

N Á V R H

VYHLÁŠKA

ze dne 2012

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013

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. a zákona č. 369/2011:

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2013 hodnoty bodu, 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“), a hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie¹⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb²⁾ (dále jen „zahraniční pojištěnec“), a regulační omezení pro způsoby úhrady uvedené v § 3 až 18, poskytované

- a) smluvními poskytovateli lůžkové péče, včetně poskytovatelů zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona,
- b) smluvními poskytovateli zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a smluvními poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
- c) smluvními poskytovateli specializované ambulantní péče, včetně poskytovatelů hemodialyzační zdravotní péče a ortoptické zdravotní péče,
- d) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů s bodovými hodnotami³⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- e) smluvními poskytovateli zdravotních služeb v oboru zubního lékařství,

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

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) 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. 82/2000 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou 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.

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

- f) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- g) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů,
- h) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornosti 902 podle seznamu výkonů,
- i) smluvními poskytovateli zdravotnické záchranné služby, smluvními poskytovateli zdravotnické dopravní služby a smluvními poskytovateli lékařské pohotovostní služby,
- j) smluvními poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovnamí,
- k) v rámci neodkladné péče u nesmluvních poskytovatelů zdravotních služeb.

§ 2

(1) **Referenčním obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2011.**

(2) Hodnoceným obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2013.

(3) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“) v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních služeb nebo služeb vyžádaných. Pokud byl tento pojištěnec poskytovatelem v dané odbornosti ošetřen v příslušném hodnoceném, popřípadě referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních pojištěnců rozumí součet unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.

(4) Při výpočtu celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony za referenční období podle příloh č. 3, 5 až 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů **ve znění účinném k 1. lednu 2013.**

§ 3

Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce.

§ 4

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou péče poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, poskytovateli vykazujícími ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9 až 11 a 13 až 14 k této vyhlášce.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, poskytovateli vykazujícími ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, hrazené paušální sazbou za jeden den

hospitalizace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 5

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 dorovnáním kapitace, nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

§ 6

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

§ 7

Pro ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní zdravotní 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.

§ 8

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.

(2) Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství nehrazených podle odstavce 1 a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 12 k této vyhlášce.

(3) Zdravotní pojišťovna je oprávněna omezit výši úhrady poskytovatelům tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství v roce 2013 nepřekročila celkovou výši těchto nákladů stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny. Pokud by překročení celkové výše úhrady za hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství, stanovené ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na tyto hrazené služby, bylo způsobeno poskytnutím většího objemu neodkladné péče oproti roku 2011, zdravotní pojišťovna tento větší objem zohlední v úhradě.

§ 9

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

§ 10

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 11

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

§ 12

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.

§ 13

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

§ 14

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč.

§ 15

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči poskytovanou poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2011, nejméně však ve výši 850 Kč.

(2) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči poskytovanou poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2011, nejméně však ve výši 280 Kč.

(3) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2011, nejméně však ve výši 540 Kč.

§ 16

Podle § 3 až 15 se postupuje, pokud se zdravotní pojišťovna a poskytovatel při dodržení podmínek stanovených v § 17 odst. 5 zákona nedohodnou jinak.

§ 17

Pro neodkladnou zdravotní péči poskytovanou v cizině podle § 14 zákona, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 100 % hodnoty bodu stanovené v § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce. Výsledná hodnota bodu se zaokrouhluje na 2 desetinná místa.

§ 18

Pro neodkladnou zdravotní péči poskytovanou nesmluvními poskytovateli, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 75 % hodnoty bodu stanovené v § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce. Výsledná hodnota bodu se zaokrouhluje na 2 desetinná místa.

§ 19

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2013.

ministr

Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 4

A) Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2013 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu, úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2011, poskytovatelem vykázané do 30. května 2012 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. září 2012. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2013, poskytovatelem vykázané do 31. dubna 2014 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. června 2014.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴⁾ (dále jen „Klasifikace“) do skupin vztažených k diagnóze:

- a) 08021, 08022, 08023, 08041, 08042, 08043, 08181, 08182, 08183,
- b) 05011, 05012, 05013, 05070, 05161, 05162, 05163, 05111, 05112, 05113,
- c) 02041, 02042, 02043,
- d) 01051, 01052, 01053,
- e) 05191, 05192, 05193,
- f) 06061, 06062, 06063,
- g) 07041, 07042, 07043,
- h) 08191, 08192, 08193,
- i) 13091, 13092, 13093,

uvedených v příloze č. 9 (dále jen „vyjmenované skupiny“) zdravotní pojišťovna smluvně dohodne s poskytovatelem. Pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem dohodnou, individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první; v takovém případě se tato úhrada, stejně jako hrazené služby zařazené podle Klasifikace⁴⁾ do vyjmenovaných skupin, nezapočítávají do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 30. dubna 2013, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli souhrnnou úhradu, která se vypočte jako součet celkových úhrad pro vyjmenované skupiny. Celková úhrada pro každou vyjmenovanou skupinu se vypočte jako součin počtu pacientů léčených v hodnoceném období ve vyjmenované skupině a nejméně 100 % poloviny součtu průměrných úhrad za pacienta léčeného ve vyjmenované skupině v roce 2011 a 2012.

2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb.,

⁴⁾ Sdělení ČSÚ č./2012 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

kteřou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „vyhláška“), na jednoho unikátního pojištěnce, kterému byl poskytnut uvedený léčivý přípravek v hodnoceném období, se stanoví dle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku, maximálně však ve výši:

2.2.1 100% úhrady náležející poskytovateli za léčivé přípravky poskytnuté za rok 2012 pojištěncům, léčeným na onemocnění spadající do těchto skupin:

- a) Fabryho choroba,
- b) Gaucherova choroba,
- c) Niemen-Pickova choroba,
- d) Mukopolysacharidóza I,
- e) Mukopolysacharidóza II,
- f) Mukopolysacharidóza VI,
- g) Pompeho choroba,
- h) Hyperamonemie u dětí s dědičnou poruchou metabolismu urey a glutaminu,
- i) Dědičná tyrozinemie typu I.

2.2.2 98% úhrady náležející poskytovateli za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům léčeným na onemocnění uvedená v bodě 2.2.1; tato úhrada se vypočte jako součin průměrných nákladů na jeden měsíc léčby jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtených z těch měsíců referenčního období, během nichž byla léčba poskytována, a počtu měsíců, po které byla léčba poskytována v hodnoceném období. Celková úhrada vztažená k jednotlivé onemocnění se vypočte násobkem úhrady na jednoho unikátního pojištěnce stanovené podle věty první a počtem unikátních pojištěnců, kterým byl poskytnut uvedený léčivý přípravek v rámci daného onemocnění v hodnoceném období. Nejvyšší možná celková úhrada za hodnocené období se vypočítá jako násobek úhrady stanovené podle věty první a:

- a) 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených k 31. 12. 2012, kterým byl v rámci dané diagnózy poskytnut léčivý přípravek pro skupiny onemocnění: revmatologie, roztroušená skleróza, plicní hypertenze.
- b) 102 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2012, kterým byl v rámci příslušné diagnózy poskytnut léčivý přípravek pro onemocnění neuvedená v bodě 2.2.1 a písmenu a).

2.2.3 V případě, že je průměrný náklad poskytovatele na léčivé přípravky poskytnuté jednomu unikátnímu pojištěnci v dané skupině onemocnění za referenční období vyšší než stanovený celostátní průměrný náklad na léčivé přípravky poskytnuté jednomu unikátnímu pojištěnci v dané skupině onemocnění za referenční období, pak se úhrada v hodnoceném období sníží na hodnotu stanoveného celostátního průměrného nákladu dané zdravotní pojišťovny v dané skupině onemocnění.

2.2.4 Úhrada hrazených služeb za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům nově zařazeným do léčby v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1. až 2.2.3 se uhradí pouze po předchozím dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Bez předchozí dohody mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem je možná úhrada služeb uvedených ve

větš první pouze v případě, že se využije již poskytnutá úhrada hrazených služeb na jiné skupiny onemocnění.

- 2.2.5 Do celkového limitu úhrady stanoveného podle bodů 2.2.1. až 2.2.3. se započítávají i léčivé přípravky předepsané v referenčním období na recept v případě, že v hodnoceném období jsou tyto léčivé přípravky vykazovány jako zvlášť účtované léčivé přípravky a současně pokud v hodnoceném období dále splňují podmínky pro léčivé přípravky označené symbolem „S“.

3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Úhrada formou případového paušálu ($PU_{drg2013}$) zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se takto:

$$PU_{drg2013} = CM_{red} * ZS_{2013}$$

kde:

CM_{red} redukováná výše $CM_{alfa2013}$, která se stanoví podle následujících podmínek:

$$CM_{red} = \min \left\{ CM_{alfa2011} * 0,95 * Kp_p; CM_{alfa2013}; (CM_{alfa2013})^\alpha * \left(1,03 * PP_{alfa2013} * \frac{CM_{alfa2011}}{PP_{alfa2011}} \right)^{(1-\alpha)} \right\}$$

kde:

min funkce minimum, která přiřadí CM_{red} právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejnižší

α koeficient, který se stanoví na 0,2

$CM_{alfa2013}$ počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce (dále jen „indexy 2013“)

$CM_{alfa2011}$ počet případů hospitalizací ukončených a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a vynásobených indexy těchto skupin stanovenými právním předpisem upravujícím hodnoty bodu a výši úhrad pro rok 2011 (dále jen „indexy 2011“)

$PP_{alfa2013}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2013, zařazených do

skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce

$PP_{\text{alfa}2011}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací ukončených v roce 2011, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce

Kp_p koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2011 a 1. lednem 2013; nedohodne-li se poskytovatel a zdravotní pojišťovna jinak, tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2011 a 1. lednem 2013, přičemž tyto koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce

ZS_{2013} základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se vypočte takto:

a)

$$ZS_{2013} = \left\{ (1 - Kp) * \left(0,8 * IZS_{2011} + 0,2 * \frac{\sum_{i=1}^n IZS_{i,2011} * CM_{i,all2011}}{\sum_{i=1}^n CM_{i,all2011}} \right) + (Kp * TZS) \right\}$$

kde:

n počet pojišťoven
i zdravotní pojišťovna

IZS_{2011} referenční individuální základní sazba, která se vypočte takto:

$$IZS_{2011} = \frac{U_{all2011}}{CM_{all2011}}$$

kde:

$U_{all2011}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací v referenčním období, včetně vypořádání regulačních omezení a realizovaných navýšení úhrady

$CM_{all2011}$ počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v přílohách č. 9, 10 a 11 k této vyhlášce a vynásobených indexy 2011

- Kp přibližovací koeficient, který se stanoví ve výši 0,30
 TZS technická (celostátní) základní sazba, která se stanoví ve výši 29 500 Kč

b) Pokud se zdravotní pojišťovny v případě konkrétního poskytovatele zdravotních služeb nedohodnou na výpočtu uvedeném v bodě a, vypočte se základní sazba takto:

$$ZS_{2013} = [IZS_{2011} * (1 - Kp) + (TZS * Kp)]$$

kde:

- Kp přibližovací koeficient, který se stanoví ve výši 0,50
 TZS technická (celostátní) základní sazba, která se stanoví ve výši 29 500 Kč

Celková výše úhrady ($MAX PU_{drg2013}$) se vypočte takto:

$$MAX PU_{drg2013} = \max\{\min[1,07 * CM_{red} * IZS_{2011}; CM_{red} * ZS_{2013}]; 1,02 * CM_{red} * IZS_{2011}\}$$

kde:

- max funkce maximum, která přiřadí nezávislé proměnné právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejvyšší
 min funkce minimum, která přiřadí nezávislé proměnné právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejnižší

3.2 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{alfa2011}$ a $CM_{all2011}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2011.

3.3 Úhradu léčivých přípravků vyjmutých z platby případovým paušálem a uvedených v příloze 14 k této vyhlášce poskytne zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši vykázané ceny použitého léčivého přípravku, nejvýše však ve výši ceny léčivého přípravku vykázané v referenčním období.

4. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

4.1 Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce. Pro hrazené služby podle seznamu výkonů a vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za

hodnocené období, se stanoví hodnota bodu ve výši $ICB_{ref} * 1,07$ do limitu ($LIM_{PU_{betadrg2013}}$) vypočteného takto:

$$LIM_{PU_{betadrg2013}} = [(V_{betadrg2011} * ICB_{ref}) + ZUM_{betadrg2011} + ZULP_{betadrg2011} + LP_{betadrg2011} + KP_{betadrg2011}] * 1,07 * K_{pp}$$

kde:

$V_{betadrg2011}$ celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony provedené během hospitalizací, za referenční období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce. Počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013

ICB_{ref} vypočtená individuální cena bodu poskytovatele, která se stanoví jako podíl U_{ref}/B_{ref}

kde:

U_{ref} celková úhrada náležející poskytovateli za veškeré hrazené služby poskytnuté v referenčním období, včetně vypořádání všech regulačních opatření a realizovaných navýšení úhrady, s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, snížená o úhradu za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál, poskytnuté v referenčním období, vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané v souvislosti s péčí o pacienty, o paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a dále o ostatní hrazené služby v korunách českých (KP_{ref}).

B_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013, za zdravotní služby poskytnuté v referenčním období.

$ZUM_{betadrg2011}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$ZULP_{betadrg2011}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$LP_{\text{betadrg}2011}$ paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetrovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za referenční období, vztaženým k hospitalizacím v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č.11 k této vyhlášce.

$KP_{\text{betadrg}2011}$ celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

4.2 Pro hrazené služby vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, hrazené podle seznamu výkonů, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období nad vypočtený limit ($LIM_{PU_{\text{betadrg}2013}}$), se stanoví hodnota bodu ve výši $(ICB_{\text{ref}} * 1,07) * 0,5$ a výše úhrady za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona a za ostatní hrazené služby hrazené v korunách českých, se vypočte takto:

$$(ZUM_{\text{betadrg}2013} + ZULP_{\text{betadrg}2013} + LP_{\text{betadrg}2013} + KP_{\text{betadrg}2013}) * 0,5$$

kde:

$ZUM_{\text{betadrg}2013}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$ZULP_{\text{betadrg}2013}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$LP_{\text{betadrg}2013}$ paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetrovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za hodnocené období, vztaženým k hospitalizacím v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$KP_{\text{betadrg}2013}$ celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

do celkové výše úhrady ($MAX PU_{betadrg2013}$) která se vypočte takto:

$$MAX PU_{betadrg2013} = LIM PU_{betadrg2013} * 1,15$$

- 4.3 Pokud poskytovatel v rámci hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců, zdravotní pojišťovna nezahrne tuto úhradu do výpočtu regulace podle bodu 4.2.
5. Pro hrazené služby podle seznamu výkonů, včetně hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
6. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 911, 914, 921 a 925 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření.
 - 6.1. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.
 - 6.2. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604, podle seznamu výkonů, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.
 - 6.3. 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 dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.
 - 6.4. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § 8 této vyhlášky.
 - 6.5. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.
 - 6.6. Pro výkony zdravotní dopravy, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.
 - 6.7. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 14 této vyhlášky.
 - 6.8. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.

6.9. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925, podle seznamu výkonů, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

6.10. Pokud součet úhrad vypočtených podle bodů 6.1 až 6.9 bude nižší než 94 % úhrady za ambulantní péči poskytnutou v referenčním období ($U_{amb2011}$), poskytovatelem vykázány a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v hodnoceném období bude nejméně 100 % počtu bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v referenčním období, a dále pokud poskytovatel v hodnoceném období ošetří nejméně 100 % unikátních pojištěnců v porovnání referenčním obdobím, potom se výsledná úhrada za ambulantní péči poskytnutou v hodnoceném období ($UV_{amb2013}$) stanoví ve výši

$$UV_{amb2013} = U_{amb2011} \times 0,94 \times K_p$$

6.11. Pokud poskytovatelem vykázány a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v hodnoceném období bude nižší než 100 % počtu bodů vynásobených indexem K_p , za výkony ambulantní péče poskytnuté v referenčním období a zároveň pokud poskytovatel v hodnoceném období ošetří méně než 100 % unikátních pojištěnců vynásobených indexem K_p , v porovnání referenčním obdobím, potom se $UV_{amb2013}$ sníží o stejný počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 100 % hodnoty stanovené v bodu 6.10. Pro snížení uvedené ve větě první se použije vyšší z hodnot, o kterou nebylo dosaženo 100 % hodnoty stanovené v bodu 6.10.

6.12. Pro nasmlouvaný výkon 09563, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč a pro nasmlouvaný výkon 88101, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

7. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
8. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jedná se o hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny z objemu úhrady stanoveného podle této vyhlášky z údajů za referenční období. Při stanovení výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zohlední změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období bude finančně vypořádána v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Hrazené služby podle § 4 odst. 2

1. Paušální sazba za jeden den hospitalizace s výjimkou zvláštní lůžkové péče

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.

- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období se stanoví ve výši 100 % paušální sazby za jeden den hospitalizace náležející poskytovateli v referenčním období.
- c) Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.

2. Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče

- a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.
- b) Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč do 100 % objemu vypočteného takto:

$$P_{Bro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

kde:

- P_{Bro} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období
- PO_{Pho} počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v hodnoceném období
- PO_{Pro} počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v referenčním období

Hrazené služby poskytnuté poskytovatelem nad 100 % vypočteného objemu se hradí s hodnotou bodu ve výši 0,40 Kč. Finanční vypořádání se provede nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

3. Zvláštní lůžkové péče

- a) Pro zvláštní lůžkovou péči poskytovanou ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu podle § 22a zákona, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení úhrady formou případového paušálu

- 1.1. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky v metodice vykazování a kódování podle Klasifikace⁴⁾, v jejichž důsledku došlo k neoprávněnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží úhradu v této výši:

a) revize u jednoho případu:

$$(CM_{\text{původní}} - CM_{\text{revidovaný}}) \times ZS_{2013} \times 3$$

b) revize u statisticky méně významného počtu případů příslušné DRG base:

$$((CM_{\text{původní}} - CM_{\text{revidovaný}}) / (CM_{\text{původní}})) \times \Sigma \text{ CM base} \times ZS_{2013} \times 0,2$$

c) revize u statisticky významného počtu případů příslušné DRG base:

$$((CM_{\text{původní}} - CM_{\text{revidovaný}}) / (CM_{\text{původní}})) \times \Sigma \text{ CM base} \times ZS_{2013} \times 0,8$$

kde:

CM base součet relativních vah dané DRG base

DRG base agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾. Jsou dány prvními 4 znaky z pětičíslného kódu DRG skupiny.

DRG skupina jedna skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾

Relativní váha index 2013

Statisticky významný počet případů příslušné DRG base

více než 5% případů, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele.

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG base

méně než 5% případů, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele.

$CM_{\text{původní}}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace⁴⁾ zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10 a 11 k této vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením cíleného či náhodného šetření zdravotní pojišťovnou

$CM_{\text{revidovaný}}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace⁴⁾ zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10 a 11 k této vyhlášce, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě cíleného či náhodného šetření

2. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

- a) Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny v hodnoceném období, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, převýší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. Snížení podle věty první zdravotní pojišťovna neuplatní, pokud poskytovatel doloží, že zvýšená celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.
- b) V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodu 1.

Příloha č. 2 k vyhlášce č..../2012 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 5

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
 - a) 50 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
 - b) 49 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně,
 - c) 47 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),
 - d) 49 Kč pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a),
 - e) V případě více samostatných pracovišť poskytovatele může být stanovena základní kapitační sazba pro každé pracoviště zvlášť podle podmínek stanovených v písmenech a) až d).
 - f) Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v

jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní kapitační sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

2. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

3. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 002, podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX - LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ APLIKACE

06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

- Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby a zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, poskytovatelem vykazané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.
- Pro výkony 01021, 01022, 02021, 02022 a výkony očkování se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč. Hodnota bodu výkonů pravidelného očkování se dohodne ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.
- Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
- Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

Věkové skupiny a indexy:

Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,91
5 – 9 let	1,70
10 – 14 let	1,35
15 – 19 let	1,00
20 – 24 let	0,90
25 – 29 let	0,95
30 – 34 let	1,00
35 – 39 let	1,05
40 – 44 let	1,05
45 – 49 let	1,10
50 – 54 let	1,35
55 – 59 let	1,45
60 – 64 let	1,50
65 – 69 let	1,70

70 – 74 let	2,00
75 – 79 let	2,40
80 – 84 let	2,90
85 a více let	3,40

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců.
2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto poskytovatelem.
3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 4 až 6 části A) použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

D) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech s výjimkou zdravotních výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu:

- 1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona, a které zdravotní pojišťovna uhradila. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky vztažená na

jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

- 1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornosti 902, podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z tohoto překročení.
2. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud poskytovatel v roce 2012 nebo 2013 registroval 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytl hrazené služby 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
4. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost v roce 2012, sledovaná za každou odbornost zvlášť, nepřevyší předpokládanou výši úhrad na příslušný druh hrazených služeb na rok 2013, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
5. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2011 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2013, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
6. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2013.
7. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní, za každou odbornost zvlášť, pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou jinak.

Příloha č. 3 k vyhlášce č.../2012 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 6

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši
 - a) 1,08 Kč pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů, vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie podle seznamu výkonů,

- b) 0,90 Kč pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči, s výjimkou nasmlouvaného výkonu 18550, podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč.
- c) 1 Kč pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 903 – klinická logopedie podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů,
- d) 0,68 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů,
- e) 0,68 Kč pro výkony 75347 a 75348 podle seznamu výkonů poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů,
- f) 1,03 Kč pro screeningové výkony 15101 a 15105 podle seznamu výkonů poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 – gastroenterologie podle seznamu výkonů a 1 Kč pro poskytovatele poskytujícího novorozenecký screening,
- g) 1,02 Kč pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči výše neuvedenou, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti podle seznamu výkonů takto:

$$P_{Bro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}} \times 0,98$$

kde:

P_{Bro}	celkový počet těch poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, které nebyly za referenční období uhrazeny ve snížené hodnotě bodu
PO_{Pho}	počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném období
PO_{Pro}	počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v odbornosti v referenčním období

Zdravotní péče poskytnutá poskytovatelem nad vypočtený objem v dané odbornosti, vyjádřená počtem bodů za výkony poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,30 Kč.

2. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval péči v dané odbornosti, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu použít průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

3. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů podle bodu 1 písm. g) navýší o počet bodů, který odpovídá poskytovatelem vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.
4. Snížená hodnota bodu v dané odbornosti podle bodu 1 písm. g) se nepoužije:
 - a) v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil **50 a méně** unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinálních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
 - b) v případě hrazených služeb poskytované zahraničním pojištěncům.V případech uvedených v písmenu a) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1,02 Kč.
5. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud poskytovatel během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky, a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky, a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může poskytovateli po skončení roku 2013 snížit úhradu o **50 %** částky, o níž celková úhrada za uvedené zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny.
2. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může poskytovateli po skončení hodnoceného období snížit úhradu o **50 %** částky, o níž celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může poskytovateli po skončení hodnoceného období snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
4. Regulační omezení podle bodů 1 až 3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 1, 2, popřípadě 3.
5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatele specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané u poskytovatele specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2013, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
8. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
9. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2013, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
12. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle bodu 2.
13. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1 až 3 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní za každou odbornost zvlášť, pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou jinak.

Příloha č. 4 k vyhlášce č..../2012 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč.
2. Celková výše úhrady poskytovateli
 - a) poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POPzpo} \times \text{PUROo} \times 0,98$$

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období.

PUROo průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

b) poskytujícímu hrazené služby současně v odbornosti 603 a v odbornosti 604 nepřekročí částku rovnající se součtu částek za jednotlivé odbornosti, kde se částka za jednotlivou odbornost vypočte takto:

POPzpo x PUROo

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období

PUROo se vypočte takto:

$$\mathbf{PUROo = (PPBROo \times RDHB + PUZUMROo + PUZULPROo) \times 0,98}$$

kde:

PPBROo průměrný počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem,

RDHB reálně dosažená hodnota bodu pro hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 603 a 604 podle seznamu výkonů u zdravotní pojišťovny v referenčním období, která se stanoví jako podíl celkové úhrady poskytnuté poskytovatelem zdravotní pojišťovnou za hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 603 a 604 podle seznamu výkonů snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za referenční období a celkového počtu bodů za hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 603 a 604 vykázané za referenční období a zdravotní pojišťovnou uznaných

PUZUMROo průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti u poskytovatele v referenčním období

PUZULPROo průměrná úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti u poskytovatele v referenčním období

3. Celková výše úhrady podle bodu 2 bude při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem navýšena stejným způsobem jako v referenčním období, pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou jinak.
4. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, je zdravotní pojišťovna oprávněna pro účely výpočtu celkové výše úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
5. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle

bodů 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodů 1 Kč, pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou jinak.

6. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem těhotných pojištěnek.
7. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
8. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 písm. a) a b). V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvané péče pro danou odbornost.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za odpovídající referenční období, nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázané a uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - 1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna poskytovateli snížit úhradu o 50 % částky, o níž celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
 - 1.2 Pokud poskytovatel dosáhne vyšší průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna poskytovateli snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, prováděné poskytovatelem, které má s pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče

v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnutou hrazené služby, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, je zdravotní pojišťovna oprávněna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytované péče nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 a 1.2. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb péče pro danou odbornost.
6. Pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyšší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2013, vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
7. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za zdravotní výkony, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
8. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.
9. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní, za každou odbornost zvlášť, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna nedohodnou jinak.

Příloha č. 5 k vyhlášce č..../2012 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 9

1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu a screeningu kolorektálního karcinomu, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč, pro

nasmlouvané výkony screeningu děložního hrdla, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč.

2. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 podle seznamu výkonů se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů 89711 až 89725 a výkonů 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví hodnota bodu ve výši 0,67 Kč.
3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 812 až 815, 818, 819 a 822 podle seznamu výkonů se do objemu vypočteného podle bodu 5 hodnota bodu stanoví ve výši 0,55 Kč.
4. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 807, 816, 817 a 823 podle seznamu výkonů se do objemu vypočteného podle bodu 5 hodnota bodu stanoví ve výši 0,40 Kč.
5. V případě, že poskytovatel poskytuje služby v minimálně 4 autorských odbornostech, zvýší zdravotní pojišťovna hodnotu bodu o 27%.
6. Hrazené služby poskytované v hodnoceném období ve vyjmenovaných odbornostech se hradí s hodnotou bodu podle bodu 2 do vypočteného objemu 98 % poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období a podle bodů 3 až 5 do vypočteného objemu 100 % poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období; nad tento objem se hrazené služby v odbornostech uvedených v bodu 2 až 4 hradí s hodnotou bodu 0,37 Kč a v odbornostech uvedených v bodu 5 s hodnotou bodu 0,20 Kč. Tento objem se vypočte takto:

$$PB_{ro} \times \frac{POP_{ho}}{POP_{ro}}$$

kde:

PB_{ro} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

POP_{ho} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v hodnoceném období

POP_{ro} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v referenčním období

7. U poskytovatele, které v hodnoceném období neexistoval, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo pokud poskytovatel poskytl hrazené služby 50 a méně unikátním pojištěncům, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu podle bodu 5 použít průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
8. Ustanovení bodu 6 se nepoužije v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům.

9. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc. Finanční vypořádání bude provedeno nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 6 k vyhlášce č..../2012 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
3. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč. Na tyto výkony se nevztahuje ustanovení bodů 4 a 5.
4. Zdravotní péče poskytnutá poskytovatelem do 105 % vypočteného objemu, popřípadě upraveného podle bodu 6, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Tento objem se vypočte takto:

$$P_{Bro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

kde:

P_{Bro} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

PO_{Pho} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v hodnoceném období

PO_{Pro} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v referenčním období

5. Hrazené služby poskytnuté poskytovatelem nad 105 % objemu vypočteného podle bodu 4, popřípadě upraveného podle bodu 6, se v odbornosti 925 hradí s hodnotou bodu ve výši 0,70 Kč a v odbornostech 911, 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,63 Kč.
6. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
7. Ustanovení bodů 4 a 5 se nepoužije, pokud poskytovatel ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období.

8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc, přičemž tuto formu zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období. Předběžnou úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po skončení hodnoceného období.

Příloha č. 7 k vyhlášce č..../2012 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

1. Hodnota bodu se stanoví ve výši 0,80 Kč.
2. Pro výkony přepravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví ve výši 0,90 Kč. Na tyto výkony se nevztahuje ustanovení bodu 3.
3. Hrazené služby poskytnuté poskytovatelem nad vypočtený objem, popřípadě upravený podle bodu 4, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,40 Kč. Tento objem se vypočte takto:

$$PB_{\text{Bro}} \times \frac{PO_{\text{Pho}}}{PO_{\text{Pro}}} \times 0,98$$

kde:

PB_{Bro} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

PO_{Pho} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v hodnoceném období

PO_{Pro} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v referenčním období

4. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
5. Ustanovení bodu 3 se nepoužije, pokud poskytovatel ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli buď ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc, nebo ve výši jedné dvanáctiny 100 % objemu úhrady v referenčním období, přičemž zvolenou formu zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období. Předběžnou úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

1. Hodnota bodu se stanoví
 - a) ve výši 0,95 Kč pro poskytovatele poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu,
 - b) ve výši 1,23 Kč pro výkony poskytnuté a vykázané v krajském městě a Praze poskytovatelem poskytujícím zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu,
 - c) ve výši 0,85 Kč pro poskytovatele neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu.
2. Hrazené služby poskytnuté poskytovatelem do 98 % vypočteného objemu se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu stanovenou v bodu 1. Tento objem se vypočte takto:

$$PB_{ro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

kde:

PBro celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

POPho celkový počet přepravených pojištěnců, kterým byla v hodnoceném období poskytnuta zdravotnická dopravní služba. Přepraveným pojištěncem se rozumí pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon dopravy na základě příkazu ke zdravotnímu transportu.

POPro celkový počet přepravených pojištěnců, kterým byla v referenčním období poskytnuta zdravotnická dopravní služba

3. Nad 100 % objemu vypočteného podle bodu 2 je zdravotní pojišťovna oprávněna upravit hodnotu bodu uvedenou v bodu 1, a to pro poskytovatele uvedené v bodu 1 písm. a) na 0,55 Kč a pro poskytovatele uvedené v bodu 1 písm. b) na 0,45 Kč.
4. Ustanovení bodu 3 se nepoužije pro poskytovatele, kteří v referenčním nebo hodnoceném období poskytli zdravotnickou dopravní službu méně než 50 přepraveným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.
5. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené služby v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli za 1. a 2. pololetí roku 2013 ve výši 100 % objemu úhrady v příslušném pololetí roku 2011. Předběžnou úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po skončení hodnoceného období.

Příloha č. 9 k vyhlášce č..../2012 Sb.

Skupiny vztahované k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾ s indexy těchto skupin

IR-DRG⁴⁾	Název skupiny	Index 2011	Index 2013
01051	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	0,1655	

Příloha č. 10 k vyhlášce č..../2012 Sb.

Skupiny vztahované k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾ s indexy těchto skupin

IR-DRG⁴⁾	Název skupiny	Index 2011	Index 2013
00041	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	0,1655	

Příloha č. 11 k vyhlášce č..../2012 Sb.

Skupiny vztahované k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾ vyčleněné z úhrady podle případového paušálu

IR-DRG⁴⁾	Název skupiny	Index 2011	Index 2013
00011	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC		

Příloha č. 12 k vyhlášce č..../2012 Sb.

Výše úhrad hrazených služeb podle § 8 odst. 2

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	<p><u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou (dále jen „ZP“). 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, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.</p>	<p>Lze vykázat při registraci pojištěnce nově přijatého do péče, to je kód 00900 nelze vykázat v případě, že poskytovatelem byly na pacienta v posledních dvou letech vykazovány kódy pravidelné péče - kódy 00901a 00902, resp. 00946 a 00947. V témže kalendářním roce lze kód 00900 kombinovat pouze s kódem 00901, resp. 00946. Kombinaci kódů 00900 a 00901, resp. 00946 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést vyšetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost 014</p>	398 Kč
00901	<p><u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č.1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.</p>	<p>Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství, mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00901 a 00901, resp. 00946 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému</p>	368 Kč

		školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁵⁾	
00902	<u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku</u> Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentalní hygieny, motivaci pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00901, resp. 00946 v témže kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kombinaci kódů 00901 a 00902, resp. 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním jednotlivých kódů v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁵⁾	323 Kč
00903	<u>Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou</u> Vyšetření odborníkem nebo specialistou na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Nelze kombinovat s kódem 00908. Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ ; 015; 605	200 Kč
00904	<u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce od 1 roku do 6 let v rámci preventivní péče</u>	Lze vykázat 1/1 rok pouze v souvislosti s druhou preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, kódem 00901 popřípadě 00946 a diagnózou Z 012 – zubní vyšetření. Odbornost – 014	105 Kč
00906	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce do 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. Kód lze vykazovat pouze v souvislosti se stomatologickými výkony, nikoliv s výrobky. U dětí lze vykázat i bez kurativního výkonu.	Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	95 Kč

⁵⁾ § 22 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

00907	<p><u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.</p>	<p>Lze vykázat 1/1 den Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat jen s kódy 00900,00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z 012 – zubní vyšetření). Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE⁵). Lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.</p>	68 Kč
00908	<p><u>Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Ošetření 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, nebo opravu / úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.</p>	<p>Nelze kombinovat s kódem 00903 a 00909. Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014</p>	295 Kč
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>Nelze kombinovat s kódy 00900, 00901, 00902, 00903, 00908, 00945, 00946 a 00947. V kombinaci s kódem 00907 nelze vykázat samostatně s diagnózou Z 012 – zubní vyšetření. Kód lze nasmlouvat i pro poskytování lůžkové péče poskytovateli zubního lékařství nebo Ústavem klinické a experimentální stomatologie. Lze vykázat 1/1 den Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, u rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz lze vykázat pouze jednou, při zahájení léčby. Odbornost – 014; 015</p>	410 Kč
00910	<p><u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení rentgenového snímku na speciálním dentálním rentgenovém přístroji, nebo další zobrazovací metodou (podmínkou je archivace snímku). Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605</p>	70 Kč

	snímku jiným poskytovatelem).		
00911	<u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení skiografie lebky různých projekcí za každý snímek. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval, v případě odbornosti 015 i rentgenový snímek ruky (stanovení fáze růstu skeletu).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	225 Kč
00912	<u>Náplň slinné žlázy kontrastní látkou</u> Sondáž, dilatace, náplň slinných žláz a vývodů kontrastní látkou. Následné rentgenové vyšetření je vykazováno kódem 00911 nebo 00913 poskytovatelem, který snímek indikoval.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE ⁵⁾ ; 605	581 Kč
00913	<u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	Lze vykázat 1/2 roky Odbornost 014; 015; 605 (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605, 015 a pro odbornost 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ ;	275 Kč
00914	<u>Vyhodnocení ortopantomogramu</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. 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 ⁵⁾ , může kód vykázat i tento zubní lékař.	Lze vykázat 1/1 snímek/1 poskytovatel Odbornost – 014; 015; 605	70 Kč
00915	<u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE ⁵⁾ ; 015; 605	270 Kč
00916	<u>Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale</u> 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 anestézie indikována lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605	100 Kč
00917	<u>Anestézie infiltrační</u>	Lze vykázat – bez omezení	80 Kč

	Aplikace injekční anestézie pro každý sextant, včetně anestézie na foramen mentale, foramen palatinum maius a foramen incisivum. Počítá se anestetizovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestézie indikována lékařem.	Odbornost – 014; 015; 605	
00920	<u>Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň</u> Ošetření zubního kazu stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do 18 let v rozsahu špičáků včetně, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu.	Lze vykázat 1 zub/6 měsíců Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	315 Kč
00921	<u>Ošetření zubního kazu – stálý zub</u> Ošetření zubního kazu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu, standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona (při použití samopolymerujících kompozitních materiálů v rozsahu špičáků včetně a nedózaného amalgámu v celém rozsahu).	Lze vykázat 1 zub/365 dní 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 1 rok lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	220 Kč
00922	<u>Ošetření zubního kazu – dočasný zub</u> Ošetření zubního kazu dočasného zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu a použitý materiál.	Lze vykázat 1 zub/6 měsíců 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 6 měsíců lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	126 Kč
00923	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, chemickou a medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek zinkoxydfosfátovým cementem. Počet návštěv nerozhoduje.	Nelze kombinovat s kódem 00925. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub pouze tehdy, pokud následuje konzervačně – chirurgická léčba komplikací zubního kazu. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	181 Kč
00924	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém	Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	176 Kč

	ošetření dočasného zubu metodou vitální nebo mortální amputace jedenkrát. Při případné exstirpaci každý zaplněný kořenový kanálek. Ošetření je možné, když je dočasný zub klinicky pevný. Dle rentgenové resorbce nejvýše do poloviny kořene.		
00925	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II.- stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek při použití registrovaného materiálu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Nelze kombinovat s kódem 00923. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	265 Kč
00931	<u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu</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.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	700 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 provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Odstup mezi vykázáním kódů 00932 musí být v takovém minimálním intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby. Přejíždění dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se	Lze vykázat 3/1 kalendářní rok Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Odbornost – 014	243 Kč

	vykazuje zvlášť.		
00933	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu (gingivektomie s plastikou) za každý zub.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾	420 Kč
00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula a výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾	1 000 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 (CP 3,4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich kombinací.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	84 Kč
00936	<u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo kostního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾ ; 605	600 Kč
00937	<u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognátního systému. Nutno doložit modely před a po ošetření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	433 Kč
00938	<u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> 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.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015	44 Kč
00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice</u> Při komplexním vyšetření ústní	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému	700 Kč

	sliznice, stanovení diagnózy.	školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾	
00941	<u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾	300 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 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾ ; 605	88 Kč
00945	<u>Cílené vyšetření</u> Vyšetření zaměřené na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce, v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů a péče poskytované v rámci odbornosti 015 i u neregistrovaných pojištěnců.	Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900,00901, 00902, 00903, 00908, 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00946, 00947, 00981, 00983, 00984. Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Odbornost – 014; 015	10 Kč
00946	<u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č.1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství, mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00946 a 00946, resp. 00901 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014	336 Kč
00947	<u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku I</u> Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivace pojištěnce po orientačním	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykazání kódu 00901, resp. 00946 v témže kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kombinaci	263 Kč

	vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv.	kódů 00901 a 00902, resp. 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním jednotlivých kódů v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost - 014	
00949	<u>Extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	87 Kč
00950	<u>Extrakce stálého zubu</u> Extrakce stálého zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	168 Kč
00951	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014; 605	525 Kč
00952	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzavěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než jeden sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;CH;PE ⁵); 605	1 155 Kč
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů</u> Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání, podložení kostním štěpem, fixace drátěného tahu, nalepení	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵); 015; 605	630 Kč

	ortodontického zámku).		
00954	<u>Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu</u> Odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputace kořenového hrotu, exkochleace, toleta kořene a kosti, sutura (včetně případného peroperačního plnění), za každý ošetřený kořen. Též periapikální exkochleace a exstirpace odontogenní cysty do 1 cm.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014; 605	420 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 každý sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	420 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 jeden 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.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;CH;PE ⁵⁾ ; 605	900 Kč
00957	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Ošetření následků úrazu zubů a alveolu malého rozsahu, včetně jednoduché fixace plastickým materiálem popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	420 Kč
00958	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Repozice a fixace zlomenin alveolu horní, dolní čelisti, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace (za každou ošetřenou čelist).	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – čelist Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵⁾ ; 605	750 Kč
00959	<u>Intraorální incize</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – kvadrant Odbornost – 014; 015; 605	105 Kč
00960	<u>Zevní incize</u> Léčba kolemčelistního zánětu zevní incisí, včetně dilatace, s vypuštěním	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému	600 Kč

	exsudátu a zavedením drénu.	školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵⁾ ; 605	
00961	<u>Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplachu rány lokálním léčebným prostředkem, dále stavění pozdního postextrakčního krvácení, revize extrakční rány, svalové rehabilitační cvičení a fyzikální terapie.	Lze vykázat 5/10 dnů Odbornost – 014; 015; 605	45 Kč
00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> Vyšetření temporomandibulárního kloubu, zdokumentování onemocnění a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (například mezičelistní fixací, fyzikální terapií nebo manuální repozicí).	Lze vykázat 2/1kalendářní rok (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605, 015 a 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵⁾) Odbornost – 014; 015; 605	300 Kč
00963	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Zahrnuje injekční aplikaci léčiva, včetně ceny aplikace, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	53 Kč
00965	<u>Čas zubního lékaře strávený dopravou za imobilním pojištěncem</u> <u>Výkon je hrazen na podkladě doporučení praktického lékaře.</u>	Nelze vykázat spolu s výkonem dopravy. Odbornost – 014; 605 Výkon je hrazen na podkladě doporučení praktického lékaře.	210 Kč
00966	<u>Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)</u> Výkon vykazuje ošetřující lékař, který vystavuje Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014	5 Kč
00967	<u>Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)</u> Výkon vykazuje ošetřující lékař, který Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče), vystavil.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014	5 Kč
00968	<u>Stomatochirurgické ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem poskytovatele</u> Písemná zpráva.	Lze vykázat 1/1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00962. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému	1 000 Kč

		školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; ⁵⁾ Ošetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení).	
00970	<u>Sejmutí fixní náhrady – za každou pilířovou konstrukci</u> Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací.	Lze vykázat 1/730 dní Nelze vykázat u provizorních náhrad. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	91 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 razídlou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1/730 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	69 Kč
00973	<u>Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u> Oprava nebo jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.	Lze vykázat 5/1kalendářní rok Nelze vykázat při odevzdání nové snímatelné náhrady (nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady). Lokalizace – čelist Odbornost – 014; 015; 605	39 Kč
00974	<u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	0 Kč
00981	<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. Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykázáním kódu 00981.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce a poskytovatele Odbornost – 015	600 Kč
00982	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	1 300 Kč
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního</u>	Lze vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let.	800 Kč

	<u>ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích, a to po vykázání kódu 00982 nebo 00994. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.	Odbornost – 015	
00984	<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.	Lze vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Odbornost – 015	210 Kč
00985	<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 telorentgenů a ortopantomogramu).	Lze vykázat 2/1 čelist S časovým odstupem 3 let lze vykázat jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti kódu 00994. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	700 Kč
00986	<u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u> Kontrola pojištění 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, maximálně po dobu 4 let. Odbornost – 015	220 Kč
00987	<u>Stanovení fáze růstu</u> Určení růstové fáze pojištění – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2/1 pojištění Odbornost – 015	53 Kč
00988	<u>Analýza telorentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 015	116 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 Odbornost – 015	315 Kč

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 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	473 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 kroužcích.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	173 Kč
00992	<u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení intra-extraorálního drátěného oblouku (uzdy), nebo bradové peloty a ortodontní čapky či krční pásy nebo obličejové masky typu Delaire, Hickham a podobně za účelem extraorálního kotvení, včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce Odbornost – 015	210 Kč
00993	<u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4/1kalendářní pololetí (1x na kvadrant). Odbornost – 015	300 Kč
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu 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 věku 10 let. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	900 Kč

Vysvětlení zkratk:

PZL praktický zubní lékař
PA parodontolog
CH stomatochirurg
PE pedostomatolog

Koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky

Index změny počtu pojištěnců mezi 1.1.2013 a 1.1.2011							
kraj / zdravotní pojišťovna	ČPZP	OZP	RBP	VoZP	VZP	ZP MV ČR	ZPŠ
Hlavní město Praha	1,91	1,01	1,00	1,10	0,98	1,05	1,00
Jihočeský kraj	1,07	1,00	1,00	1,08	0,97	1,04	1,00
Jihomoravský kraj	1,98	1,00	1,00	1,20	0,97	1,04	1,00
Karlovarský kraj	1,00	1,00	1,00	1,19	0,96	1,04	1,00
Kraj Vysočina	2,11	1,00	1,00	1,19	0,98	1,04	1,00
Královéhradecký kraj	1,11	1,00	1,00	1,06	0,97	1,06	1,03
Liberecký kraj	1,00	1,00	1,00	1,16	0,98	1,06	1,00
Moravskoslezský kraj	1,03	0,94	1,03	1,09	0,93	1,14	1,00
Olomoucký kraj	4,17	1,00	1,00	1,07	0,94	1,05	1,00
Pardubický kraj	1,09	1,06	1,00	1,16	0,97	1,07	1,00
Plzeňský kraj	2,29	1,00	1,00	1,25	0,96	1,04	1,00
Středočeský kraj	8,78	1,07	1,00	1,18	0,99	1,07	1,01
Ústecký kraj	1,62	1,00	1,00	1,19	0,97	1,05	1,00
Zlínský kraj	1,06	1,00	0,98	1,36	0,97	1,09	1,00

Příloha č. 14 k vyhlášce č..../2012 Sb.

Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem

1. Z platby případovým paušálem jsou vyjmuty:

1.1. Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

B02BB01
 B02BD01
 B02BD02
 B02BD03
 B02BD04
 B02BD05
 B02BD06
 B02BD07
 B02BD08
 B02BD09
 B02BD10
 B05AA02

1.2. Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)
 Kryoprotein (0207926)