým materiálem, popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou.		
00958	<u>Ošetření zlomeniny čelisti</u> Repozice a fixace zlomenin alveolárního výběžku horní či dolní čelisti v rozsahu 4 a více zubů, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace, včetně fixace pomocí nitrokostně zaváděných šroubů (za každou poraněnou čelist).	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – čelist. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE.	789 Kč
00959	<u>Intraorální incize</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – kvadrant. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	162 Kč
00960	<u>Zevní incize</u> Léčba kolemčelistního zánětu zevní incizí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE.	632 Kč
00961	<u>Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplach rány lokálním léčebným prostředkem, převaz rány, úprava nebo oprava dentální nebo intermaxilární fixace a odstranění nitrokostně zavedených šroubů použitých při fixaci zlomeniny čelisti, stavění pozdního postextrakčního krvácení bez sutury, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, a fyzikální terapie.	Lze vykázat 5 / 10 dnů. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	63 Kč
00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> Vyšetření, zdokumentování a konzervativní léčba poruchy temporomandibulárního kloubu (například úprava artikulace, fyzikální terapie, nácvik správného stereotypu otevírání úst).	Lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok. Nelze kombinovat s kódem 00964. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	319 Kč
00963	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Injekční aplikace léčivého přípravku, včetně poskytnutého léčivého přípravku, nejde-li o zvlášť účtovaný léčivý přípravek.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	110 Kč
00964	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem</u> Vyšetření, zdokumentování onemocnění, případná indikace a	Lze vykázat – bez omezení. Nelze kombinovat s kódem 00962. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí	632 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	vyhodnocení cílené zobrazovací metody a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (např. indikace nákusné dlahy, provedení mezičelistní fixace, manuální repozice, indikace rehabilitace, cílené podání medikace).	celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	
00968	<u>Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem</u> Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb. Součástí výkonu je vystavení písemné zprávy.	Lze vykázat 1 / 1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00964. Ošetření na základě písemného doporučení jiného zubního lékaře při neodkladných stavech (při naléhavých stavech i bez doporučení). V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze 1x. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat. Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb jakékoliv odbornosti. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	1 050 Kč
00970	<u>Sejmutí fixní náhrady</u> Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací, v případě zkrácení mostu odseparování části mostu v místě mezičlenu (v tom případě se lokalizace vykazuje na tento mezičlen).	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní. Lokalizace – zub. Nelze vykázat u provizorních náhrad. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	152 Kč
00971	<u>Provizorní ochranná korunka</u> Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1 / 730 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	194 Kč
00973	<u>Úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u> jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.	Lze vykázat 5 / 1 kalendářní rok. Lokalizace – čelist. Lze vykázat nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	63 Kč
00974	<u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	0 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).		
00976	<p><u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou</u></p> <p>Výkon zohledňuje zvýšenou časovou náročnost v souvislosti se stomatologickým vyšetřením a ošetřením pacienta s poruchou autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchou F84 podle mezinárodní klasifikace nemocí či jinou psychiatrickou diagnózou.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den.</p> <p>Výkon nelze kombinovat s kódy 00906 a 00907.</p> <p>Lze vykazovat s hrazenými výkony vyšetření a ošetření. Lze vykázat u pojištěnců s průkazem autisty (PAS) nebo s jiným dokladem vystaveným psychiatrem nebo klinickým psychologem prokazujícím poruchu autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchu. U pojištěnce s jinou psychiatrickou diagnózou lze vykázat, jen pokud jde podle doporučení psychiatra o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra a jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.</p>	526 Kč
00977	<p><u>Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub</u></p> <p>Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na dočasný molár nebo prefabrikovaná plastová stripová korunka na dočasný řezák nebo dočasný špičák. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>Lze vykázat u defektu na třech nebo více ploškách na zubu s diagnózou zubního kazu K02 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po endodontickém ošetření s diagnózou K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po provedené vitální pulpotomii s diagnózami K02 nebo K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u defektů souvisejících s diagnózami amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí a dentinogenesis imperfecta K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů po ztrátě tvrdých zubních tkání v důsledku úrazu s diagnózou S02.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s diagnózami K03.0, K03.1,</p>	632 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		K03.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	
00978	<u>Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření</u> Perorální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15 let a uložení pojištěnce po ošetření na lůžko v dospávací místnosti s monitorací pulzním oxymetrem. Součástí výkonu jsou monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a v dospávací místnosti a zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku.	Lze vykázat 2 / 365 dní. Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00979. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	946 Kč
00979	<u>Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření</u> Podání farmakologicky připravené směsi oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1 náustkem nebo obličejovou maskou pojištěnci od 4 let do dne dosažení 15 let, zajištění monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a zajištění případného podání kyslíku.	Lze vykázat 2 / 365 dní. Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00978. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	528 Kč
00980	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý po dobu léčby fixním ortodontickým aparátem.	Lze vykázat 2 / 1 čelist / 1 pojištěnce. Nelze vykázat v kombinaci s výkonem 00982. Lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).	14 629 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00981	<p><u>Diagnostika ortodontických anomálií</u> Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015 podle seznamu výkonů. Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykazáním kódu 00981.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 pojištěnce, v případě, že pacient přichází opětovně po více než 2 letech od poslední návštěvy, lze 2 / 1 pojištěnce, přičemž k návštěvě, na které byl vykázán pouze kód 00986, se nepřihlíží.</p> <p>Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	731 Kč
00982	<p><u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk II</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 čelist.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00980. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, s výjimkou pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění.</p> <p>Lokalizace – čelist.</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	1 574 Kč
00983	<p><u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení.</p> <p>Lze vykázat pouze po vykazání kódu 00980, 00982 nebo 00994.</p> <p>Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více</p>	972 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		<p>chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	
00984	<p><u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	261 Kč
00985	<p><u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu).</p>	<p>Lze vykázat 2 / 1 čelist, z toho jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00994, v případě rozštěpových vad (diagnózy. Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) max. 3 / 1 čelist. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Lokalizace – čelist.</p>	851 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00986	<u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u> Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní pololetí, a to maximálně 8x na pojištěnce. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	272 Kč
00987	<u>Stanovení fáze růstu</u> Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	70 Kč
00988	<u>Analýza telerentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. V případě rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	147 Kč
00989	<u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. V případě léčby rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze	386 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00990	<u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. V případě léčby rozštěpových vad (diagnózy Q35.x až Q38.x podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	577 Kč
00991	<u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na krouzcích.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. V případě léčby rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).	216 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00992	<p><u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení všech částí a typů extraorálních tahů (uzda a vysoký nebo nízký extraorální tah, obličejová maska typu Delaire, Hickham a podobně) včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.</p>	<p>Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. V případě léčby rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	235 Kč
00993	<p><u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku, nebo tvarování průběžného oblouku sloužící k segmentálnímu pohybu zubů.</p>	<p>Lze vykázat 4 / 1 kalendářní pololetí na pojištěnce. V případě léčby rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné</p>	368 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu zejména pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.	Lze vykázat 1 / 1 čelist do dne dosažení 10 let věku pojištěnce. Lokalizace – čelist. Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 092 Kč
00995	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu I</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze po vykazání kódu 00982. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	883 Kč
00996	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu I</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	237 Kč
00997	<u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu I</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií, sejmutí fixního	Lze vykázat 1 / 1 čelist, a to v návaznosti na kód 00982. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Lokalizace – čelist.	773 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu).	Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00998	<u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje I</u> Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní pololetí, a to maximálně 8x na pojištěnce. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	247 Kč
00999	<u>Navázání parciálního oblouku I</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4 / 1 kalendářní pololetí. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	335 Kč

Vysvětlení zkratk:

PZL praktický zubní lékař
PA parodontolog
CH stomatochirurg
PE pedostomatolog