

STOMATOLOGICKÉ VÝKONY V ROCE 2026

**Pravidla a podmínky
pro vykazování a úhradu
ambulantních stomatologických
služeb hrazených z veřejného
zdravotního pojištění pro rok 2026**

Robert Houba
Hana Böhmová
Jan Černý
Hana Drahošová
Dorota Kadlecová
Ludmila Macháčková
Petra Poláčková
Jiří Slavík
Eva Šrámková



Na tvorbě publikace Stomatologické výkony v roce 2026 se prostřednictvím členů autorského kolektivu podílely Česká stomatologická komora, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Svaz zdravotních pojišťoven ČR, z. s., Zájmové a profesní sdružení smluvních poskytovatelů Zubohrad, z. s., a Česká ortodontická společnost.

MUDr. Robert Houba, Ph.D.
člen výboru
Zájmové a profesní sdružení smluvních
poskytovatelů Zubohrad, z. s.

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.
prezident komory
Česká stomatologická komora

Ing. Zdeněk Kabátek
ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

MUDr. Renata Knorová, MBA
předsedkyně zdravotní sekce, Svaz zdravotních pojišťoven ČR, z. s.

doc. MUDr. Ivo Marek, Ph.D.
předseda spolku, Česká ortodontická společnost

©2025

MUDr. Robert Houba, Ph.D., MUDr. Hana Böhmová, MUDr. Jan Černý, MUDr. Hana Drahošová, MUDr. Dorota Kadlecová, MUDr. Ludmila Macháčková, MDDr. Petra Poláčková, Ph.D., Mgr. Jiří Slavík, MUDr. Eva Šrámková

Vydala Česká stomatologická komora
Slavojova 22, 128 00 Praha 2
IČO: 00224286, csk@dent.cz, www.dent.cz

Sazba a zlom: Naděžda Albertová
Počet stran: 292
První vydání, Praha 2025

ISBN 978-80-909493-2-4 (online)
ISBN 978-80-909493-3-1 (print)

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

rok 2026 je pro českou stomatologii přelomový. Po více než sto padesáti letech se uzavírá éra amalgámových výplní – nejen symbolicky, ale také legislativně, v souladu s Minamatským protokolem a nařízením EU o rtuti. Po letech příprav tak přichází dlouho očekávaná **Reforma stomatologie 3**, která přináší nejen změnu materiálu, ale i celkový pohled na hodnotu výplně a péče o pacienta.

Cesta k této reformě nebyla jednoduchá. Stát se potýká s dluhy a zdravotní systém už nemá rezervy. Politická očekávání a sliby, že „bílá plomba“ bude „zdarma“ pro všechny, narazily na realitu financí. Výsledkem je složitý, ale férový kompromis: zdravotní pojištění přispěje dospělým pojištěncům na kvalitní ošetření fotokompozitní výplní s tím, že tam, kde to bude lege artis možné, je k dispozici i plně hrazená varianta výplně z fotokompozitu, popř. i z jiných materiálů.

Novinka, tedy částečná úhrada u fotokompozitní výplně, je nastavena na zajímavé úrovni – přispívá pojištěncům na kvalitní ošetření, ale zároveň ubírá z prostředků, které by bylo možné vložit do plně hrazených výkonů např. u dětí. Tento kompromis není pro nás konečný. Je to živý systém, který budeme chtít dál ladit, především navýšením v péči o děti, v nastavení skutečně motivačních hodnot výkonů.

V posledních měsících jsme vedli nespočet jednání, abychom dosáhli řešení, které bude udržitelné pro zubní lékaře, pojištěnce i zdravotní pojišťovny. Velké poděkování patří celému týmu Zubohradu, všem zdravotním pojišťovnám a kolegům, kteří dlouhodobě přispívají daty, argumenty a trpělivostí. Zvláštní dík patří viceprezidentovi ČSK MUDr. Robertu Houbovi, Ph.D., za systematickou práci, která umožnila přetavit politické zadání v realistickou reformu. Velký dík MUDr. Janu Černému a Mgr. Jiřímu Slavíkovi a také představenstvu a sněmu ČSK a pracovníkům zdravotních pojišťoven, cesta se hledala dlouho a složitě. Návrhů byl bezpočet.

Věřím, že tato publikace bude nejen praktickým návodem v novém systému úhrad, ale také dokladem toho, že i v obtížné době lze nacházet rozumné kompromisy a udržet odbornou úroveň české stomatologie.

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.
prezident České stomatologické komory
předseda Zájmového a profesní sdružení smluvních poskytovatelů Zubohrad, z. s.

Obsah

Obsah.....	2
Věcný rejstřík.....	9
Úvod.....	10
Obecná část.....	11
Právní úprava.....	11
Základní principy úhrady stomatologické péče ze zdravotního pojištění.....	12
Výkony nehrazené ze zdravotního pojištění.....	12
Výkony hrazené ze zdravotního pojištění při splnění podmínek a výkony částečně hrazené ze zdravotního pojištění.....	12
Smluvní poskytovatelé.....	14
Nesmluvní poskytovatelé.....	16
Pohotovostní služba v oboru zubní lékařství.....	19
Vysvětlení základních pojmů používaných při vykazování stomatologických výkonů.....	19
Odbornost.....	19
Diagnóza.....	21
Regulační omezení.....	22
Lokalizace.....	23
Regulační poplatek.....	24
Registrace pacientů.....	25
Trvání registrace pacienta.....	26
Kódy vázané na registraci.....	26
Ověřování trvání registrace.....	26
Průkazy pojištění a rozsah péče.....	27
Zvláštní část.....	29
Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce.....	29
Vyšetřovací výkony.....	31
00900 – Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace.....	32
00901 – Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce.....	38
00946 – Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání.....	41
00905 – Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let věku.....	44
00823 – Vyžádané vyšetření orálních infekčních fokusů u registrovaného pojištěnce.....	46
00908 – Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby.....	47
00903 – Vyžádané vyšetření.....	50
00909 – Klinické stomatologické vyšetření.....	53
00944 – Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře.....	55
00910 – Zhotovení intraorálního rentgenového snímku.....	57
00911 – Zhotovení karpogramu.....	58
00913 – Zhotovení ortopantomogramu.....	59
00914 – Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku.....	61
00915 – Zhotovení telerentgenového snímku lbi.....	63

Výkony anestezie	64
00916 – Anestezie injekční na foramen mandibulae a infraorbitale.....	65
00917 – Anestezie injekční.....	68
00978 – Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření.....	71
00979 – Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření.....	73
Výkony konzervační stomatologie	75
00920 – zrušen (Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní).....	76
00921 – zrušen (Ošetření stálého zubu plastickou výplní).....	77
00922 – zrušen (Ošetření dočasného zubu plastickou výplní).....	78
00924 – zrušen (Endodontické ošetření – dočasný zub).....	79
00925 – zrušen (Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků, špičáků a premolárů).....	80
00926 – zrušen (Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů).....	81
00831 – Ošetření dočasného zubu plastickou výplní.....	82
00832 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 1 ploška.....	85
00833 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 2 plošky.....	91
00834 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 3 a více plošek.....	97
00835 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců od 18 let.....	103
00838 – Ošetření stálého zubu nevrstvenou výplní z fotokompozitu u pojištěnců od 18 let.....	111
00836 – Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhajícího materiálu u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek.....	119
00837 – Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhajícího materiálu u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek.....	128
00829 – Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek.....	137
00830 – Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek.....	145
00840 – Primární endodontické ošetření dočasného zubu.....	154
00841 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do 18 let.....	156
00842 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let.....	158
00843 – Primární endodontické ošetření stálého zubu metodou centrálního čepu u pojištěnců od 18 let.....	161
00844 – Pulpotomie – dočasný zub.....	164
00845 – Pulpotomie – stálý zub u pojištěnců do 18 let.....	166
00828 – zrušen (Signální kód zhotovení výplně – 1 ploška).....	168
Parodontologické výkony	169
00931 – Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče.....	170
00932 – Léčba chronických onemocnění parodontu.....	171
00933 – Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu.....	173
00934 – Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu.....	174
00935 – Subgingivální ošetření.....	175
00936 – Odebrání a zajištění přenosu transplantátu.....	176
00937 – Artikulace chrupu.....	177
00938 – Přejíždění dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem.....	178
00940 – Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice.....	179
00941 – Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice.....	180
00943 – Měření galvanických proudů.....	181

Chirurgické výkony	182
00948 – Sutura lůžka	183
00949 – Běžná extrakce dočasného zubu	185
00950 – Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny	187
00951 – Chirurgická extrakce zubu nebo hemiextrakce	189
00851 – Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní malého rozsahu	192
00952 – Chirurgická extrakce zadrženého či zaklíněného zubu a další chirurgické výkony velkého rozsahu spojené s extrakcí zubu	194
00953 – Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami	197
00954 – Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu se zachováním zubu	198
00852 – Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu bez vztahu k zubu	200
00955 – Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu	202
00956 – Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu	204
00957 – Ošetření dentoalveolárního traumatu	206
00958 – Ošetření zlomeniny čelisti	207
00959 – Intraorální incize nebo trepanace alveolu	208
00960 – Zevní incize	209
00961 – Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací	210
00962 – Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch	212
00964 – Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem	213
00968 – Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce	214
Protetické výkony	217
00822 – Aplikace prefabrikované korunky na stálý zub u pacientů do dne dosažení 18 let	218
00970 – Sejmutí fixní náhrady	220
00971 – Provizorní ochranná korunka	221
00973 – Úprava snímatelné náhrady v ordinaci	222
00974 – Odevzdání stomatologického výrobku	223
00977 – Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub	224
VZP kódy 00859 až 00879	226
Bonifikační kódy	228
00904 – Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče	229
00906 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce I	230
00824 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce II	232
00907 – Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let I	234
00825 – Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let II	236
00826 – Stomatologické ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let	238
00821 – Bonifikační kód za ošetření pacienta s morbidní obezitou nad 180 kg ve stomatologii	240
00919 – Ošetření pacienta s vysoce rizikovou infekcí na specializovaném pracovišti	242
00976 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou	245
Ortodontické výkony	247
00981 – Diagnostika ortodontických anomálií	248
00994 – Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk	250
00802 – Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk	251

00982 – Zahájení léčby fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk II.....	253
00800 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I.....	256
00801 – Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I.....	258
00983 – Kontrola léčby s použitím fixního ortodontického aparátu	260
00984 – Kontrola léčby jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu	264
00985 – Ukončení léčby s použitím fixního ortodontického aparátu.....	267
00986 – Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje	269
00987 – Stanovení fáze růstu	271
00988 – Analýza telorentgenového snímku lbi.....	273
00989 – Analýza ortodontických modelů.....	275
00990 – Diagnostická přestavba ortodontického modelu	277
00991 – Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku.....	279
00992 – Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky	281
00993 – Navázání parciálního oblouku	283
00995 – 00999	285
00803 – Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti.....	286
Kódy nezařazené	287
00827 – Premedikace (profylaxe) před stomatologickým ošetřením.....	288
00963 – Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.	290
09545 – Signální výkon regulační poplatek za pohotovostní službu – poplatek uhrazen	291

Rejstřík výkonů v pořadí podle čísel kódů

00800 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I.....	256
00801 – Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I.....	258
00802 – Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk.....	251
00803 – Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti.....	286
00821 – Bonifikační kód za ošetření pacienta s morbidní obezitou nad 180 kg ve stomatologii.....	240
00822 – Aplikace prefabrikované korunky na stálý zub do dne dosažení 18 let.....	218
00823 – Vyžádané vyšetření orálních infekčních fokusů u registrovaného pojištěnce.....	46
00824 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce II.....	232
00825 – Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let II.....	236
00826 – Stomatologické ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let.....	238
00827 – Premedikace (profylaxe) před stomatologickým ošetřením.....	288
00828 – zrušen (Signální kód zhotovení výplně – 1 ploška).....	168
00829 – Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek.....	137
00830 – Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek.....	145
00831 – Ošetření dočasného zubu plastickou výplní.....	82
00832 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do 18 let – 1 ploška.....	85
00833 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do 18 let – 2 plošky.....	91
00834 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do 18 let – 3 a více plošek.....	97
00835 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců od 18 let.....	103
00836 – Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek.....	119
00837 – Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek.....	128
00838 – Ošetření stálého zubu nevrstvenou výplní z fotokompozitu u pojištěnců od 18 let.....	111
00840 – Primární endodontické ošetření dočasného zubu.....	154
00841 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do 18 let.....	156
00842 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let.....	158
00843 – Primární endodontické ošetření stálého zubu metodou centrálního čepu u pojištěnců od 18 let.....	161
00844 – Pulpotomie – dočasný zub.....	164
00845 – Pulpotomie – stálý zub u pojištěnců do 18 let.....	166
00851 – Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní malého rozsahu.....	192
00852 – Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu bez vztahu k zubu.....	200
00900 – Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace.....	32
00901 – Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce.....	38
00903 – Vyžádané vyšetření.....	50
00904 – Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče.....	229
00905 – Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let věku.....	44
00906 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce I.....	230
00907 – Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let I.....	234
00908 – Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby.....	47
00909 – Klinické stomatologické vyšetření.....	53
00910 – Zhotovení intraorálního rentgenového snímku.....	57
00911 – Zhotovení karpogramu.....	58
00913 – Zhotovení ortopantomogramu.....	59
00914 – Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku.....	61
00915 – Zhotovení telerentgenového snímku lbi.....	63

00916 – Anestezie na foramen mandibulae a infraorbitale	65
00917 – Anestezie injekční	68
00919 – Ošetření pacienta s vysoce rizikovou infekcí na specializovaném pracovišti	242
00920 – zrušen (Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní)	76
00921 – zrušen (Ošetření stálého zubu plastickou výplní)	77
00922 – zrušen (Ošetření dočasného zubu plastickou výplní)	78
00924 – zrušen (Endodontické ošetření – dočasný zub)	79
00925 – zrušen (Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků, špičáků a premolárů)	80
00926 – zrušen (Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů)	81
00931 – Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče	170
00932 – Léčba chronických onemocnění parodontu	171
00933 – Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu	173
00934 – Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu	174
00935 – Subgingivální ošetření	175
00936 – Odebrání a zajištění přenosu transplantátu	176
00937 – Artikulace chrupu	177
00938 – Přejídné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem	178
00940 – Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice	179
00941 – Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice	180
00943 – Měření galvanických proudů	181
00944 – Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře	55
00946 – Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání	41
00948 – Sutura lůžka	183
00949 – Běžná extrakce dočasného zubu	185
00950 – Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny	187
00951 – Chirurgická extrakce zubu nebo hemiextrakce	189
00952 – Chirurgická extrakce zadrženého či zaklíněného zubu a další chirurgické výkony velkého rozsahu spojené s extrakcí zubu	194
00953 – Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami	197
00954 – Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu se zachováním zubu	198
00955 – Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu	202
00956 – Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu	204
00957 – Ošetření dentoalveolárního traumatu	206
00958 – Ošetření zlomeniny čelisti	207
00959 – Intraorální incize nebo trepanace alveolu	208
00960 – Zevní incize	209
00961 – Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací	210
00962 – Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch	212
00963 – Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.	290
00964 – Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem	213
00968 – Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce	214
00970 – Sejmутí fixní náhrady	220
00971 – Provizorní ochranná korunka	221
00973 – Úprava snímatelné náhrady v ordinaci	222
00974 – Odevzdání stomatologického výrobku	223
00976 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou	245
00977 – Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub	224

00978 – Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření	71
00979 – Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření	73
00981 – Diagnostika ortodontických anomálií	248
00982 – Zahájení léčby fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk II	253
00983 – Kontrola léčby s použitím fixního ortodontického aparátu	260
00984 – Kontrola léčby jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu	264
00985 – Ukončení léčby s použitím fixního ortodontického aparátu	267
00986 – Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje	269
00987 – Stanovení fáze růstu	271
00988 – Analýza telorentgenového snímku lbi	273
00989 – Analýza ortodontických modelů	275
00990 – Diagnostická přestavba ortodontického modelu	277
00991 – Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku	279
00992 – Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky	281
00993 – Navázání parciálního oblouku	283
00994 – Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk	250
00995 – 00999	285
09545 – Signální výkon regulační poplatek za pohotovostní službu – poplatek uhrazen	291
VZP kódy 00859 až 00879	226

Věcný rejstřík

Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce	29
Bonifikační kódy	228
Endodoncie	
děti a mladiství – plná úhrada	156
dočasný zub – plná úhrada	154
dospělí	
centrální čep – plná úhrada	161
ostatní metody – částečná úhrada	158
Právní předpisy	11
Průkazy pojištěnce a rozsah péče	27
Pulpotomie	
dočasný zub – plná úhrada	164
stálý zub – plná úhrada	166
Registrace pacientů	25
Výkony	
anestezie	64
konzervační stomatologie	75
nezařazené	287
ortodoncie	247
parodontologie	169
protetika	217
vyšetřovací	31
Výplně	
dočasný zub – plná úhrada	82
stálý zub	
děti a mladiství	
1 ploška – plná úhrada	85
2 plošky – plná úhrada	91
3 a více plošek – plná úhrada	97
dospělí	
amalgám (do 2 dvou plošek) – plná úhrada	137
amalgám (nad 2 plošky) – plná úhrada	145
fotokompozit nevrstvený – plná úhrada	111
fotokompozit vrstvený – částečná úhrada	103
chemický a duálně tuhnoucí materiál (do 2 dvou plošek) – plná úhrada	119
chemický a duálně tuhnoucí materiál (nad 2 plošky) – plná úhrada	128
Základní pojmy používané při vykazování stomatologických výkonů	19
Základní principy úhrady stomatologické péče ze zdravotního pojištění	12

Úvod

Následující text obsahuje pravidla a podmínky úhrad hrazených stomatologických služeb dle úhradové vyhlášky platné pro rok 2026 a dalších relevantních předpisů. Jde o výklad těch ustanovení, která se týkají zdravotních výkonů poskytovaných zubními lékaři. Text zohledňuje i související výklady a dohody k vykazování, které byly historicky uzavřeny k výkonům uvedeným ve vyhlášce, s cílem nabídnout poskytovatelům i revizním lékařům přehledný a praktický materiál a přispět tak k jednotnému přístupu k vykazování a posuzování provedených a k úhradě z veřejného zdravotního pojištění vykázaných stomatologických služeb.

Text obsahuje obecnou a zvláštní část. V obecné části najdete některá základní pravidla vykazování, vysvětlení některých pojmů používaných v úhradové vyhlášce nebo v praxi při vykazování. Zvláštní část pak obsahuje texty všech kódů uvedených v úhradové vyhlášce s výkladem. Texty kódů jsou od výkladu graficky odděleny orámováním. Text kódů je publikován vždy přesně tak, jak je uveden v úhradové vyhlášce, včetně případných legislativně technických chyb či obsahových nepřesností. Výklad pak na tyto chyby či nepřesnosti upozorňuje a uvádí je na pravou míru. V orámované části jsou uvedeny také výše úhrad jednotlivých výkonů tak, jak je stanoví úhradová vyhláška.

Text navazuje na publikaci Stomatologické výkony v roce 2025, kterou doplňuje a rozšiřuje o všechny novinky, které pro rok 2026 platí, a také o výklady některých důležitých institutů a pravidel.

Text vychází z právního stavu ke dni 1. ledna 2026.

Obecná část

Právní úprava

Úhrady ambulantní stomatologické péče jsou pro rok 2026 upraveny v těchto předpisech

- **zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů**
Zákon obsahuje mimo jiné vymezení toho, co se hradí ze zdravotního pojištění a co naopak ze zdravotního pojištění hrazeno není či je hrazeno za stanovených podmínek. Obsahuje též základní pravidla pro sjednávání smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, kterou uzavírají poskytovatelé zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny, a také postup, jak se každoročně sjednávají výše úhrad v tzv. dohodovacím řízení. V příloze č. 1 zákona jsou uvedeny výkony, které se ze zdravotního pojištění nehradí, a dále výkony, které se hradí jen za určitých podmínek. V příloze č. 3 zákona jsou uvedeny stomatologické výrobky, které se hradí ze zdravotního pojištění, a podmínky a rozsah jejich úhrady.
- **zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů**
Zákon upravuje základní principy poskytování zdravotních služeb, práva a povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb a pacientů, vedení zdravotnické dokumentace a nakládání s ní atd.
- **zákon 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**
Zákon upravuje odbornou způsobilost k výkonu povolání zubního lékaře.
- **vyhláška č. 432/2025 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026**
Jde o tzv. úhradovou vyhlášku. Stomatologické výkony jsou upraveny v její příloze č. 11 (popisy výkonů přesně tak, jak jsou uvedeny ve vyhlášce, najdete ve zvláštní části tohoto textu v orámování). Platí, že podmínky a úhrady uvedené v úhradové vyhlášce se použijí, pokud se zdravotní pojišťovna a poskytovatel nedohodnou jinak. To znamená, že zdravotní pojišťovna a poskytovatel se mohou od podmínek i výše úhrad uvedených v úhradové vyhlášce dohodou odchýlit. V praxi se to často děje; v dodatcích ke smlouvě o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb v takovém případě musí být uvedeno, že se smluvní strany dohodly odchýlně od úhradové vyhlášky.
- **vyhláška č. 380/2025 Sb., o pohotovostních službách**
Tato vyhláška stanoví požadavky na minimální věcné a technické vybavení a minimální personální zabezpečení pohotovostních služeb, včetně minimálního časového rozsahu jejich poskytování.

Základní principy úhrady stomatologické péče ze zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny veškeré stomatologické výkony s výjimkou těch, které nesledují léčebný účel (např. lepení různých ozdob na zubní korunku, bělení chrupu, vyhotovení posudku), a dále těch, které jsou v zákoně vyjmenovány jako nehrazené. Opačný princip platí u stomatologických výrobků, které jsou hrazeny jen tehdy, pokud jsou v zákoně vyjmenovány jako hrazené.

Obecně platí, že stomatologické výkony jsou buď plně hrazené, plně hrazené za určitých podmínek, částečně hrazené za určitých podmínek anebo nehrazené ze zdravotního pojištění. Od roku 2026 nově existují výkony s částečnou úhradou; jde o některé výkony ošetření zubního kazu a některé výkony endodontického ošetření. Částečná úhrada znamená, že zdravotní pojišťovna se na úhradě výkonu podílí částečně a zbytek ceny doplácí pojištěnec. Jde o podobný princip, jaký zubní lékaři už tradičně znají u částečně hrazených stomatologických výrobků. Výše částečné úhrady se odvozuje od výše úhrad zákonem určených plně hrazených výkonů.

Výkony nehrazené ze zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění se nikdy nehradí pečetění fisury, nasazení koferdamu, augmentace, řízená tkáňová regenerace a implantace v zubním lékařství, provizorní můstek zhotovený v ordinaci, oprava fixní náhrady v ordinaci a odborná ortodontická konzultace na žádost pacienta. Tyto výkony vždy hradí pacient.

Výkony hrazené ze zdravotního pojištění při splnění podmínek a výkony částečně hrazené ze zdravotního pojištění

Některé výkony se ze zdravotního pojištění hradí jen za určitých podmínek. Tyto podmínky stanoví zákon a lze je shrnout takto:

– profylaktická kontrola ústní hygieny

Hradí se ze zdravotního pojištění nejvýše dvakrát ročně u pojištěnců do dne dosažení 18 let věku. U dospělých pojištěnců se počínaje rokem 2026 hradí jen jednou ročně. Pokud by pojištěnec požadoval druhou nebo případně i další kontrolu v roce, musí ji zaplatit sám. Profylaktická kontrola ústní hygieny je zahrnuta v kódech 00900, 00901, 00905 a 00946.

– profylaktické odstranění zubního kamene

Hradí se ze zdravotního pojištění nejvýše jednou ročně. Druhé a další profylaktické odstranění zubního kamene hradí pacient. Profylaktické odstranění zubního kamene je zahrnuto v kódech 00900, 00901 a 00946.

– lokální fluoridace s vysušením

Hradí se ze zdravotního pojištění jen za předpokladu, že je použit přípravek s aminfluoridem bez nosiče. Při použití jiného přípravku hradí lokální fluoridaci pacient. Lokální fluoridace s vysušením při použití přípravku s aminfluoridem je zahrnuta v agregované úhradě.

– výplň zubu

Hradí se ze zdravotního pojištění jen za podmínek shrnutých v následující tabulce. Od roku 2026 se výplň ze zdravotního pojištění hradí buď plně, nebo částečně. Rozsah úhrady

závisí na tom, zda jde o dočasný či stálý zub, na věku pojištěnce a na použitém materiálu výplně. U dospělých pojištěnců výplň **není** vůbec **hrazená** ze zdravotního pojištění, je-li zhotovena na zubu, který byl před méně než 2 lety ošetřen **plně** hrazenou výplní.

dočasný zub	použitý materiál výplně	rozsah úhrady	kód
	kterýkoliv lege artis materiál (fotokompozitum, chemicky či duálně tuhnutí materiál ¹)	plná úhrada	00831
stálý zub			
do 18 let	fotokompozitum, a nelze-li jej použít, pak kterýkoliv jiný lege artis materiál (chemicky či duálně tuhnutí materiál ¹)	plná úhrada	00832 00833 00834
nad 18 let	fotokompozitum (vrstvená výplň)	částečná úhrada ³	00835
	fotokompozitum (nevrstvená výplň)	plná úhrada ³	00838
	chemicky či duálně tuhnutí materiál s výjimkou amalgámu, nelze-li zhotovit nevrstvenou výplň z fotokompozitu	plná úhrada ³	00836 00837
	amalgám ²	plná úhrada ²	00829 00830

¹ Mezi chemicky tuhnutí materiály patří i amalgám. Amalgám lze použít jen v kapslové formě v předem určených dávkách, a to jen tehdy, považuje-li to zubní lékař za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce.

² Amalgám lze použít jen tehdy, považuje-li to zubní lékař za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce

³ Nehrazeno ze zdravotního pojištění (výplň hradí pojištěnec), pokud jde o výplň zhotovenou na zubu, na kterém byla před méně než 2 lety vykázána (kódem 00829, 00830, 00836, 00837 nebo 00838) výplň plně hrazená ze zdravotního pojištění.

– endodontické ošetření

Hradí se ze zdravotního pojištění jen tehdy, jde-li o primární endodontické ošetření, a to za podmínek shrnutých v následující tabulce. Od roku 2026 se primární endodontické ošetření hradí buď plně, nebo částečně. Rozsah úhrady závisí na tom, zda jde o dočasný či stálý zub, na věku pojištěnce a na použité metodě plnění. U dospělých pojištěnců se ze zdravotního pojištění hradí (plně či částečně) pouze endodontické ošetření řezáků, špičáků a premolárů. Endodontické ošetření molárů není u dospělých pojištěnců bez ohledu na použitou metodu vůbec hrazeno ze zdravotního pojištění.

dočasný zub	použitá metoda plnění	rozsah úhrady	kód
	kterákoliv lege artis metoda	plná úhrada	00840
stálý zub			
do 18 let	kterákoliv lege artis metoda	plná úhrada	00841
nad 18 let (jen řezáky, špičáky a premoláry)	kterákoliv lege artis metoda s výjimkou metody centrálního čepu	částečná úhrada	00842
	metoda centrálního čepu	plná úhrada	00843
nad 18 let (moláry)	kterákoliv metoda	hradí pacient	-

- **pulpotomie**
Od roku 2026 se hradí při ošetření dočasného zubu v rozsahu celého chrupu. Při ošetření stálého zubu se hradí jen u pojištěnců do 18 let, a to jen v rozsahu řezáků a špičáků.
- **přechodná dlahu bez preparace**
Hradí se ze zdravotního pojištění při použití kompozitního materiálu. Od roku 2026 je materiál, ze kterého lze zhotovit hrazenou přechodnou dlahu, vymezen obecněji a zahrnuje vedle původní samopolymeryjící kompozitní pryskyřice též všechny další kompozitní materiály. Přechodnou dlahu z jiného než kompozitního materiálu hradí pacient.
- **přechodná dlahu s preparací**
Hradí se ze zdravotního pojištění při použití kompozitního materiálu. Od roku 2026 je materiál, ze kterého lze zhotovit hrazenou přechodnou dlahu, vymezen obecněji a zahrnuje vedle původní samopolymeryjící kompozitní pryskyřice též všechny další kompozitní materiály. Přechodnou dlahu z jiného než kompozitního materiálu hradí pacient.
- **výkony ortodontické léčby**
Diagnostika ortodontických anomálií, zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo s použitím ortodontického fóliového systému (alignerů) na jeden zubní oblouk, kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo ortodontického fóliového systému (alignerů), kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu nebo ortodontického fóliového systému (alignerů), ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo ortodontického fóliového systému (alignerů), kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje, stanovení fáze růstu, analýza telorentgenového snímku lbi, analýza ortodontických modelů, diagnostická přestavba ortodontického modelu, nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku, nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky a navázání parciálního oblouku jsou výkony, které se ze zdravotního pojištění hradí jen u pojištěnců do dne dosažení 22 let; materiál fixního ortodontického aparátu ani alignery u těchto pojištěnců nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Od 22 let jsou tyto výkony hrazeny pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry); u těchto pojištěnců se hradí i materiál fixního ortodontického aparátu, nikoliv však alignery. Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk je pak výkonem, který se plně hradí jen u pojištěnců do 10 let věku. Materiál malého fixního ortodontického aparátu se přitom hradí jen u pojištěnců do 10 let věku s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících stálých zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).

Smluvní poskytovatelé

Smluvním poskytovatelem se rozumí poskytovatel zdravotních služeb, se kterým zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb. Je samozřejmě možné, že poskytovatel uzavře smlouvu jen s některou či některými zdravotními

pojišťovnami. Ve vztahu k těm, se kterými smlouvu uzavřel, je poskytovatelem smluvním, ve vztahu k ostatním pak je poskytovatelem nesmluvním.

Smlouva se uzavírá zpravidla na dobu určitou 5 let, a to obvykle s automatickou prodloužením o jeden rok. V její příloze č. 2 se sjednává mimo jiné i seznam kódů výkonů, které zdravotní pojišťovna smluvnímu poskytovateli uhradí. Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění v celém rozsahu. Proto se smluvními poskytovateli sjednávají zásadně soubory kódů, nikoliv jednotlivé kódy. Výjimku představují zvláštní kódy, které jsou určeny jen pro určité specifické situace či specifické skupiny pojištěnců. Takové kódy sjednávají zdravotní pojišťovny s poskytovateli individuálně podle aktuální potřeby zajištění dostupnosti určitých zdravotních služeb v konkrétním místě (např. kódy 00919, 00968, 00976, 00978, 00979, 00821). Základní soubor kódů a další soubory kódů, které zdravotní pojišťovny sjednávají se smluvními poskytovateli zdravotních služeb, jsou k dispozici na webové stránce Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (<https://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy/postup-uzavirani-smluv-pro-zdravotnicke-zarizeni/stomatologove>).

Zdravotní pojišťovna uhradí smluvnímu poskytovateli ty výkony, které s ním sjednala ve smlouvě, a to za podmínek ve smlouvě dohodnutých. Tyto podmínky jsou v členění podle jednotlivých výkonů podrobně rozebrány ve zvláštní části tohoto textu.

Výše a podmínky úhrad stomatologických výkonů se pro každý kalendářní rok sjednává v dohodovacím řízení. V rámci tohoto dohodovacího řízení zástupci poskytovatelů ambulantní stomatologické péče vyjednávají se zdravotními pojišťovnami. Výsledek tohoto jednání pak předloží ministerstvu zdravotnictví, které jej posoudí z hlediska jeho souladu se zákonem a veřejným zájmem a následně jej vydá v tzv. úhradové vyhlášce. Na každý kalendářní rok pak zdravotní pojišťovny a smluvní poskytovatelé uzavírají tzv. úhradové dodatky ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb. Jak je vysvětleno výše, zdravotní pojišťovna a konkrétní poskytovatel se mohou od úhradové vyhlášky odchýlit, nesmějí však překročit maximální ceny stanovené cenovým předpisem. V praxi se tak může stát, že výše úhrady za stejný výkon se v úhradových dodatcích různých zdravotních pojišťoven liší. **Smlouva a zejména pak její dodatky se čím dále častěji uzavírají na dálku, např. prostřednictvím pošty či informačního systému datových schránek. V takových případech je třeba pamatovat na to, že smlouva i dodatek jsou uzavřeny až v okamžiku, kdy se návrh smlouvy či dodatku, podepsaný oběma smluvními stranami, vrátí navrhovateli.** Jestliže tedy poskytovatel obdrží poštou podepsaný úhradový dodatek, musí jej též podepsat a podepsaný poslat zdravotní pojišťovně zpět. Pokud jej jenom podepíše a zdravotní pojišťovně nevrátí, není dodatek platně uzavřen.

Smluvní poskytovatel se ve smlouvě zdravotní pojišťovně zavazuje, že bude pojištěncům nabízet zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění a informovat je i o možnostech léčby nehrazené ze zdravotního pojištění. Zdravotní službou hrazenou ze zdravotního pojištění se přitom rozumí jak výkony plně hrazené (popř. plně hrazené za určitých podmínek), tak výkony částečně hrazené ze zdravotního pojištění. **Smluvní poskytovatel nemůže odmítnat poskytnutí výkonů**, k jejichž poskytování se zavázal ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou, jsou-li v konkrétním případě indikovány. Je samozřejmě možné, aby pojištěncům nabízel i jiné metody ošetření (tedy i takové, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění).

Výkony hrazené ze zdravotního pojištění nesmí být podmíněny výkonem z pojištění nehrazeným (např. **preventivní prohlídku nelze podmínit ze zákona hrazenou návštěvou dentální hygieny, registračním poplatkem, poskytnutím jednorázových pomůcek** apod.). K výkonu plně hrazenému ze zdravotního pojištění není možné účtovat jakýkoliv doplatek, byť by byl z pohledu poskytovatele ekonomicky odůvodnitelný. Naproti tomu u výkonů částečně hrazených ze zdravotního pojištění je poskytovatel (podobně jako je tomu u částečně hrazených stomatologických výrobků) oprávněn požadovat, aby pojištěnec zaplatil tu část ceny výkonu, která není uhrazena částečnou úhradou ze zdravotního pojištění, a pojištěnec je povinen tuto částku zaplatit.

Smluvní poskytovatel v oboru zubní lékařství, který přijal pacienta do péče za účelem poskytování primární péče, je poskytovatelem registrujícím. Po přijetí pacienta do péče vyplní registrační list, který pacient podepíše a který se stává součástí zdravotnické dokumentace. Registrující poskytovatel poskytuje pacientovi pravidelnou primární péči.

Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny kontrolovat využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování. Smluvní poskytovatel musí v rámci kontroly ze strany zdravotní pojišťovny zajistit nezbytnou součinnost, zejména předkládáním požadovaných dokladů, sdělováním údajů a poskytováním vysvětlení, včetně zpřístupnění zdravotnické dokumentace. Zdravotnickou dokumentaci lze zpřístupnit jen revizním lékařům nebo odborným pracovníkům ve zdravotnictví způsobilým k revizní činnosti.

Nesmluvní poskytovatelé

Nesmluvním poskytovatelem se rozumí poskytovatel zdravotních služeb, který se zdravotní pojišťovnou neuzavřel smlouvou o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb. Je samozřejmě možné, že poskytovatel uzavře smlouvu jen s některou či některými zdravotními pojišťovnami. Ve vztahu k těm, se kterými smlouvu uzavřel, je poskytovatelem smluvním, ve vztahu k ostatním pak je poskytovatelem nesmluvním.

I nesmluvní poskytovatel v oboru zubní lékařství je poskytovatelem registrujícím.

Proto i u něj platí, že pokud přijme pacienta do péče, vyplní registrační list, který pacient podepíše a který se stává součástí zdravotnické dokumentace. Registrující nesmluvní poskytovatel poskytuje pacientovi pravidelnou primární péči.

Nesmluvnímu poskytovateli zdravotní pojišťovna uhradí jen neodkladnou péči poskytnutou pojištěnci. Neodkladnou péčí praktického zubního lékaře se rozumí zdravotní péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů (následek úrazu, náhlé změny zdravotního stavu), které

- a) způsobují náhlou nebo intenzivní bolest, nebo
- b) bezprostředně ohrožují život, nebo
- c) by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví pacienta.

V praxi zubního lékaře se nejčastěji uplatní varianta uvedená pod písmenem a), tedy bolestivé případy. Podstatné je, že musí jít o stavy náhlé. Za neodkladnou péči proto nelze považovat péči plánovanou (např. plánovaná extrakce), ani péči, která sice řeší bolest, avšak jedná se o bolest déle trvající (např. pacient cítí bolest zubů jako reakci na studený podnět apod.). U nesmluvních poskytovatelů je třeba tato kritéria pečlivě rozlišovat a rozhodné okolnosti zaznamenávat do zdravotnické dokumentace.

Nesmluvní poskytovatel (stejně jako smluvní poskytovatel) je ve svých ordinačních hodinách povinen poskytnout neodkladnou péči každému pacientovi, který ji potřebuje. Neodkladná zdravotní péče poskytnutá pojištěnci bude i u nesmluvního poskytovatele zdravotní službou hrazenou ze zdravotního pojištění.

Nesmluvní poskytovatel vyúčtuje neodkladnou péči poskytnutou pojištěnci pojišťencově zdravotní pojišťovně. K tomu je nutné uskutečnit tyto kroky:

1. Získání IČZ a IČP

IČZ (Identifikační číslo zařízení) a IČP (Identifikační číslo pracoviště) jsou identifikátory, které každá zdravotní pojišťovna nezbytně potřebuje k tomu, aby mohla (nesmluvnímu) poskytovateli uhradit zdravotní služby poskytnuté jejím pojištěncům. Poskytovatel, který byl někdy ve smluvním vztahu alespoň s jednou zdravotní pojišťovnou, již IČZ a IČP přidělené má, proto může tento krok přeskočit.

IČZ a IČP přiděluje (nesmluvním) poskytovatelům vždy Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, a to i tehdy, pokud poskytovatel potřebuje tyto identifikátory pro vykazování jiným zdravotním pojišťovnám. Pro přidělení IČZ a IČP je třeba **vyplnit jednoduchý formulář a zaslat jej Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR datovou schránkou nebo poštou společně s (elektronickou nebo listinnou) kopií rozhodnutí o oprávnění** k poskytování zdravotních služeb. Formulář i podrobný postup, jak s ním pracovat, je zveřejněn na webových stránkách Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

Získání IČZ a IČP je pro nesmluvní poskytovatele nutnou podmínkou pro vykazování neodkladné péče. Situace, kdy některý pojištěnec bude u nesmluvního poskytovatele oprávněně žádat poskytnutí neodkladné péče, přitom může nastat kdykoliv. **Pro poskytovatele, který IČZ a IČP nemá, je proto výhodné, pokud si o jejich přidělení požádá s předstihem a nebude čekat až na dobu, kdy bude neodkladná péče již poskytnuta a bude třeba ji zdravotní pojišťovně vykázat.**

2. Poskytnutí nezbytných údajů pro vyúčtování péče

Zdravotní pojišťovna potřebuje kromě IČZ a IČP znát i další údaje o poskytovateli, bez kterých se neobejde (např. číslo účtu, kam má poslat platbu). Tyto údaje musí nesmluvní poskytovatel zdravotní pojišťovně poskytnout před prvním vyúčtováním neodkladné péče jejím pojištěncům.

Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR nesmluvní poskytovatel tyto údaje může dodat současně s žádostí o přidělení IČZ a IČP, jak je popsána výše v kroku 1. Udělá to na stejném formuláři, na kterém žádá o přidělení IČZ a IČP. Ostatním zdravotním pojišťovnám tyto údaje nesmluvní poskytovatel dodá společně s přiděleným IČZ a IČP, a to na formuláři, který k tomu účelu zdravotní pojišťovny zveřejňují na svých webových stránkách.

I v případě těchto dalších údajů je pro nesmluvního poskytovatele výhodné, aby je zdravotním pojišťovnám sdělil s předstihem a nečekal až na dobu, kdy bude neodkladná péče již poskytnuta a bude třeba ji zdravotní pojišťovně vykázat. Je tomu tak proto, že zdravotní pojišťovna i nesmluvní poskytovatel budou včas připraveni na vykazování neodkladné péče, kterou nesmluvní poskytovatel poskytl pojištěncům zdravotní

pojišťovny, vykazování bude možné provést bez dalších komplikací a formalit a úhradu poskytnuté neodkladné péče realizovat neprodleně.

3. Vykázání poskytnuté neodkladné péče

Při vykazování poskytnuté neodkladné péče nesmluvní poskytovatel postupuje podle metodiky o pořizování a předávání dokladů. Za neodkladnou péči nesmluvní poskytovatel od pojištěnce přijmout žádnou úhradu, a to např. ani za poskytnutí jednorázových pomůcek. **Praxe, kdy nesmluvní poskytovatel vybere od pojištěnce za neodkladnou péči úhradu, vydá mu příjmový doklad a vyzve jej, aby se obrátil na zdravotní pojišťovnu s žádostí o refundaci, je nesprávná.**

Nesmluvní poskytovatel by měl při vyúčtování poskytnuté neodkladné péče postupovat podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a v souladu s pravidly pro jejich vykazování. Nesmluvní poskytovatelé však v praxi vykazují poskytnutou neodkladnou péči stejně jako smluvní poskytovatelé, tedy pomocí kódů uvedených v úhradové vyhlášce, které jsou podrobně komentovány ve zvláštní části tohoto textu. Zdravotní pojišťovny tento způsob vykazování akceptují.

V praxi tak může nesmluvní poskytovatel za předpokladu, že jde o péči splňující definici péče neodkladné, zdravotní pojišťovně vykázat kódy 00826, 00827, 00851, 00906, 00907, 00908, 00910, 00913, 00914, 00916, 00917, 00948, 00949, 00950, 00951, 00955, 00957, 00959, 00961, 00962, 00963, 00970, 00971 a kód 00944 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu). Vedle uvedených kódů může nesmluvní poskytovatel za předpokladu, že jde o neodkladnou péči, vykázat ještě kódy 00824, 00825, 00952, 00956, 00958, 00960 a 00964, pokud prokáže zdravotní pojišťovně, že péče byla poskytnuta zubním lékařem s příslušným osvědčením o soustavné účasti na systému celoživotního vzdělávání zubních lékařů; kopie tohoto osvědčení bude jedním z údajů, které je třeba zdravotní pojišťovně poskytnout ve výše uvedeném kroku 2. Podrobnosti o tom, které osvědčení je vyžadováno u jednotlivých kódů, jsou uvedeny ve zvláštní části této publikace. Nesmluvní poskytovatel může dále za předpokladu, že jde o neodkladnou péči, vykázat i kódy 00976, 00978 a 00979, pokud prokáže zdravotní pojišťovně, že splňuje podmínky, za kterých lze tyto kódy vykazovat (jedná se o specifické podmínky věcného a technického vybavení, resp. požadavky na absolvování specifických vzdělávacích akcí). Při vykazování musí být dodrženy všechny podmínky a omezení, jak jsou uvedeny ve zvláštní části této publikace.

Zdravotní pojišťovna takto vykázané kódy uhradí, byla-li pojištěnci odpovídající neodkladná zdravotní péče poskytnuta řádně a byla-li při vykazování dodržena všechna pravidla (jak jsou vysvětlena ve zvláštní části tohoto textu) a také příslušná metodika pro vykazování. Úhrada bude v praxi provedena ve výši uvedené v úhradové vyhlášce.

Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny kontrolovat využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování i u nesmluvních poskytovatelů. Nesmluvní poskytovatel, který vykazuje zdravotní pojišťovně neodkladnou péči, je povinen v rámci kontroly ze strany zdravotní pojišťovny poskytnout nezbytnou součinnost, zejména předkládáním požadovaných dokladů, sdělováním údajů a poskytováním vysvětlení, včetně zpřístupnění zdravotnické dokumentace. Zdravotnickou dokumentaci lze zpřístupnit jen revizním lékařům nebo odborným pracovníkům ve zdravotnictví způsobilým k revizní činnosti.

Pohotovostní služba v oboru zubní lékařství

S účinností od 1. ledna 2026 platí nová právní úprava pohotovostní služby. Pohotovostní službou se rozumí poskytování ambulantní péče pacientům mimo pravidelnou ordinanční dobu v případech náhlé změny jejich zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění. Pohotovostní služba se vedle lékařské pohotovostní služby pro dospělé a lékařské pohotovostní služby pro děti poskytuje též jako pohotovostní služba v oboru zubní lékařství.

Poskytovatel zdravotních služeb není od roku 2026 povinen se podílet na zajištění pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

Právní předpisy stanoví, že pohotovostní služba v oboru zubní lékařství se poskytuje minimálně v časovém rozsahu čtyř hodin v čase mezi 7:00 a 15:00 hod. v sobotu, neděli a v den pracovního klidu.

Jiné zvláštní požadavky na poskytování pohotovostní služby v oboru zubní lékařství právní předpisy neobsahují. Znamená to, že pro poskytování pohotovostní služby v oboru zubní lékařství postačí věcné a technické vybavení a personální zajištění běžné zubní ambulance.

Do konce roku 2025 odpovídal za organizaci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství na svém území kraj. Od roku 2026 za dostupnost pohotovostní služby pro své pojištěnce odpovídají zdravotní pojišťovny.

Pohotovostní služba v oboru zubní lékařství bude hrazena paušálně výkonovou úhradou. Zdravotní pojišťovny uhradí poskytovateli jednak výkony poskytnuté v rámci pohotovostní služby, jednak paušální úhradu ve výši 9 600 Kč za jeden den poskytování pohotovostní služby ve výše uvedeném minimálním časovém rozsahu. Každá zdravotní pojišťovna se na této paušální úhradě bude podílet částkou vypočtenou podle poměru počtu jejích pojištěnců v příslušném regionu. Způsob vykazování paušální složky úhrady není ke dni vydání této publikace znám.

Vysvětlení základních pojmů používaných při vykazování stomatologických výkonů

Odbornost

Odborností se rozumí souhrn znalostí a dovedností, které odpovídají získané odborné nebo specializované způsobilosti. Odbornost se ve smluvní praxi zdravotních pojišťoven používá k označení pracoviště zubního lékaře. Odbornost je jednak kritériem pro sjednání určitého souboru výkonů ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb, jednak kritériem určujícím podmínky vykazování konkrétních kódů. Rozlišuje se

– odbornost 014 bez osvědčení o soustavné účasti na celoživotním vzdělávání

Tato odbornost označuje pracoviště, na kterém pracuje zubní lékař s odbornou nebo specializovanou způsobilostí, který není držitelem osvědčení o soustavné účasti na celoživotním vzdělávání. Odborná způsobilost se získává absolvováním akreditovaného magisterského vzdělávacího programu stomatologie nebo zubní lékařství.

Poskytovatel s odborností 014 může se zdravotní pojišťovnou sjednat tzv. základní soubor výkonů praktického zubního lékaře (aktuální základní soubor výkonů je k dispozici na webové

stránce Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR <https://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy/postup-uzavirani-smluv-pro-zdravotnicke-zarizeni/stomatologove>). Výkony z tohoto souboru může poskytovat prostřednictvím zubního lékaře s odbornou způsobilostí.

– **odbornost 014 s osvědčením o soustavné účasti na celoživotním vzdělávání**

Tato odbornost znamená, že u poskytovatele pracuje zubní lékař s odbornou nebo specializovanou způsobilostí, který je držitelem osvědčení o soustavné účasti na celoživotním vzdělávání. V současné době existuje v České republice jen jediný systém celoživotního vzdělávání, který svým absolventům poskytuje celoživotní vzdělávání splňující požadavek soustavnosti, a to je systém organizovaný Českou stomatologickou komorou. Zdravotní pojišťovny proto uznávají jen osvědčení o soustavné účasti na celoživotním vzdělávání vydaná Českou stomatologickou komorou.

Poskytovatel s touto odborností může sjednat se zdravotní pojišťovnou další výkony nad rámec základního souboru výkonů praktického zubního lékaře podle typu osvědčení (PZL – praktické zubní lékařství, CH – stomatochirurgie, PE – pedostomatologie, PA – parodontologie). Výkony z tohoto souboru může poskytovat jen prostřednictvím zubního lékaře, který je držitelem příslušného osvědčení.

– **odbornost 015**

Jde o odbornost ortodontie. Tuto odbornost mají absolventi specializačního vzdělávání v oboru ortodontie.

Poskytovatel s touto odborností může sjednat základní soubor výkonů pro odbornost 015 (obligatorní a fakultativní výkony), který obsahuje i kódy odbornosti 014.

– **odbornost 019**

Odbornost 019 odpovídá definici odbornosti uvedené v úvodu tohoto odstavce pouze zčásti. Na rozdíl od tří dalších uvedených odborností není souhrnem znalostí a dovedností, které by odpovídaly odborné nebo specializované způsobilosti. Odbornost 019 se používá ve smluvní praxi zdravotních pojišťoven jako označení pracovišť, která poskytují výhradně pohotovostní službu zubních lékařů. Pro tato pracoviště sjednávají zdravotní pojišťovny pouze omezený soubor výkonů, odpovídající potřebě poskytnout pojištěnci ošetření v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění. Soubor výkonů smluvní odbornosti 019 je k dispozici na webové stránce Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (<https://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy/postup-uzavirani-smluv-pro-zdravotnicke-zarizeni/stomatologove>).

– **odbornost 605**

Jde o odbornost orální a maxilofaciální chirurgie. Tuto odbornost mají absolventi specializačního vzdělávání v oboru orální a maxilofaciální chirurgie. Orální a maxilofaciální chirurg je vždy automaticky zubním lékařem s odbornou způsobilostí, proto zdravotní pojišťovna s poskytovatelem s odborností 605 může (po doložení dokladu o specializaci v oboru orální a maxilofaciální chirurgie) sjednat základní soubor výkonů pro odbornost 014. Další výkony nad rámec základního souboru výkonů lze s poskytovatelem s odborností 605 sjednat jen za předpokladu, že u něj vykonává povolání zubní lékař, který je držitelem osvědčení ve stomatochirurgii (CH), v parodontologii (PA) nebo v pedostomatologii (PE). Tyto další výkony pak poskytovatel s odborností 605 může poskytovat jen prostřednictvím zubního lékaře, který je držitelem příslušného osvědčení.

V textu úhradové vyhlášky se pro označení odbornosti používá výraz „podle seznamu výkonů“ (např. „odbornost 014 podle seznamu výkonů“). Toto slovní spojení znamená pouze tolik, že označení odbornosti je upraveno v seznamu zdravotních výkonů, tedy v jiném právním předpisu mimo úhradovou vyhlášku. V žádném případě nelze použití výrazu „podle seznamu výkonů“ vykládat tak, že by se u dotčených kódů či odborností měl místo úhradové vyhlášky používat seznam zdravotních výkonů.

Diagnóza

Při vykazování poskytnutých výkonů zdravotní pojišťovně je třeba na ambulantním dokladu vyplnit odpovídající diagnózu. Diagnóza se při vykazování vyplňuje podle zásad Mezinárodní klasifikace nemocí, aktuálně MKN-10. Světová zdravotnická organizace (WHO) připravila 11. revizi MKN, která byla schválena na 72. Světovém zdravotnickém zasedání v květnu 2019 a vstoupila v platnost dne 1. ledna 2022. Poslední aktualizovaná oficiální česká verze MKN-11 byla publikována v únoru 2025 (<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#ceska-verze>). Úhradová vyhláška nicméně i pro rok 2026 pracuje s diagnózami podle MKN-10, proto je třeba při vykazování v roce 2026 používat MKN-10.

V Metodice pro pořizování a předávání dokladů, která podrobně upravuje podmínky a způsob pořizování a předávání dokladů pro provedení úhrady poskytnuté zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, se uvádějí tři typy diagnóz, které zdravotní pojišťovna zpracovává a které mají vliv na úhradu poskytnuté péče:

- základní diagnóza (diagnóza, která byla důvodem poskytnutí péče)
- diagnóza řádková (diagnóza vážící se přímo k vykazovanému kódu)
- diagnózy ostatní (diagnózy případných dalších onemocnění)

Základní diagnóza se vyplňuje povinně. Je to diagnóza základního onemocnění, které bylo důvodem poskytnutí péče, například zubní kaz K02.1. Vykazuje se pouze jedenkrát pro celý ambulantní doklad. Bez vyplnění základní diagnózy není ambulantní doklad pojišťovnou uhrazen. Ordinační software základní diagnózu obvykle vyplní automaticky podle základního nastavení ordinačního softwaru nebo podle diagnózy u prvního vykázaného výkonu.

Kódy se na ambulantním dokladu vykazují na jednotlivých řádcích a ke každému se vyazuje samostatná diagnóza (tzv. diagnóza řádková). Může být stejná jako základní diagnóza, nebo se od základní diagnózy liší. Ambulantní doklad je přijat i bez vyplnění řádkové diagnózy, v takovém případě je za řádkovou diagnózu považována diagnóza základní.

Správné vyplnění **řádkové diagnózy** je pro úhradu poskytnuté péče zásadní, protože některé kódy lze v určitých situacích proplatit pouze s příslušnou diagnózou, která se liší od diagnózy základní. Například při preventivní prohlídce těhotné se místo Z01.2 vyplňuje diagnóza Z34.9 nebo Z35.9, aby bylo zřejmé, že jde o prohlídku v těhotenství a je možné ji vykazat dvakrát v průběhu těhotenství. Jiným příkladem může být diagnóza příslušného onemocnění (hendikepu) u pojištěnců starších 6 let u kódu 00906 – typicky může být základní diagnózou ošetření kazu K02.1, ale hendikepem pacienta je slepota, proto se kód 00906 musí vykazat s diagnózou tohoto hendikepu H54.0, protože pokud by u něho byla základní diagnóza K02.1, zdravotní pojišťovna by úhradu odmítla. Jiným příkladem může

být opakované zhotovení výplně v kalendářním roce z důvodu následných komplikací, tj. v souvislosti s endodontickou léčbou vykázanou s příslušnou diagnózou – např. K04 nebo s úrazem S02.5.

Diagnóza se podle zásad Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) vykazuje vždy povinně na nejvyšší počet znaků, který je v MKN-10 uveden.

Použití **diagnózy ostatní** je v běžné ambulantní praxi zubních lékařů spíše výjimečné.

Regulační omezení

Regulačními omezeními se rozumí podmínky, za kterých lze výkon vykázat zdravotní pojišťovně. Jsou uvedeny v úhradové vyhlášce a jako takové přejímány do úhradových dodatků. Je důležité si uvědomit, že **regulační omezení neomezují nárok pojištěnce, ale pouze možnost poskytovatele konkrétní kód vykázat**. Regulační omezení proto motivují poskytovatele k racionalizaci a úspornosti při poskytování hrazených služeb. Například kód 00932 Léčba chronických onemocnění parodontu lze podle regulačních omezení vykázat nejvýše třikrát za jeden kalendářní rok. To však neznamená, že pokud by pojištěnec teoreticky potřeboval poskytnout tento výkon počtvrté v kalendářním roce, že by takové ošetření musel zaplatit. Z hlediska pojištěnce by se stále jednalo o péči hrazenou ze zdravotního pojištění, za kterou poskytovatel nesmí vybrat žádnou úhradu.

Jiným příkladem může být kód 00983 Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu. Podle regulačních omezení lze tento kód vykázat na jednoho pojištěnce maximálně šestnáctkrát. To však neznamená, že další kontroly (sedmnáctá, osmnáctá atd.) jsou nehrazené ze zdravotního pojištění a zaplatí je tedy pojištěnec. Pro pojištěnce jde stále o péči hrazenou ze zdravotního pojištění, za kterou poskytovatel nesmí vybrat žádnou úhradu.

Regulační omezení jsou různé povahy:

– **frekvenční omezení**

Úhrada výkonu je vázána na časové období. Např. kód 00933 lze vykázat v lokalizaci na zub jedenkrát za 730 dnů apod.

V rámci frekvenčních omezení se pro označení období, na které se omezení vztahuje, používají nejčastěji tyto pojmy:

- „**kalendářní rok**“, jímž je třeba rozumět vždy období od 1. 1. do 31. 12.,
- „**s časovým odstupem 3 let**“, což znamená, že stejný kód lze znovu vykázat nejdříve první den následující po uplynutí 3 let od předešlého vykázání, tedy například kód vykázaný dne 8. 12. 2022 lze znovu vykázat nejdříve 9. 12. 2025,
- „**kalendářní čtvrtletí**“, jímž je třeba rozumět období od 1. 1. do 31. 3., období od 1. 4. do 30. 6., období od 1. 7. do 30. 9. nebo období od 1. 10. do 31. 12.,
- „**kalendářní pololetí**“, jímž se rozumí období od 1. 1. do 30. 6. a období od 1. 7. do 31. 12.,
- „**kalendářní měsíc**“, jímž se rozumí období od prvního do posledního dne kalendářního měsíce (tedy ledna, února atd.),
- „**měsíc**“, jímž se rozumí období, které končí dnem, který se číslem shoduje se dnem, na který připadá skutečnost, od níž se období počítá. Není-li takový den v měsíci, připadne konec období na poslední den měsíce. Například kód lze vykázat jednou

za měsíc. Byl-li kód vykázan 3. 3. 2025, uplyne měsíc 3. 4. 2025, tedy nejbližší den, kdy lze stejný kód vykázat, je 4. 4. 2025. Byl-li však kód vykázan 31. 1. 2025, měsíc uplyne již 28. 2. 2025 a kód lze vykázat 1. 3. 2025),

- „den“, jímž se rozumí jeden kalendářní den (0:00 až 23:59:59 hod.),
- „365 dní“, jímž se rozumí 365 po sobě následujících dní. Například byl-li kód vykázan 10. 4. 2025, lze jej znovu vykázat 11. 4. 2026.

Frekvenční omezení se v rámci vymezeného období obecně vztahují vždy na jednoho poskytovatele zdravotních služeb. Znamená to, že pokud poskytovatel A vykáže výkon s regulací 1 x ročně, pak poskytovatel B, k němuž pojištěnec přešel, může stejný výkon vykázat v témže roce také. Frekvenční omezení neomezují nárok pojištěnce. V tom se liší od zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce, které se od roku 2026 uplatňuje u plně hrazených výplní: na zubu, na kterém byla po 1. lednu 2026 zhotovena plně hrazená výplň, jsou další případné výplně zhotovené po dobu 2 let zcela nehrazené ze zdravotního pojištění. Toto omezení nároku se vztahuje k zubu ošetřenému plně hrazenou výplní. To znamená, že pokud plně hrazenou výplň zhotoví poskytovatel A, pak po dobu 2 let bude kterákoliv výplň na stejném zubu zhotovená kterýmkoliv poskytovatelem nehrazená ze zdravotního pojištění a pojištěnec ji bude muset uhradit sám. Tento princip, který je v roce 2026 u výkonů zcela nový, se podobá množstevnímu limitu u stomatologických výrobků. U nich zákon vymezuje dobu, po jejímž uplynutí má pojištěnec nárok na stejný výrobek hrazený ze zdravotního pojištění; tato doba, tzv. množstevní limit, se vztahuje ke konkrétnímu výrobku, nikoliv k poskytovateli zdravotních služeb, který výrobek pacientovi dodal.

- **omezení vykazování výkonu v závislosti na věku**
Úhrada výkonů je zde omezena věkem, např. kód 00832 lze vykázat u pojištěnců do 18 let věku.
- **omezení vykazování kombinace výkonů**
Zde se jedná o nepovolený souběh některých výkonů. Např. nelze vykázat současně kód 00932 s kódem 00901; kód 00903 nelze vykázat s kódem 00931 apod.
- **omezení vykazování výkonu vázané na doporučení lékaře jiné odbornosti**
Např. úhrada kódu 00976 je vázaná na doporučení psychiatra, klinického psychologa nebo neurologa, popř. praktického lékaře s odpovídající zprávou od příslušného specialisty (nebo je určena pro držitele průkazu autisty PAS).
- **vykazování kódů výkonů vázané na doporučení jiného zubního lékaře**
Např. výkony 00903, 00909, 00968 (pouze v naléhavých případech lze výkony vykázat bez doporučení).

Lokalizace

Při vykazování je třeba věnovat pozornost i vykazání správné lokalizace provedeného výkonu. Lokalizací se rozumí označení zubu, čelisti či její části, které se výkon týká. Chyba v lokalizaci může znamenat v budoucnu problém v souvislosti s vykazáním jiného výkonu či odevzdáním stomatologického výrobku (např. při odevzdání korunky s lokalizací zubu v minulosti omylem vykázaného jako extrahovaný. Extrakce totiž blokuje vykazání většiny výkonů či odevzdání některých fixních protetických výrobků na daný zub obecně, a to i tehdy,

pokud byl zub vykázán jako extrahovaný jiným poskytovatelem. Jiným příkladem může být vykázání chybné lokalizace výplně plně hrazené ze zdravotního pojištění. Na zubu, na kterém byla zhotovena, totiž případné další výplně nejsou po dobu 2 let vůbec hrazené ze zdravotního pojištění a pojištěnec si je musí uhradit sám, a to i tehdy, pokud by plně hrazená výplň byla vykázána jiným poskytovatelem). V případě zjištěného omylu je třeba k opravě kontaktovat revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny.

U některých kódů je lokalizace při vykazování povinná. Lokalizace se vykazuje následujícím způsobem:

– **lokalizace zubu**

Vykazuje se číselným kódem dotčeného kvadrantu a dotčeného zubu (tedy u stálého chrupu 11, 12...47, 48, u dočasného chrupu 51, 52...84, 85), u nadpočetného zubu kódem 9 na pozici zubu (tedy 19, 29 atd.). Při vykazování lokalizace u hemiextrakce se na první pozici uvede kód příslušného kvadrantu a na druhé pozici opět číslo 9.

– **lokalizace kvadrantu**

Vykazuje se bez vazby na zub. Kvadrant se vykazuje dvouciferným symbolem, ve kterém se na prvním místě uvádí označení dotčeného kvadrantu a na druhém místě vždy nula. Ve stálé dentici se tedy používají symboly 10, 20, 30, 40 a v dočasné dentici pak symboly 50, 60, 70, 80.

– **lokalizace čelisti**

Vykazuje se bez vazby na zub kódem čelisti 01 pro horní čelist a 02 pro dolní čelist.

Lokalizace se v případě provedení egalizace bezzubého alveolárního výběžku vykáže pozicí jednoho ze zubů, který se v ošetřené oblasti (sextantu, kvadrantu) nacházel, pokud ještě byla čelist ozubená.

Regulační poplatek

Jediným regulačním poplatkem, který dosud nebyl zrušen, je regulační poplatek za pohotovostní službu ve výši **90 Kč**. Tento poplatek vybírá poskytovatel od pojištěnce za využití pohotovostní služby v oboru zubní lékařství v době mimo pravidelnou ordinační dobu poskytovatele.

Regulační poplatek se neplatí,

- a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech pro děti do 3 let věku, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo jde-li o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo pojištěnce svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče, poručnické péče nebo péče jiné osoby podle jiného právního předpisu,
- b) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce ne starším 30 dnů,
- c) jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle jiného právního předpisu poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, který

potvrzením poskytovatele sociálních služeb ne starším než 30 dnů prokáže, že mu po úhradě za ubytování a stravu zbude méně než 800 Kč nebo že nemá žádný příjem, nebo d) pokud v rámci pohotovostní služby ošetřující lékař shledal, že stav pojištěnce vyžaduje hospitalizaci.

Regulační poplatek za využití pohotovostní služby v oboru zubní lékařství vybírá i nesmluvní poskytovatel, pokud v rámci pohotovostní služby poskytl neodkladnou péči pojištěnci. Neodkladná péče poskytnutá pojištěnci je totiž vždy péčí hrazenou ze zdravotního pojištění.

Pravidelnou ordinační dobou se rozumí ordinační doba, kterou poskytovatel určil a údaj o ní zpřístupnil pacientům. U smluvních poskytovatelů se v praxi za pravidelnou ordinační dobu považuje ordinační doba nahlášená zdravotní pojišťovně a uvedená v příloze č. 2 smlouvy o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb.

Poskytovatel je povinen vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci **na jeho žádost** doklad o zaplacení regulačního poplatku, s uvedením čísla pojištěnce, otiskem razítka poskytovatele a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala.

Poskytovatel je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnutých hrazených služeb za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o vybraných regulačních poplatcích, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, a dne, ke kterému se regulační poplatek váže. Výběr regulačního poplatku se zdravotní pojišťovně vykazuje **signálním kódem 09545**.

Registrace pacientů

Registrace pacienta je administrativní úkon, který podle zákona musí následovat vždy po tom, co poskytovatel v oboru zubní lékařství přijme pacienta do své pravidelné péče.

Přijetí do péče je (zpravidla ústní) dohoda mezi pacientem a poskytovatelem o tom, že poskytovatel bude pacientovi poskytovat pravidelnou zubní péči. Tuto dohodu poskytovatel musí s pacientem uzavřít, pokud o to pacient požádá. Přijetí pacienta do pravidelné péče může poskytovatel odmítnout, pokud by tím došlo k překročení jeho kapacity, a dále také tehdy, jde-li o pojištěnce zdravotní pojišťovny, se kterou poskytovatel nemá uzavřenu smlouvu.

Jakmile poskytovatel v oboru zubní lékařství (smluvní i nesmluvní) přijme pacienta do pravidelné péče, je povinen ho zaregistrovat. Znamená to, že při přijetí pacienta do pravidelné péče je poskytovatel povinen vyplnit registrační list, který pacient podepíše.

Vyplněný a pacientem podepsaný registrační list je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Jde-li o pojištěnce smluvní zdravotní pojišťovny, vykáže se jí provedené komplexní vyšetření kódem 00900. Současně je však třeba této zdravotní pojišťovně nově registrovaného pojištěnce nahlásit dávkou 80 – Dávka registrací pojištěnců. Zdravotní pojišťovna tuto informaci předá do kapitačního centra. Podrobnosti o vykazování kódu 00900 lze nalézt ve zvláštní části této publikace.

Od měsíce, ve kterém je v kapitačním centru proveden záznam o registraci pojištěnce, začne zdravotní pojišťovna poskytovateli na registrovaného pojištěnce vyplácet tzv. agregovanou

úhradu za registrovaného pojištěnce (podrobnosti o agregované úhradě lze nalézt dále ve zvláštní části této publikace). Výplata této agregované úhrady trvá až do zániku registrace pojištěnce. Za měsíc, ve kterém proběhla registrace k novému poskytovateli, se agregovaná úhrada původnímu poskytovateli již nevyplácí.

Trvání registrace pacienta

Registrace pacienta trvá, dokud pacienta neregistruje jiný poskytovatel nebo dokud stávající poskytovatel v souladu se zákonem neukončí poskytování zdravotních služeb o pacienta. Registrace pacienta trvá i po vyřazení a skartaci zdravotnické dokumentace. Registrace zaniká nejpozději úmrtím pacienta.

Pojištěnec má právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb, který je ve smluvním vztahu k jeho zdravotní pojišťovně, a na výběr jeho zdravotnického zařízení na konkrétní adrese (nikoliv však na výběr konkrétního zdravotnického pracovníka). Registrujícího poskytovatele může pojištěnec změnit jednou za 3 měsíce. Registrace zůstává v platnosti, i když pojištěnec změní zdravotní pojišťovnu. Proto platí, že změní-li pojištěnec zdravotní pojišťovnu, poskytovatel nevykazuje znovu kód 00900. Pouze nahlásí registrovaného pojištěnce nové pojišťovně dávkou 80 – Dávka registrací pojištěnců (podrobnosti o vykazování kódu 00900 lze nalézt ve zvláštní části této publikace). To je důležité mimo jiné i pro to, aby nová zdravotní pojišťovna začala poskytovateli vyplácet agregovanou úhradu za svého nového pojištěnce.

Pacienta registruje poskytovatel, nikoliv konkrétní zubní lékař, kteří u poskytovatele pracují. Změna ošetřujícího zubního lékaře v rámci registrujícího poskytovatele proto nemá na trvání registrace žádný vliv. Registrace pojištěnce trvá i poté, co ošetřující zubní lékař přestal u registrujícího poskytovatele pracovat (např. mu skončil pracovní poměr).

Kódy vázané na registraci

Je nutno vést v patrnosti, že kódy tzv. pravidelné péče (00900, 00901, 00904, 00905, 00946 a 00823) lze vykazovat k úhradě zdravotní pojišťovně pouze u registrovaných pojištěnců. Zdravotní pojišťovny důsledně kontrolují, zda pojištěnec, na kterého je vykazován některý z vázaných kódů, je u poskytovatele řádně registrován. Stejně jako v případě kódů vázaných na registraci zdravotní pojišťovna vyplatí agregovanou úhradu jen za své pojištěnce, kteří jsou u příslušného poskytovatele řádně registrováni.

Ověřování trvání registrace

Lze doporučit, aby každý poskytovatel měl jasno o tom, kteří pojištěnci jsou u něj skutečně registrováni. K tomu účelu Všeobecná zdravotní pojišťovna rozesílá každému smluvnímu poskytovateli přehledy svých pojištěnců, kteří jsou u něj registrováni. Na portálu VZP Point může **každý poskytovatel, který má s VZP uzavřenu smlouvu o elektronické komunikaci** (může se tedy jednat i o jinak nesmluvního poskytovatele), ověřit prostřednictvím dálkového přístupu, kteří pojištěnci kterékoliv pojišťovny jsou u něj registrováni. Ostatní zdravotní pojišťovny rovněž nabízejí nástroje, jak dálkovým přístupem získat seznam jejich pojištěnců, kteří jsou u poskytovatele registrováni (např. Portál zdravotních pojišťoven www.portalzp.cz). Ordinační software často rovněž obsahuje funkci online ověření (B2B), že registrace pojištěnce trvá.

Je třeba mít na paměti, že z hlediska zdravotní pojišťovny je pojištěnec u konkrétního poskytovatele registrován jen tehdy, pokud je taková registrace evidována v systému

zdravotní pojišťovny (a jejím prostřednictvím v tzv. kapitačním centru). Nehraje roli, že u pojištěnce poskytovatel v minulosti vykázal kód 00900 nebo některý z kódů vázaných na registraci (např. 00901 či 00946); vykázáním těchto kódů registrace pojištěnce nevzniká a nepovažuje se za oznámenou. Pokud poskytovatel zjistí, že existují rozpory mezi tím, které pojištěnce považuje za registrované on a které zdravotní pojišťovny, je na něm, aby tyto rozpory odstranil. To platí v zásadě bez ohledu na to, kdo případný rozpor zavinił.

Poskytovatel proto musí své registrované pojištěnce, které u něj zdravotní pojišťovna neviduje, ohlásit. Přitom musí postupovat přísně podle zákona a metodiky. To znamená, že musí mít k dispozici od pojištěnce podepsaný registrační list a registraci zdravotní pojišťovně ohlásit dávkou 80. Pojištěnce, u nichž poskytovatel podepsaný registrační list nemá (např. proto, že jej nikdy neměl, nebo že jej ztratil, skartoval, poslal v minulosti zdravotní pojišťovně a nenechal si jeho stejnopis), je třeba kontaktovat a vyzvat je k podpisu nového registračního listu.

Obezřetně je však třeba postupovat i u pojištěnců, jejichž registrační list poskytovatel má k dispozici, a přesto je zdravotní pojišťovna jako registrované u poskytovatele neviduje. Pojištěnec má totiž právo změnit registrujícího zubního lékaře jednou za 3 měsíce. Může se tedy stát, že poskytovatel má stále za to, že pojištěnec je registrován u něj, zatímco zdravotní pojišťovna již má informaci o tom, že pojištěnec byl registrován jinde. Je proto vhodné kontaktovat i ty pojištěnce, které poskytovatel považuje za „své“ (tzn. pojištěnci pravidelně chodí na prohlídky, poskytovatel má podepsaný registrační list), a zeptat se jich, zda se od poslední návštěvy nepřeregistrovali jinam. Pokud pojištěnec sdělí, že se nepřeregistroval, pak poskytovatel může (za předpokladu, že má z minulosti pojištěncem podepsaný registrační list) ohlásit jeho registraci dávkou 80.

V žádném případě není možné společně s výše popsányými dodatečnými registracemi vykazovat kód 00900. Stejně tak není možné registrovat pojištěnce, aniž by poskytovatel měl od nich podepsaný registrační list. Nelze doporučit ani dodatečné registrace stávajících pojištěnců, aniž by se u nich poskytovatel ujistil, že se od poslední návštěvy neregistrovali jinde. **Jde o to, že nepodložené registrace jsou protiprávní a mohly by dokonce být i trestným činem.**

Průkazy pojištěnce a rozsah péče

Nárok pojištěnce na čerpání zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění se prokazuje buď elektronicky (VZP point, B2B) nebo průkazem pojištěnce vydaným zdravotní pojišťovnou. Ten by měl pojištěnec při ošetření na požádání předložit. Ověření platnosti průkazu pojištěnce (EHIC) je možné na webových stránkách příslušné zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovny vydávají několik druhů průkazů pojištění, které se liší barvou plochy s daty pojištěnce, případně informacemi na této ploše uvedenými. Podle jednotlivých průkazů se může lišit i rozsah pojištěné zdravotní péče.

Modrý průkaz pojištění (typ pojištění EP-P) se vydává **občanům ČR** nebo **občanům členských států EU pojištěných u české zdravotní pojišťovny** (např. zaměstnání v ČR). Tito pojištěnci mají nárok na úhradu plné péče v rozsahu veřejného zdravotního pojištění.

Zelený průkaz pojištění (typ pojištění TP-P) se vydává **občanům států mimo EU pojištěným u české zdravotní pojišťovny** z důvodu zaměstnání v ČR. Tito pojištěnci mají nárok na

úhradu plné péče v rozsahu veřejného zdravotního pojištění stejně jako držitel průkazu modrého (tedy včetně agregované úhrady) a vykazují se i ve stejné dávce.

Žlutý průkaz pojištění se vydává **pojištěncům pojištěným u zahraniční zdravotní pojišťovny**, kteří jsou u české zdravotní pojišťovny pouze registrováni. Česká pojišťovna poskytovateli zprostředkuje úhradu vykázané péče a tuto úhradu následně nárokuje u pacientovy zdravotní pojišťovny v zahraničí. Z tohoto důvodu se péče podle platné metodiky **vykazuje ve zvláštní dávce oddělené od dávky běžných účtů**. Některé zdravotní pojišťovny sice již dokážou smíšenou dávku roztřídit, obecně se ale zatím doporučuje účty těchto pojištěnců podávat odděleně od běžné dávky. Žluté průkazy pojištění mají **různý rozsah pojištění péče**, který je na průkazu vždy uveden:

- **Plná péče** (typ pojištění TP-B): vydává se **občanům ČR pracujícím v jiné zemi EU** (tzv. pendleři) a jejich rodinným příslušníkům a dále **občanům členských států EU a dalších smluvních zemí pojištěným u zahraniční zdravotní pojišťovny**. Rozsah pojištěné péče je totožný jako u běžného občana ČR s modrým průkazem, tedy včetně agregované úhrady a výkonů vázaných na registraci.
- **Nezbytná péče** (typ pojištění TP-E): vydává se **občanům členských států EU a dalších smluvních zemí pojištěným u zahraniční zdravotní pojišťovny přechodně pobývajícím na území ČR** (např. studenti). Péče je hrazena v rozsahu, kdy pojištěnec má být ošetřen v takové míře, aby se kvůli léčbě nemusel vracet do země původu. Rozsah pojištění se tedy může v konkrétním případě blížit až k plné péči, bez preventivních prohlídek, agregované úhrady atd.
- **Nutná a neodkladná péče** (typ pojištění TP-S): vydává se **občanům smluvních států mimo EU**. Pojištěním je pokryta pouze neodkladná péče, tedy **pouze výkony spojené s kódem 00908** (blíže viz tento kód ve speciální části).

Barva průkazu	Státní příslušnost	Pojištěn v	Typ péče	Vykázání ZP
MODRÁ	ČR	ČR (česká ZP)	Plná péče	Běžná dávka
	EU			
ZELENÁ	Non-EU zaměstnaný v ČR	ČR (česká ZP)	Plná péče	Běžná dávka
ŽLUTÁ	ČR (např. pendler)	Zahraníčí, registrován u české ZP	Plná péče	Samostatná dávka
	EU, EHP, CH bydlící v ČR ¹⁾		Nezbytná péče	
	EU, EHP, CH pobývajících v ČR (např. student)			
	Občan smluvního státu ²⁾	Nutná a neodkladná péče		

Poznámky:

¹⁾ členské státy EU, Evropský hospodářský prostor, Švýcarsko a některé další smluvní státy

²⁾ např. Albánie, Černá Hora, Severní Makedonie, Srbsko, Tunisko, Turecko

Podrobnosti o tom, jak postupovat při ošetřování cizinců, jak ověřit jejich případnou registraci k výpomocné české zdravotní pojišťovně a jak vykazovat zdravotní služby poskytnuté cizincům, lze nalézt na webových stránkách Kanceláře zdravotního pojištění www.kancelarzp.cz.

Zvláštní část

Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce

Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce

1. Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny poskytovateli ambulantních stomatologických služeb na kalendářní měsíc činí:
 - a) 23 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že registrující lékař pojištěnce je držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - b) 21 Kč v ostatních případech.
2. Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce podle bodu 1 se navyšuje o 3 Kč za pojištěnce do dne dosažení 6 let věku, o 2 Kč za pojištěnce ve věku od 6 let do dne dosažení 12 let věku a o 1 Kč za pojištěnce ve věku od 12 let do dne dosažení 18 let věku; dosažený věk se hodnotí k poslednímu dni v kalendářním měsíci.
3. Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v příslušném kalendářním měsíci hodnoceného období a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle bodů 1 a 2.
4. Činnostmi zahrnutými do agregované úhrady za registrovaného pojištěnce jsou:
 - provizorní výplně, zábrusy a přeleštění ostrých hran zubů a výplní, aplikace slizniční anestézie, ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (zejména parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou), konzervativní ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv,
 - lokální fluoridace s vysušením podle přílohy č. 1 k zákonu,
 - vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
 - odeslání pojištěnce na specializované pracoviště nebo konzultace praktického lékaře nebo specialisty všeobecné medicíny,
 - předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
 - poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.

Agregovaná úhrada – základní principy

Agregovaná úhrada se v systému úhrad ambulantních zdravotních služeb v oboru zubní lékařství uplatňuje od roku 2022. Jde o měsíční platbu za každého registrovaného pojištěnce, a to aktuálně ve výši 23 Kč za jednoho registrovaného pojištěnce a kalendářní měsíc v případě, že registrující zubní lékař je držitelem osvědčení v praktickém zubním

lékařství vydávaného Českou stomatologickou komorou, a 21 Kč za jednoho registrovaného pojištěnce a kalendářní měsíc v ostatních případech.

Od roku 2024 platí, že agregovaná úhrada je vyšší u dětských pojištěnců. Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce do 6 let věku tak bude v roce 2026 o 3 Kč vyšší, tzn. že bude činit 26 Kč na kalendářní měsíc, jestliže je registrující zubní lékař držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, a 24 Kč na kalendářní měsíc, jestliže registrující zubní lékař držitelem takového dokladu není. U pojištěnců ve věku 6 až 12 let činí toto zvýšení 2 Kč a u pojištěnců ve věku 12 až 18 let pak 1 Kč. Dosažení věku se vždy hodnotí k poslednímu dni v kalendářním měsíci. To znamená, že v kalendářním měsíci, ve kterém dítě dosáhne 6 let, bude agregovaná úhrada zvýšena již jen o 2 Kč, i kdyby 6. narozeniny mělo poslední den v tomto měsíci. Stejně tak bude zvýšení agregované úhrady v kalendářním měsíci, ve kterém dítě dosáhne 12 let, činit 1 Kč, a to bez ohledu na to, ve kterém konkrétním dni tohoto kalendářního měsíce mělo 12. narozeniny.

Pravidla a lhůty pro předkládání osvědčení se v praxi mohou odchylovat od úhradové vyhlášky a řídí se dodatkem ke smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Text uvedený výše v rámečku, který je citací vyhlášky, se proto v praxi často neuplatní.

Agregovaná úhrada se nevykazuje a zdravotní pojišťovna ji vypočítá podle počtu registrovaných pojištěnců k poslednímu dni v příslušném kalendářním měsíci, a to bez ohledu na to, zda se konkrétní pojištěnec v kalendářním měsíci k poskytovateli dostavil. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a Česká průmyslová zdravotní pojišťovna provedou agregovanou úhradu automaticky. U ostatních zdravotních pojišťoven je provedení agregované úhrady sjednáno v tzv. úhradovém dodatku ke smlouvě.

Agregovaná úhrada je především platbou za rezervovanou kapacitu. Proto náleží poskytovateli bez ohledu na to, zda se k němu registrovaný pojištěnec v průběhu roku dostavil či nikoliv. Vedle toho agregovaná úhrada zahrnuje:

- výkony a činnosti, které nelze vykázat žádným kódem, konkrétně provizorní výplně, zábrusy a přešetření ostrých hran zubů a výplní, aplikaci slizniční anestezie, ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (zejména parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímatelnou náhradou), konzervativní ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv, lokální fluoridaci, vystavení a ukončení pracovní neschopnosti atd. Jde vesměs o činnosti, které byly před zavedením agregované úhrady zahrnuty v kódech 00901 a 00946 nebo které vůbec nebylo možno vykázat zdravotní pojišťovně, přestože jde podle zákona o péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

Agregovaná úhrada a registrace pojištěnce

Agregovanou úhradu zdravotní pojišťovny poskytnou jen za řádně registrované pojištěnce. Podrobnosti o registraci lze nalézt v obecné části této publikace.

Vyšetřovací výkony

Tato část obsahuje výklad kódů, které označují vyšetřovací výkony. Kódy nejsou řazeny podle číselné řady, ale podle věcného obsahu a vzájemných souvislostí. Výklad tak začíná kódy prohlídek registrovaného pojištěnce, pokračuje vyšetřením neregistrovaného pojištěnce a vyžádanými vyšetřeními, následuje signální výkon epizody péče a celou část uzavírají kódy vyšetření na zubním rentgenovém zařízení.

00900	Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace
00901	Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce
00946	Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání
00905	Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let věku
00823	Vyžádané vyšetření orálních infekčních fokusů u registrovaného pojištěnce
00908	Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby
00903	Vyžádané vyšetření
00909	Klinické stomatologické vyšetření
00944	Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře
00910	Zhotovení intraorálního rentgenového snímku
00911	Zhotovení karpogramu
00913	Zhotovení ortopantomogramu
00914	Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku
00915	Zhotovení telerentgenového snímku lbi

00900 – Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	<u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).	Lze vykázat při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace poté, co zdravotnická dokumentace vedená o pojištěnci byla v souladu s právními předpisy vyřazena a zničena. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	639 Kč

00900 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Kódem 00900 se označuje výkon, který zahrnuje vedle vyšetření též založení zdravotnické dokumentace (včetně záznamu o plánovaném individuálním léčebném postupu), profylaktické odstranění zubního kamene a kontrolu a nácvik orální hygieny včetně hygieny interdentální.

00900 – regulační omezení

Kód se vykazuje

- při provedení komplexního vyšetření při přijetí nového pojištěnce do pravidelné péče (tj. při registraci pojištěnce) nebo
- je-li nutné zdravotnickou dokumentaci již registrovaného pojištěnce znovu založit, protože byla v souladu s právními předpisy vyřazena a skartována.

Uvedená základní pravidla pro vykazování kódu 00900 v praxi přinášejí řadu různých variant v závislosti na konkrétní situaci. Tyto varianty jsou podrobně rozebrány níže v části Praktické poznámky k vykazování.

Založení nové zdravotnické dokumentace po skartaci

Kód 00900 lze vykázat i u již registrovaného pojištěnce, jehož zdravotnická dokumentace byla v souladu s právními předpisy skartována, jestliže se pojištěnec po skartování dokumentace znovu dostaví do ordinace. Je si totiž třeba uvědomit, že pouhým skartováním zdravotnické dokumentace nedochází k zániku registrace pojištěnce.

Vyřadit a skartovat zdravotnickou dokumentaci je možné po uplynutí předepsané doby uchování zdravotnické dokumentace, i když je pacient u poskytovatele stále registrován. Doba uchování zdravotnické dokumentace trvá 5 let a běží od prvního ledna roku následujícího po poslední návštěvě pacienta.

Příklad: pacient navštívil ordinaci naposledy v květnu 2019. Pětiletá doba uchování běží od 1. ledna 2020 a skončí tedy 1. ledna 2025.

Podmínkou vyřazení a skartace zdravotnické dokumentace je posouzení její potřeby. Po uplynutí doby uchování musí poskytovatel nejprve posoudit potřebnost zdravotnické dokumentace. Pokud dojde k závěru, že už zdravotnickou dokumentaci nepotřebuje, skartuje ji. Pokud naopak dospěje k závěru, že zdravotnickou dokumentaci potřebuje (např. dosud běží doba množstevního limitu nebo životnosti stomatologických výrobků, pacientovi byly zavedeny implantáty, jde o pacienta s onkologickou diagnózou atd.), prodlouží se doba uchování o dalších 5 let. **Počínaje rokem 2022 platí, že zdravotnická dokumentace pojištěnce, na kterého zdravotní pojišťovna poskytuje poskytovateli agregovanou úhradu, se neskartuje, protože se vždy považuje za potřebnou.** Jestliže poskytovatel v minulosti již skartoval jako nepotřebnou zdravotnickou dokumentaci pojištěnce, jehož registrace i nadále trvá, zdravotní pojišťovna začala od ledna 2022 i na tohoto pojištěnce poskytovat agregovanou úhradu. Nejde o protiprávní stav, protože poskytovatel postupoval v souladu s právními předpisy účinnými v době před rokem 2022. Pokud se registrovaný pojištěnec do ordinace dostaví, poskytovatel založí novou zdravotnickou dokumentaci a vykáže kód 00900 (další podrobnosti k postupu v případě založení nové dokumentace lze nalézt níže v praktických poznámkách k vykazování).

Podmínkou vykazování kódu 00900 u již registrovaného pojištěnce je nejen uplynutí lhůty 5 let od poslední návštěvy, ale i faktická a zákonná skartace jeho zdravotnické dokumentace. **Poskytovatel, který zdravotnickou dokumentaci neskartoval, nemůže kód 00900 u již registrovaného pojištěnce vykazovat, i kdyby od poslední návštěvy pojištěnce uplynulo více než 5 let.**

00900 – lokalizace

bez lokalizace

00900 – praktické poznámky k vykazování

Základní pravidla pro vykazování kódu 00900 v praxi přinášejí řadu různých variant v závislosti na konkrétní situaci. Jednotlivé situace jsou rozebrány v následujících odstavcích:

Přijetí nového pojištěnce do pravidelné péče

Pokud poskytovatel přijme pojištěnce do pravidelné péče, má povinnost pojištěnce registrovat. Při přijetí pojištěnce do pravidelné péče se založí zdravotnická dokumentace a provede se Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce. Poskytovatel vykáže kód 00900, ve dvou vyhotoveních vyplní registrační list (v registračním listu se uvádí IČP ošetřujícího zubního lékaře), který pojištěnec podepíše, jedno vyhotovení obdrží pojištěnec, druhé se založí do zdravotnické dokumentace. Jako datum registrace se uvede den vyplnění registračního listu. Elektronickou dávkou (Dávka 80 – Dávka registrací pojištěnců) se údaje o registraci odešlou zdravotní pojišťovně. Zaregistrováním pojištěnce automaticky zaniká jeho předchozí registrace u jiného poskytovatele. Akceptaci nové registrace a zánik registrace u předchozího poskytovatele zdravotní pojišťovna dotčeným poskytovatelům oznámí.

Novému poskytovateli začne zdravotní pojišťovna vyplácet agregovanou úhradu od měsíce, ve kterém proběhla registrace. Předchozímu poskytovateli za tento měsíc agregovaná úhrada již nenáleží.

Opakované přijetí pojištěnce do pravidelné péče

Pokud poskytovatel přijme do pravidelné péče pojištěnce, který byl u něj dříve registrován, odešel do pravidelné péče k jinému poskytovateli a nyní se vrací, je opět povinen pojištěnce registrovat. Pokud je u poskytovatele dosud neskartovaná zdravotnická dokumentace pojištěnce, nezakládá se nová, ale pokračuje se ve vedení původní. Pokud byla zdravotnická dokumentace skartována, založí se při opakovaném převzetí do péče zdravotnická dokumentace nová. V obou případech se provede Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce a poskytovatel vykáže kód 00900, ve dvou vyhotoveních vyplní registrační list (v registračním listu se uvádí IČP ošetřujícího zubního lékaře), který pojištěnec podepíše, jedno vyhotovení obdrží pojištěnec, druhé se založí do zdravotnické dokumentace. Jako datum registrace se uvede den vyplnění registračního listu. Elektronickou dávkou (Dávka 80 – Dávka registrací pojištěnců) se údaje o registraci odešlou zdravotní pojišťovně. Zaregistrováním pojištěnce automaticky zaniká jeho předchozí registrace u jiného poskytovatele. Akceptaci nové registrace a zánik registrace u předchozího poskytovatele zdravotní pojišťovna dotčeným poskytovatelům oznámí.

Novému poskytovateli začne zdravotní pojišťovna vyplácet agregovanou úhradu od měsíce, ve kterém proběhla registrace. Předchozímu poskytovateli za tento měsíc agregovaná úhrada již nenáleží.

Změna zdravotní pojišťovny pojištěncem v pravidelné péči

I po změně zdravotní pojišťovny zůstává pojištěnec v pravidelné péči poskytovatele. Kapitální centrum předá nově zvolené zdravotní pojišťovně informaci o tom, u kterého poskytovatele je pojištěnec registrován. Registrující poskytovatel proto v případě, že si jeho registrovaný pojištěnec zvolil jinou zdravotní pojišťovnu, se kterou je registrující poskytovatel ve smluvním vztahu, standardně nemusí činit žádné úkony. Nově zvolená zdravotní pojišťovna zahájí plynule výplatu agregované úhrady.

Uvedený standardní postup nicméně předpokládá, že registrující poskytovatel je ve vztahu k nově zvolené zdravotní pojišťovně registrovaného pojištěnce řádně identifikován. Může se např. stát, že pojištěnec je u poskytovatele registrován k IČP (Identifikační číslo pracoviště), které původní zdravotní pojišťovna u poskytovatele evidovala, zatímco nově zvolená zdravotní pojišťovna nikoliv. V takovém případě k automatické evidenci registrace pojištěnce nedojde a situaci je třeba řešit individuálně.

Pokud pojištěncem zvolená nová zdravotní pojišťovna není smluvní pojišťovnou poskytovatele, může pojištěnec zůstat v pravidelné péči poskytovatele, ale tuto pravidelnou péči nelze vykazovat žádné zdravotní pojišťovně a celou ji hradí pojištěnec. Nesmluvní zdravotní pojišťovna nebude poskytovateli za takového pojištěnce vyplácet ani agregovanou úhradu.

Změna registrujícího zubního lékaře v rámci poskytovatele

Pokud u poskytovatele pracuje více zubních lékařů (každý má přiděleno své IČP), registrace pojištěnce v pravidelné péči se technicky provádí ke konkrétnímu IČP ošetřujícího zubního lékaře. Mohou nastat situace:

1. Na pracovišti, na kterém je pacient registrovaný, se změní zubní lékař, ale zůstává stejný IČP. Kód 00900 se nevykazuje, zdravotnická dokumentace se znovu nezakládá, pokračuje se ve vedení původní zdravotnické dokumentace. Neprovádí se nová registrace, proto se ani neodesílá dávka 80 a ani pojištěnec nic nepodepisuje, zůstává v platnosti původní registrační list.
2. Pracoviště (IČP) zaniklo (např. protože z něho odešel zubní lékař bez náhrady). V takovém případě zdravotní pojišťovna převede pojištěnce registrované k zaniklému IČP na jiné IČP téhož poskytovatele, pokud se s poskytovatelem nedohodne jinak. Dávka 80 se zdravotní pojišťovně neposílá, pojištěnec nepodepisuje nový registrační list. Kód 00900 se nevykazuje, zdravotnická dokumentace se znovu nezakládá, pokračuje se ve vedení původní zdravotnické dokumentace.

V obou popsáných případech **zůstává pojištěnec v pravidelné péči poskytovatele a jeho registrace nezaniká**. Beze změny pokračuje výplata agregované úhrady poskytovateli.

Změna identifikačního čísla pracoviště (IČP)

Ke změně IČP u stejného pracoviště může dojít z různých administrativních důvodů. Pokud se to stane, je třeba vždy jednat se všemi smluvními zdravotními pojišťovnami o tom, jak postupovat. Zpravidla bude potřeba, aby poskytovatel dávkou 80 hromadně zaregistroval registrované pojištěnce k novému IČP. Kód 00900 se v těchto případech nevykazuje.

Opakované založení zdravotnické dokumentace

Po uplynutí skartační doby a posouzení potřebnosti se zdravotnická dokumentace skartuje. Dokud zdravotní pojišťovna vyplácí za pojištěnce agregovanou úhradu, není možno zdravotnickou dokumentaci skartovat, i kdyby se pojištěnec nedostavil do ordinace déle než 5 let. O skartaci zdravotnické dokumentace tak lze prakticky uvažovat jen v případě, kdy se pojištěnec nedostaví déle než 5 let a současně je registrován u jiného poskytovatele. Pokud se takový pojištěnec po více než pěti letech dostaví do ordinace, půjde o případ rozebraný výše v části Opakované přijetí pojištěnce do pravidelné péče.

Dosud se však můžeme v praxi setkat s případy, kdy se do ordinace dostaví řádně registrovaný pojištěnec, který o sobě před rokem 2022 nedal vědět více než 5 let a jehož zdravotnickou dokumentaci poskytovatel v souladu s tehdy platnými předpisy skartoval. Skartace zdravotnické dokumentace neměla (a ani v současné době nemá) vliv na trvání registrace pojištěnce, zdravotní pojišťovna by měla na takového pojištěnce od roku 2022 platit agregovanou úhradu. Pokud se tedy po skartaci zdravotnické dokumentace pojištěnec dostaví k poskytovateli, aby znovu čerpal pravidelnou péči, založí se nová zdravotnická dokumentace, provede se Komplexní vyšetření zubním lékařem při opakovaném založení zdravotnické dokumentace a vykáže se kód 00900. Vyplní se dvojmo registrační list, který pacient podepíše. Elektronickou dávkou (Dávka 80 – Dávka registrací pojištěnců) se údaje o registraci posílají zdravotní pojišťovně jen tehdy, pokud zdravotní pojišťovna za dotčeného pojištěnce dosud nevyplácí poskytovateli agregovanou úhradu.

Pojištěnci, na které jsou vykazovány kódy pravidelné péče, ale nebyla u nich provedena registrace nebo o registraci není záznam v kapitačním centru

Takový stav neodpovídá zákonné úpravě a je třeba jej napravit, protože nedošlo k platné registraci. Pokud nebude napraven, zdravotní pojišťovna odmítne úhradu kódů vázaných na registraci (00901, 00904, 00905, 00946, 00823 a také 00944, je-li vykazován v případě

vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce – podrobnosti k vykazování kódu 00944 u registrovaného pojištěnce jsou uvedeny ve výkladu tohoto kódu). Tuto praxi zdravotní pojišťovny počínaje rokem 2022 důsledně uplatňují. Kromě toho zdravotní pojišťovny v popsané situaci neposkytnou poskytovateli ani agregovanou úhradu.

Náprava se provede registrací pojištěnce. Pojištěnce lze zaregistrovat pouze s jeho výslovným souhlasem, který potvrdí podepsáním registračního listu. Ve dvou vyhotoveních se vyplní nový registrační list (v registračním listu se uvádí IČP ošetřujícího zubního lékaře), který pojištěnec podepíše, jedno vyhotovení obdrží pojištěnec, druhé se založí do dokumentace. Jako datum registrace se uvede den vyplnění nového registračního listu. Elektronickou dávkou (Dávka 80 – Dávka registrací pojištěnců) se údaje o registraci odešlou zdravotní pojišťovně. Akceptaci nové registrace sdělí zdravotní pojišťovna poskytovateli. Současně od měsíce, ve kterém proběhla registrace, zahájí výplatu agregované úhrady.

Kód 00900 se v tomto případě nevykazuje, protože je pojištěnec považován za registrovaného; byla mu totiž již v minulosti poskytována a zdravotní pojišťovnou uhrazena pravidelná péče.

Nákup, převod či převzetí praxe (poskytovatele)

Existují různé způsoby zakoupení, převodu či převzetí praxe podle právní formy poskytovatele. Pro správný postup při registraci pacientů, zakládání zdravotnické dokumentace a vykazování kódu 00900 je rozhodující to, zdali je nabyvateli praxe ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou přiděleno nové Identifikační číslo zařízení (IČZ), nebo zda mu zůstává IČZ původního poskytovatele.

Pokud poskytovateli bylo přiděleno nové IČZ, znamená to, že vznikl zcela nový poskytovatel, který nemá žádnou historii, nemá žádné vazby ani k pojištěncům původního poskytovatele ani ke zdravotním pojišťovnám, se kterými uzavře smlouvu. Každý pojištěnec, kterého přijme do pravidelné péče, je pro něho novým pojištěncem a je třeba provést veškeré kroky jako při přijetí nového pojištěnce do pravidelné péče, jak je popsáno výše v části Přijetí nového pojištěnce do pravidelné péče. Agregovanou úhradu začne pojišťovna poskytovateli vyplácet od měsíce, ve kterém proběhla registrace.

Pokud nabyvateli praxe zůstalo IČZ původního poskytovatele, znamená to, že na něho přešly právní vztahy k pojištěncům a zdravotním pojišťovnám. Vůči těmto subjektům vystupuje jako původní poskytovatel. Nezakládá se proto nová zdravotnická dokumentace, ale pokračuje se ve vedení původní zdravotnické dokumentace. Platí i dosavadní registrace pojištěnců, jsou registrováni stále ke stejnému IČP, není třeba vyplňovat a podepisovat nové registrační listy, původní registrační listy jsou nadále platné, neodesílá se ani dávka 80. Nově se ani nevykazuje kód 00900. Agregovanou úhradu provádí zdravotní pojišťovna bez přerušení na všechny dosud registrované pojištěnce.

Další poznámky k vykazování

Při vykazování kódu 00900 se současně vykáže kód 00944 (signální kód epizody péče). U pojištěnců ve věku do 10 let se současně vykáže též kód 00904, avšak jen v případě, že se kód 00900 vykazuje při registraci pojištěnce; vykazuje-li se kód 00900 v jiném roce, než ve kterém došlo k registraci pojištěnce (při opětovném založení zdravotnické dokumentace po její skartaci), kód 00904 současně vykážat nelze.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

Kód nelze vykázat současně s kódem 00823.

00901 – Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00901	<p>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce</p> <p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte.</p> <p>Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny, interdentální hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).</p>	<p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce.</p> <p>U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykazání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykazání kódu 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00946.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.</p>	607 Kč

00901 – popis kódu

Kód 00901 vykazuje zubní lékař s osvědčením v praktickém zubním lékařství (PZL) při preventivní prohlídce registrovaného pojištěnce. Jedná se o výkon, který zahrnuje řadu vyšetření a některá ošetření (viz výše v popisu výkonu). Úhrada kódu 00901 zahrnuje všechna vyšetření a ošetření uvedená v popisu výkonu bez ohledu na to, zda byla poskytnuta v jedné či ve více návštěvách.

Zubní lékař bez osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL) vykazuje místo kódu 00901 kód 00946, který je jinak svým obsahem, způsobem vykazování a stanovenými omezeními totožný.

00901 – regulační omezení

Kód lze vykázat pouze u registrovaného pojištěnce (podrobnosti k registraci jsou uvedeny ve výkladu ke kódu 00900). Kód 00901 (stejně tak jako kódy 00904, 00905, 00946 a 00823) vykázáný na pojištěnce, který není u poskytovatele řádně registrován nebo jehož registraci poskytovatel neoznámil zdravotní pojišťovně dávkou 80, zdravotní pojišťovna neuhradí.

Pojištěnec do dne dosažení 18 let věku

U nezletilých pojištěnců lze kód 00901 vykázat dvakrát v průběhu kalendářního roku. V kalendářním roce, ve kterém poskytovatel přijal nezletilého pojištěnce do své pravidelné péče, lze při přijetí do pravidelné péče vykázat kód 00900 a pak v témže roce ještě dvakrát kód 00901. Je přitom nutno dodržet odstup alespoň 3 měsíců od dřívějšího vykázání kódu 00900, 00901 nebo 00946, pokud byly vykázány v témže kalendářním roce (např. byl-li kód 00900 vykázán 3. 4. 2025, lze na téhož pojištěnce vykázat kód 00901 poprvé 4. 7. 2025 a podruhé nejdříve 5. 10. 2025. Z medicínského hlediska je však třeba prohlídky organizovat podle možností tak, aby u každého nezletilého pojištěnce rovnoměrně pokryly období celého kalendářního roku).

Pojištěnec starší 18 let

U dospělých pojištěnců lze kód 00901 vykázat jedenkrát v průběhu kalendářního roku. V kalendářním roce, ve kterém byl pojištěnec přijat do pravidelné péče, lze vykázat kód 00900 při přijetí do péče a kód 00901 pak nejdříve za 5 měsíců od vykázání kódu 00900. Pokud zdravotní stav pojištěnce odůvodněně vyžaduje provést preventivní prohlídku dříve, lze kód vykázat i s menším odstupem, ovšem ne kratším než 3 měsíce. Zkrácení povinného odstupu je třeba řádně zdůvodnit ve zdravotnické dokumentaci.

Těhotné ženy

U těhotných pojištěnek lze kód vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce. Při druhém vykázání kódu v kalendářním roce musí být uvedena diagnóza dohledu nad těhotenstvím Z34.9 nebo Z35.9. V kalendářním roce, ve kterém byla pojištěnka přijata do pravidelné péče, lze vykázat kód 00900 při přijetí do péče a pak v průběhu těhotenství dvakrát kód 00901.

Započítává se i vykázáný kód 00946

Za vykázání kódu 00901 se pro účely regulace považuje i vykázání kódu 00946. To znamená, že pokud zubní lékař bez osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL) vykáže v kalendářním roce kód 00946 a následně osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL) získá, musí do regulačních omezení u každého pojištěnce započítat vykázáný kód 00946 tak, jako by se

jednalo o kód 00901. Jestliže tedy poskytovatel u dospělého pojištěnce vykáže v kalendářním roce kód 00946 a teprve pak získá osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL), nemůže už u téhož pojištěnce ve stejném kalendářním roce vykázat kód 00901. Stejně tak u nezletilého pojištěnce: vykáže-li poskytovatel bez osvědčení kód 00946 a teprve pak získá osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL), může v témže kalendářním roce vykázat kód 00901 již jen jednou.

00901 – lokalizace

bez lokalizace

00901 – praktické poznámky k vykazování

Intervaly 3 měsíců u dětí a 5 měsíců u dospělých pacientů se uplatní jen v rámci jednoho kalendářního roku. Naproti tomu interval 3 měsíců u těhotných pojištěnek platí v rámci těhotenství bez ohledu na trvání kalendářního roku.

Kód 00901 nelze vykázat v kombinaci s kódy 00823, 00900, 00903, 00905, 00908, 00909, 00932, 00944, 00946 a 00968.

Změna zdravotní pojišťovny se nijak nedotýká regulačních omezení. To znamená, že při vykazování kódů nově zvolené zdravotní pojišťovně je nutno přihlížet ke kódům dříve vykázaným původní zdravotní pojišťovně pojištěnce. Poskytovatel tak může kód 00901 vykázat na jednoho pojištěnce jen jednou v roce (případně jen dvakrát v roce u pojištěnců do 18 let či dvakrát v průběhu těhotenství) bez ohledu na to, zda pojištěnec změnil zdravotní pojišťovnu.

U pojištěnců ve věku do 10 let se současně vykáže kód 00904.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

00946 – Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00946	<p><u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání</u></p> <p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny, interdentální hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).</p>	<p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce.</p> <p>U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykazání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce.</p> <p>U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykazání kódu 00946 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00901.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	509 Kč

00946 – popis kódu

Kód 00946 vykazuje zubní lékař, který není držitelem osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL), při preventivní prohlídce registrovaného pojištěnce. Jedná se o výkon, který zahrnuje řadu vyšetření a některá ošetření (viz výše v popisu výkonu).

Úhrada kódu 00946 zahrnuje všechna vyšetření a ošetření uvedená v popisu výkonu bez ohledu na to, zda byla poskytnuta v jedné či ve více návštěvách.

Zubní lékař s osvědčením v praktickém zubním lékařství (PZL) vykazuje místo kódu 00946 kód 00901, který je jinak svým obsahem, způsobem vykazování a stanovenými omezeními totožný.

00946 – regulační omezení

Kód lze vykázat pouze u registrovaného pojištěnce (podrobnosti k registraci jsou uvedeny ve výkladu ke kódu 00900). Kód 00946 (stejně tak jako kódy 00901, 00904, 00905 a 00823) vykázáný na pojištěnce, který není u poskytovatele řádně registrován nebo jehož registraci poskytovatel neoznámil zdravotní pojišťovně dávkou 80, zdravotní pojišťovna neuhradí.

Pojištěnec do dne dosažení 18 let věku

U nezletilých pojištěnců lze kód 00946 vykázat dvakrát v průběhu kalendářního roku. V kalendářním roce, ve kterém poskytovatel přijal nezletilého pojištěnce do své pravidelné péče, lze při přijetí do pravidelné péče vykázat kód 00900 a pak v témže roce ještě dvakrát kód 00946. Je přitom nutno dodržet odstup alespoň 3 měsíců od dřívějšího vykázání kódu 00900, 00901 nebo 00946, pokud byly vykázány v témže kalendářním roce (např. byl-li kód 00900 vykázán 3. 4. 2025, lze na téhož pojištěnce vykázat kód 00946 poprvé 4. 7. 2025 a podruhé nejdříve 5. 10. 2025). Z medicínského hlediska je však třeba prohlídky organizovat podle možností tak, aby u každého nezletilého pojištěnce rovnoměrně pokryly období celého kalendářního roku.

Pojištěnec starší 18 let

U dospělých pojištěnců lze kód 00946 vykázat jedenkrát v průběhu kalendářního roku. V kalendářním roce, ve kterém byl pojištěnec přijat do pravidelné péče, lze vykázat kód 00900 při přijetí do péče a kód 00946 pak nejdříve za 5 měsíců od vykázání kódu 00900. Pokud zdravotní stav pojištěnce odůvodněně vyžaduje provést preventivní prohlídku dříve, lze kód vykázat i s menším odstupem, ovšem ne kratším než 3 měsíce. Zkrácení povinného odstupu je třeba řádně zdůvodnit ve zdravotnické dokumentaci.

Těhotné ženy

U těhotných pojištěnek lze kód vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce. Při druhém vykázání kódu v kalendářním roce musí být uvedena diagnóza dohledu nad těhotenstvím Z34.9 nebo Z35.9. V kalendářním roce, ve kterém byla pojištěnka přijata do pravidelné péče, lze vykázat kód 00900 při přijetí do péče a pak v průběhu těhotenství dvakrát kód 00946.

Započítává se i vykázáný kód 00901

Za vykázání kódu 00946 se pro účely regulace považuje i vykázání kódu 00901. To znamená, že pokud zubní lékař s osvědčením v praktickém zubním lékařství (PZL) vykáže v kalendářním roce kód 00901 a následně osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL) ztratí, musí do regulačních omezení u každého pojištěnce započítat vykázáný kód 00901 tak, jako by se jednalo o kód 00946. Jestliže tedy poskytovatel u dospělého pojištěnce vykáže v kalendářním roce kód 00901, pak pozbude osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL), nemůže už u téhož pojištěnce ve stejném kalendářním roce vykázat kód 00946. Stejně tak u nezletilého pojištěnce: vykáže-li poskytovatel s osvědčením kód 00901, následně ztratí osvědčení

v praktickém zubním lékařství (PZL), může v témže kalendářním roce vykázat kód 00946 již jen jednou.

00946 – lokalizace

bez lokalizace

00946 – praktické poznámky k vykazování

Intervaly 3 měsíců u dětí a 5 měsíců u dospělých pojištěnců se uplatní jen v rámci jednoho kalendářního roku. Naproti tomu interval 3 měsíců u těhotných pojištěnek platí v rámci těhotenství bez ohledu trvání kalendářního roku.

Kód 00946 nelze vykázat současně s některým z kódů 00823, 00900, 00901, 00903, 00905, 00908, 00909, 00932, 00944 a 00968.

Změna zdravotní pojišťovny se nijak nedotýká regulačních omezení. To znamená, že při vykazování kódů nově zvolené zdravotní pojišťovně je nutno přihlížet ke kódům dříve vykázaným původní zdravotní pojišťovně pojištěnce. Poskytovatel tak může kód 00946 vykázat na jednoho pojištěnce jen jednou v roce (případně jen dvakrát v roce u pojištěnců do 18 let či dvakrát v průběhu těhotenství) bez ohledu na to, zda pojištěnec změnil zdravotní pojišťovnu.

U pojištěnců ve věku do 10 let se současně vykáže kód 00904.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se současně vykáže i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let) místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

00905 – Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let věku

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00905	<u>Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let věku</u> Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let navazující na provedenou a vykázanou preventivní prohlídku. Prohlídka zahrnuje orientační vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny a motivaci pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, ve kterém byl vykázán kód 00901 nebo 00946, a to nejdříve 5 měsíců od vykázaní kódu 00901 nebo 00946; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	150 Kč

00905 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Kódem 00905 se vykazuje tzv. druhá prohlídka v kalendářním roce, ve kterém byla provedena a vykázána preventivní prohlídka (00901, 00946), a to jen u registrovaného pojištěnce po dovršení 18 let věku. Tzv. druhá prohlídka zahrnuje orientační vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny a motivaci pojištěnce.

V roce 2022 byla tzv. druhá prohlídka zahrnuta do agregované úhrady. Zásahem Ministerstva zdravotnictví došlo pro rok 2023 ke změně a tzv. druhá prohlídka v roce je nyní hrazena jako samostatný výkon označený kódem 00905.

Prohlídka označená tímto kódem není preventivní prohlídkou. Neodpovídá svým rozsahem prohlídce vykazované kódy 00901 a 00946. Zahrnuje toliko orientační vyšetření chrupu, kontrolu ústní a interdentální hygieny a motivaci pojištěnce. Oproti preventivní prohlídce nezahrnuje zjišťování anamnézy, onkologickou prevenci, stanovení individuálního léčebného postupu, nácvik ústní a interdentální hygieny ani profylaktické odstranění zubního kamene. Tzv. druhá prohlídka vykazovaná kódem 00905 musí být indikována, jinými slovy, provádí se, pokud to zdravotní stav pojištěnce vyžaduje.

Kód se nevykazuje, pokud se registrovaný pojištěnec dostaví a **v této návštěvě není provedena prohlídka**, ale jsou prováděny jiné výkony, např. činnosti v rámci agregované úhrady, tj. provizorní výplně, zábrusy a přeleštění ostrých hran zubů a výplní, aplikace slizniční anestezie, ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy, sliznice dutiny ústní a parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímatelnou náhradou aj.), konzervativní ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv, lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona, vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti, případné odeslání pojištěnce na specializované pracoviště či konzultace praktického lékaře nebo specialisty všeobecné medicíny, předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře, poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy. **V těchto případech se vykáže kód 00944** bez kódu 00905.

00905 – regulační omezení

Kód lze vykázat pouze u registrovaného pojištěnce nad 18 let věku.

Kód 00905 (stejně tak jako kódy 00901, 00904, 00946 a 00823) vykázáný na pojištěnce, který není u poskytovatele řádně registrován nebo jehož registrační list poskytovatel neodeslal zdravotní pojišťovně dávkou 80, zdravotní pojišťovna neuhradí.

Kód se vykazuje u pacienta staršího 18 let jedenkrát v kalendářním roce, pokud v tomto kalendářním roce byl na tohoto pacienta vykázán kód 00901 nebo 00946. Kód lze vykázat nejdříve za 5 měsíců po vykázání kódu 00901 či 00946. Vyžaduje-li to zdravotní stav pacienta, je možné ve zdůvodněných případech vykázat v průběhu kalendářního roku kód i dříve, nejdříve však za 3 měsíce po preventivní prohlídce (00901 či 00946). Zkrácení odstupu od preventivní prohlídky je nutno náležitě zdůvodnit ve zdravotnické dokumentaci.

Kód nelze vykázat v kalendářním roce, ve kterém byl vykázán pouze kód 00900 bez následného vykázání kódu 00901 nebo 00946.

00905 – lokalizace

bez lokalizace

00905 – praktické poznámky k vykazování

U těhotné pacientky je možno při dodržení všech předepsaných regulačních omezení vykázat v průběhu jednoho kalendářního roku kód 00905 i v případě, že již u téže pacientky byl v průběhu těhotenství vykázán dvakrát kód 00901 nebo dvakrát kód 00946, případně jednou kód 00946 a jednou kód 00901.

Příklad: Dospělá pacientka je těhotná od ledna do října 2024. Dne 8. února 2025 jí byla poskytnuta preventivní prohlídka a vykázán kód 00946 (nebo 00901, vykazuje-li držitel osvědčení v praktickém zubním lékařství). V průběhu těhotenství lze s odstupem 3 měsíců preventivní prohlídku jednou opakovat. Proto je možno 9. května 2025 vykázat znovu kód 00946 (resp. 00901) s diagnózou dohledu nad těhotenstvím Z34.9. S odstupem nejméně 5 měsíců pak lze této pacientce provést tzv. druhou prohlídku a vykázat kód 00905. To by v uvedeném příkladu mohlo nastat v období od 10. října 2025 do konce roku 2025.

Kód nelze vykázat současně s některým z kódů 00823, 00900, 00901, 00903, 00908, 00909, 00946 a 00968.

Změna zdravotní pojišťovny se nijak nedotýká regulačních omezení, ta se u výkonů vztahují na poskytovatele a ten se při změně pojišťovny nemění. To znamená, že při vykazování kódů nově zvolené zdravotní pojišťovně je nutno přihlížet ke kódům dříve vykázaným původní zdravotní pojišťovně pojištěnce. Tak např. poskytovatel vykáže nové zdravotní pojišťovně kód 00905, pokud v témže roce vykázal na téhož pojištěnce kód 00946 (nebo 00901) původní zdravotní pojišťovně. Nevadí přitom, že z hlediska nové zdravotní pojišťovny bude kód 00905 vykázán jako první v roce. Stejně tak bez ohledu na změnu zdravotní pojišťovny platí povinné odstupy mezi vykázanými kódy a další regulační omezení.

Současně s kódem 00905 se vykáže kód 00944. U registrovaného hendikepovaného pojištěnce ve věku nad 18 let se současně vykáže i kód 00906.

00823 – Vyžádané vyšetření orálních infekčních fokusů u registrovaného pojištěnce

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00823	<u>Vyžádané vyšetření orálních infekčních fokusů u registrovaného pojištěnce</u> Vyšetření orální fokální infekce u registrovaného pojištěnce na základě doporučení lékaře, součástí výkonu je vyšetření ústní dutiny včetně vitality zubů, zhodnocení výsledku klinického a případného rentgenologického vyšetření a sepsání krátké písemné zprávy obsahující závěr vyšetření. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Kód lze vykázat u registrovaného pojištěnce. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900, 00901, 00903, 00905, 00909 a 00946. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	250 Kč

00823 – popis kódu

Vyžaduje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Kód se vykazuje při vyžádaném vyšetření orální fokální infekce u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem. Součástí výkonu je vyšetření ústní dutiny včetně vitality zubů, zhodnocení klinického, případně rentgenologického vyšetření a napsání krátké písemné zprávy obsahující závěr vyšetření. Nemusí navazovat ošetření.

K problematice fokální infekce odontogenního původu více na www.fokusy.cz.

00823 – regulační omezení

Kód lze vykázat jedenkrát za 1 den, a to jen u pojištěnce registrovaného.

Kód 00823 nelze nikdy vykázat v kombinaci s kódem 00900, 00901, 00903, 00905, 00909 a 00946.

00823 – lokalizace

bez lokalizace

00823 – praktické poznámky k vykazování

Vyžádané vyšetření orální fokální infekce u **neregistrovaného** pojištěnce se vykazuje kódem 00908.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

00908 – Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00908	<u>Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Výkon zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření, amputaci a extirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy/sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, ošetření komplikací chirurgických výkonů nebo opravu/úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Lze vykázat 1 / 1 den / 1 onemocnění. Lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s kódy 00824, 00825, 00826, 00827, 00851, 00906, 00907, 00910, 00913, 00914, 00916, 00917, 00944 (nelze vykázat v případě, že poskytovatel vybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970, 00971, 00976, 00978 a 00979. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	460 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Soubor kódů, se kterými je možné kód 00908 kombinovat, je doplněn o kódy 00827, 00851, 00976, 00978 a 00979. Vyloučen je naopak kód 00911, který v nové podobě není spojen s neodkladným vyšetřením.

00908 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Jedná se o agregovaný výkon, který lze vykázat při neodkladném ošetření neregistrovaného pojištěnce, tedy mimo rámec pravidelné péče. Neodkladnou péčí praktického zubního lékaře se rozumí zdravotní péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů (následek úrazu, náhlé změny zdravotního stavu), které

- způsobují náhlou nebo intenzivní bolest,
- bezprostředně ohrožují život,
- by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví pacienta.

Výkon zahrnuje vyšetření a ošetření uvedená výše v popisu výkonu. S výkonem lze vykázat v jedné návštěvě výkony z tzv. základního souboru kódů poskytovaných v rámci neodkladné péče (příloha č. 2).

Paliativní ošetření kořenových kanálků (amputace, extirpace dřeně apod.) lze kódem 00908 vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy i na stálých molárech dospělých pojištěnců. Omezení, které říká, že endodontické ošetření stálých molárů dospělých pojištěnců se nehradí ze zdravotního pojištění, se vztahuje jen na definitivní endodontické ošetření (kódy 00841 a 00842). Totéž platí u paliativní amputace dřeně u dětí; omezení na stálé řezáky a špičáky se týká definitivní pulpotomie (kód 00845), nikoliv paliativního výkonu. Paliativní amputaci dřeně je proto možno kódem 00908 vykázat na kterémkoliv zubu kteréhokoli pojištěnce.

00908 – regulační omezení

Kód 00908 lze vykázat pouze u neregistrovaného pojištěnce, a to na jedno onemocnění pouze jedenkrát za jeden den, i kdyby v jednom dni proběhlo více návštěv. Opakované vykázání kódu 00908 v jednom dni je možné jen za předpokladu, že jde o vyšetření nebo ošetření, které nesouvisí s vyšetřením či ošetřením, které bylo v tomto dni již kódem 00908 vykázáno. Zdravotní pojišťovny v praxi neuhradí ani opakované vykázání kódu 00908 v následujících dnech, jedná-li se o stejnou diagnózu a lokalitu.

Kód lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s kódy 00827, 00851, 00910, 00913, 00914, 00916, 00917, 00948, 00949, 00950, 00951, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962, 00963, 00970, 00971, 00976, 00978 a 00979. Od roku 2024 lze společně s kódem 00908 vykázat i bonifikační kód vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce 00906. Za předpokladu, že bylo provedeno ošetření hrazené ze zdravotního pojištění (zahrnuté do kódu 00908 nebo vykázané jiným kódem), lze v kombinaci s kódem 00908 vykázat též kódy 00826 a 00907.

Zubní lékař s osvědčením ve stomatologii (CH) může vykázat společně s kódem 00908 navíc ještě kódy 00952, 00956, 00958, 00960 a 00964. **Zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA)** může vykázat společně s kódem 00908 navíc ještě kód 00952, 00956. **Zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE)** může u pojištěnců do dne dosažení věku 18 let vykázat v kombinaci s kódem 00908 navíc ještě kódy 00952, 00956, 00958 a 00960. Od roku 2024 může zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE) u pojištěnců do dne dosažení věku 18 let místo kódu 00906 vykázat v kombinaci s kódem 00908 kód 00824 a místo kódu 00907 kód 00825.

Kromě toho lze kód vykázat též s kódem 00944, avšak jen za předpokladu, že byl výkon poskytnut v průběhu pravidelné ordinační doby a poskytovatel od pojištěnce nevybral regulační poplatek 90 Kč.

Jiné než výše uvedené kódy nelze současně s kódem 00908 vykázat.

00908 – lokalizace

bez lokalizace

00908 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00908 nelze vykázat žádným z pracovišť (IČP) poskytovatele, u kterého je pojištěnec registrován.

V případě ošetření neregistrovaného pojištěnce, kdy nejsou splněny podmínky pro vykázání kódu 00908, kód 00908 vykázat nelze, ale je možné k úhradě vykázat kód odpovídající poskytnuté péči z nasmlouvaného souboru výkonů.

Příklad: Neregistrovaný dospělý pojištěnec se dostaví v ordinační době s tím, že mu okraje defektu zubu dráždí měkké tkáně a zachytávají potravu. Jako možné řešení se na základě vyšetření jeví zhotovení definitivní výplně. V takovém případě nelze vykázat kód 00908 (zhotovení výplně není mezi kódy uvedenými výše). Ošetření lze provést, vykáže se např. kód 00835 (nebo podle okolností jiný kód označující ošetření zubního kazu výplní), případně 00916 nebo 00917.

Regulační poplatek, nebo signální kód epizody péče (00944)?

Kód 00944 se společně s kódem 00908 vykáže, jde-li o akutní vyšetření nebo ošetření neregistrovaného dospělého pojištěnce během pravidelné ordinační doby. Pravidelnou ordinační dobou se u smluvního poskytovatele rozumí ordinační doba, kterou poskytovatel oznámil zdravotní pojišťovně (více v části Regulační poplatek). Při neodkladném či akutním ošetření neregistrovaného pojištěnce během pravidelné ordinační doby nelze vybrat regulační poplatek.

Bylo-li neodkladné či akutní vyšetření nebo ošetření poskytnuto neregistrovanému pojištěnci mimo pravidelnou ordinační dobu, vykáže se (společně s případnými dalšími kódy ze základního souboru) kód 00908, nikoliv však kód 00944, a vybere se regulační poplatek 90 Kč (jeho vybrání se oznámí zdravotní pojišťovně signálním kódem 09545). Bylo-li však vyšetření nebo ošetření mimo pravidelnou ordinační dobu poskytnuto registrovanému pojištěnci, vykážou se jen kódy odpovídající poskytnutým výkonům a vybere se regulační poplatek 90 Kč (kódy 00908 a 00944 v tomto případě vykázat nelze).

Kód 00908 vykazuje zubní lékař i při provedení neodkladného konziliárního vyšetření **neregistrovanému** pojištěnci na žádost lékaře (nejen stomatologa). Konzilium **registrovaného** pojištěnce nelze vykázat kódem 00908, vykáže se kódem 00944.

Kódem 00908 se vykazuje i vyšetření k vyloučení fokální infekce u neregistrovaného pojištěnce. U registrovaného pojištěnce se toto vyšetření vykazuje kódem 00823.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

Bylo-li provedeno **ošetření** pojištěnce ve věku od 6 do 15 let, vykáže se současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

Bylo-li provedeno **ošetření** pojištěnce ve věku od 15 do 18 let, vykáže se současně kód 00826.

00903 – Vyžádané vyšetření

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00903	<u>Vyžádané vyšetření</u> Vyšetření na základě doporučení jiného zubního lékaře nebo lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Kód nelze vykázat u registrovaného pojištěnce. Kód lze vykázat 2x na 1 případ s odstupem nejméně 1 měsíce, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3 / 1 rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00823, 00908, 00909, 00919, 00931, 00940, 00962, 00964, 00968 a 00981. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015 podle seznamu výkonů.	435 Kč

00903 – popis kódu

Kód může vykázat zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA), stomatochirurgii (CH) a u pacientů ve věku do dne dosažení 18 let též s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kód může dále vykázat zubní lékař se specializací ortodontie (015). Vyšetření je vázáno na doporučení jiného zubního lékaře nebo lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení). Nelze vykázat u vlastního registrovaného pacienta ani u pacienta, který je zaregistrovaný na některém z pracovišť stejného poskytovatele (bez ohledu na rozdílné IČP). Na vyšetření nemusí navazovat žádné ošetření, je nutná krátká písemná zpráva.

00903 – regulační omezení

Kód 00903 lze vykázat 2x na jeden případ, a to s odstupem nejméně 1 měsíce. Toto ustanovení je nutno chápat tak, že kód 00903 je možno vykázat **nejvýše** dvakrát na jeden případ. Případem se rozumí konkrétní diagnostikované onemocnění či úraz. Další vykázání tohoto kódu u stejného pacienta je proto možné jen v situaci, kdy jde o jiný případ nesouvisející s předchozím vyšetřením.

Příklad 1: Praktický zubní lékař odešle pojištěnce k ústnímu chirurgovi k neakutním extrakcím všech zubů moudrosti zaklíněných v nevhodné pozici. Chirurg pojištěnce vyšetří a extrahuje dva zuby moudrosti, vykáže kód 00903 a další kódy za provedené výkony (např. 00914, 00916, 00917 a dvakrát 00952) a objedná pojištěnce k extrakcím zbylých dvou zubů. Při této další návštěvě již kód 00903 nevykazuje (jedná se o jeden již vyšetřený případ) a vykáže pouze kódy za provedené výkony (např. 00916, 00917 a dvakrát 00952). Stejně bude postupovat i chirurg, který má nasmlouvan kód 00968. V případě, že se nebude jednat o ošetření neodkladného nebo naléhavého stavu, vykáže při první návštěvě kód 00903 a při případných dalších objednaných návštěvách pak už vykazuje pouze kódy za provedené výkony.

Příklad 2: Praktický zubní lékař odešle pojištěnce k ústnímu chirurgovi k neakutní extrakci zubu 38 v nevhodné pozici. Chirurg pojištěnce vyšetří, extrahuje požadovaný zub a vykáže kód 00903 spolu s dalšími kódy za provedené výkony (např. 00914, 00916 a 00952) pod dg. K01.1. Následně odešle zubní lékař téhož pojištěnce k témuž chirurgovi se zánětem v pravém horním kvadrantu. Chirurg pojištěnce vyšetří, provede intraorální incizi abscesu

a znovu vykáže kód 00903 spolu s dalšími kódy za provedené výkony (např. 00917 a 00959) pod dg. K10.2. Šlo o dva nesouvisející případy.

Chirurg s nasmlouvaným kódem 00968 vykáže v prvním případě kód 00903 (nikoliv 00968), protože se nejednalo o neodkladný stav, v druhém případě vykáže kód 00968, protože se jednalo o nesouvisející, ale neodkladný stav.

Příklad 3: Praktický zubní lékař odešle pojištěnce k ústnímu chirurgovi k neakutní extrakci zubu 38 v nevhodné pozici. Chirurg pojištěnce vyšetří, extrahuje požadovaný zub a vykáže kód 00903 spolu s dalšími kódy za provedené výkony (např. 00914, 00916 a 00952) pod dg. K01.1. Následně odešle ortodontista téhož pojištěnce k témuž chirurgovi s žádostí o objednání k fenestraci neprořezaného zubu 23 v rámci plánované ortodontické léčby. Chirurg pojištěnce vyšetří a posléze provede požadovanou fenestraci a znovu vykáže kód 00903 spolu s dalšími kódy za provedené výkony (např. 00917 a 00953) pod dg. K01.1. Šlo o dva nesouvisející případy, i když měly totožný kód diagnózy. Stejně bude postupovat i chirurg, který má nasmlouván kód 00968. Také vykáže v obou případech kódy 00903 (nikoliv 00968), protože se nejednalo o neodkladné nebo naléhavé stavy.

Příklad 4: Praktický zubní lékař odešle pojištěnce k ústnímu chirurgovi k neakutní extrakci zubu 38 v nevhodné pozici. Chirurg pojištěnce vyšetří, extrahuje požadovaný zub a vykáže kód 00903 spolu s dalšími kódy za provedené výkony (např. 00914, 00916 a 00952) pod dg. K01.1.

Cestou od ústního chirurga pojištěnec upadne a zlomí si dolní čelist. Pojištěnec se k chirurgovi vrátí, chirurg pojištěnce vyšetří a provede ošetření zlomeniny dolní čelisti. Vykáže opět kód 00903 spolu s dalšími výkony (např. 00916, 00958) pod dg. S02.6. Jde o dva nesouvisející případy (onemocnění). Chirurg s nasmlouvaným kódem 00968 vykáže v prvním případě kód 00903 (nikoliv 00968), protože se nejednalo o neodkladný stav, v druhém případě vykáže místo kódu 00903 kód 00968, protože se jednalo o nesouvisející, ale neodkladný stav.

Příklad 5: Praktický zubní lékař odešle pojištěnce k parodontologovi s dg. leukoplakie. Parodontolog pojištěnce vyšetří, stanoví diagnózu slizničního onemocnění, navrhne léčbu, kterou doporučí aplikovat u odesílajícího praktického zubního lékaře, a vykáže kód 00903. Současně pojištěnce objedná na následnou kontrolu stavu sliznice např. po 2 měsících, popř. mu takovou kontrolu doporučí. Pokud se pojištěnec na tuto následnou kontrolu dostaví, parodontolog jej vyšetří se stejnou diagnózou ve stejné lokalizaci (stejný případ) a znovu vykáže kód 00903. Pro následnou kontrolu se nevyžaduje doporučení odesílajícího praktického zubního lékaře.

V případě pojištěnců s rozštěpy a dalšími níže uvedenými závažnými onemocněními (tedy nikoliv pouze u pojištěnců s rozštěpovými vadami, jak je nepřesně uvedeno ve třetí větě regulačního omezení) a dále v případě onkologických a traumatologických diagnóz lze vykázat kód 00903 u jednoho pacienta maximálně třikrát za 1 kalendářní rok. I zde je nutné doporučení jiného zubního lékaře nebo lékaře, v rámci jedné diagnózy však postačí doporučení prvního vyžádaného vyšetření (doporučení není nutné opakovat).

Pojištěncem s rozštěpem a dalším závažným onemocněním se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,
Q36.0, Q36.1, Q36.9,
Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,
Q38.0 až Q38.3,
Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,
Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

Kód nelze v téže návštěvě kombinovat s kódy 00823, 00908, 00909, 00919, 00931, 00940, 00962, 00964, 00968 a 00981.

00903 – lokalizace

bez lokalizace

00903 – praktické poznámky k vykazování

I u ortodontického vyšetření se vyžaduje doporučení jiného lékaře (pediatra, logopeda aj.) nebo zubního lékaře s krátkou písemnou zprávou, výkon nelze vykázat k úhradě bez doporučení. Kód 00903 může ortodontista vykázat k úhradě, pokud stejný den nenavazuje na vyšetření ortodontická léčba (pacient není přijat do ortodontické péče). Při následném přijetí do ortodontické péče se vykazuje již pouze kód 00981 (Diagnostika ortodontických anomálií), který může po kódu 00903 následovat bez časového omezení. Po vykázání kódu 00981 již nelze kód 00903 použít. Ortodontické vyšetření bez doporučení je považováno za ortodontickou konzultaci plně hrazenou pacientem.

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče). U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

00909 – Klinické stomatologické vyšetření

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00909	<u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného zubního lékaře nebo lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Nelze vykázat s kombinací s kódy 00823, 00900, 00901, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946, 00962, 00964 a 00968. Kód může vykázat poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	521 Kč

00909 – popis kódu

Kód je vymezen pouze pro smluvní lůžková pracoviště a klinická pracoviště lékařských fakult. Kód lze vykázat při vyšetření na základě doporučení jiného zubního lékaře nebo lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení, včetně zubních lékařů se specializací ortodontie: zahrnuje vyšetření pacienta s následnou krátkou písemnou zprávou, ošetření nemusí navazovat.

00909 – regulační omezení

Kód 00909 lze vykázat jedenkrát za jeden den a bez ohledu na počet návštěv pouze jedenkrát na diagnózu (případ), a to včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz. To platí i tehdy, pokud je pojištěnec vyšetřen v rámci jednoho poskytovatele na různých pracovištích, a to případně i různých odborností.

Příklad: Pojištěnce v 1 den se stejnou diagnózou vyšetří ve fakultní nemocnici zubní lékař (odbornost 014) a ortodontista (odbornost 015). Kód 00909 lze vykázat jen jednou, protože se jedná o stejného poskytovatele a stejný den.

U diagnóz (případů) vyžadujících opakovanou návštěvu lze vykázat pouze jedenkrát na začátku léčby (v případě potřeby lze v těchto případech vykázat při kontrolním vyšetření kód 00903 v souladu s jeho regulačními omezeními). Kód nelze vykázat současně s kódy 00823, 00900, 00901, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946, 00962 a 00964. Od roku 2025 je výslovně vyloučena též kombinace s kódem 00968; z hlediska praxe se nejedná o změnu, neboť do konce roku 2024 nebyla kombinace kódu 00909 a 00968 možná vzhledem k tomu, kteří poskytovatelé tyto kódy mohli vykazovat. Kód 00909 nelze vykázat ani s kódem 00932, protože to vylučují regulační omezení kódu 00932. Kód nelze vykazovat u vlastních registrovaných pojištěnců.

00909 – lokalizace

bez lokalizace

00909 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00909 lze vykázat s kódy 00825, 00826 a 00907 pouze v případě, že byl poskytnut a řádně vykázán léčebný výkon hrazený ze zdravotního pojištění.

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče). U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

00944 – Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00944	<u>Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře</u>	Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření. Lze vykázat v kombinaci s některým z kódů 00823, 00900, 00903, 00905, 00908 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00968, 00981, 00983, 00984, 00986 a v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce a v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů registrujícího zubního lékaře ohlášených zdravotní pojišťovně. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	85 Kč

00944 – popis kódu

Jde o kód, který byl zaveden v roce 2020. Vykazuje jej zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodontie (015).

00944 – regulační omezení

Kód 00944 se vykáže

- současně s vykázáním některého z kódů 00823, 00900, 00903, 00905, 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00968, 00981, 00983, 00984 nebo 00986,
- v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce. Jde o případ, kdy toto vyšetření nelze vykázat žádným jiným kódem,
Příklad 1: Registrovaný pojištěnec přichází s bolestí dásní. Provede se vyšetření zaměřené na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce a lokální ošetření dásně. Pro takové vyšetření a ošetření nelze vykázat žádný z „vyšetřovacích“ kódů ani žádný jiný kód. Vykáže se proto pouze kód 00944.
Příklad 2: Registrovaný pojištěnec přichází s vypadlou výplní. Provede se vyšetření zaměřené na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce a zhotoví se výplň hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Vykáže se kód 00944, protože nelze vykázat žádný jiný „vyšetřovací“ kód, a současně se vykáže kód 00921.
- současně s vykázáním kódu 00908, avšak pouze za předpokladu, že nebyl současně vybrán regulační poplatek 90 Kč, nebo
- v případě dohodnutého dlouhodobého zástupu registrujícího poskytovatele. Dlouhodobý zástup je takový zástup, v jehož rámci zastupující poskytovatel poskytuje na základě dohody se zastupovaným registrujícím poskytovatelem jeho pojištěncům pravidelnou péči (tedy např. prohlídky, protetická ošetření apod.), nikoliv jen neodkladné výkony. Dlouhodobý zástup musí být ohlášen zdravotním pojišťovně, které jsou ve smluvním vztahu se zastoupeným poskytovatelem. Dlouhodobě zastupující poskytovatel pak vykazuje

kód 00944 u registrovaných pojištěnců zastupovaného registrujícího poskytovatele stejně, jako kdyby se jednalo o jeho vlastní registrované pojištěnce.

Kód se v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíž pojištěnce vykazuje jen u pojištěnců registrovaných. Výjimku představuje péče poskytovaná zubním lékařem se specializací ortodoncie (015) a péče poskytnutá v rámci dohodnutého dlouhodobého zástupu, kdy lze kód 00944 při splnění všech dalších podmínek vykázat i u neregistrovaného pojištěnce.

Při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) se vykazuje pouze jedenkrát, obvykle na začátku léčby. Nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření.

00944 – lokalizace

bez lokalizace

00944 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00944 lze od roku 2022 vykazovat bez ohledu na věk pojištěnce.

Kódem se signalizuje epizoda péče nebo kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci. Tím je nutno rozumět návštěvu pojištěnce v ordinaci. Vykazování kódu při vzdálených konzultacích (telefonické, e-mailové apod.) v současné době není možné.

00910 – Zhotovení intraorálního rentgenového snímku

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00910	<u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení intraorálního rentgenového snímku na zubním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	89 Kč

00910 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00910 se označuje zhotovení intraorálního rentgenového snímku bez ohledu na použitou projekci a záznamovou technologii. Vykazuje se zhotovení každého intraorálního rentgenového snímku, zhotovený snímek musí být uchováván jako součást zdravotnické dokumentace vedené o pojištěnci.

00910 – regulační omezení

bez omezení

Doporučená frekvence vyšetření pomocí skusových snímků (bite-wing)

Podle odborného stanoviska představenstva České stomatologické komory je rentgenové vyšetření pomocí skusových snímků (bite-wing) u ozubených čelistí důležitou součástí preventivní prohlídky k vyloučení začínajících i recidivujících kazů pod výplněmi, jakož i počínajících onemocněním parodontu. Optimální frekvence vyšetření pomocí skusových snímků je 1x ročně, a to zpravidla v rozsahu jednoho snímku pro levou polovinu čelistí a jednoho snímku pro pravou polovinu čelistí. U dospělých pojištěnců s nízkým rizikem vzniku zubního kazu se může frekvence snížit až na jedenkrát za 2 až 3 roky. U dětí se skusové snímky zhotovují nejdříve v pěti letech. U dětí s nízkým rizikem vzniku zubního kazu je vhodná frekvence jedenkrát za 2 až 3 roky, u dětí s vysokým rizikem zubního kazu jedenkrát ročně. Obecně platí, že vyšší frekvence vyšetření skusovými snímky musí být zvlášť pečlivě zdůvodněna.

00910 – lokalizace

bez lokalizace

00910 – praktické poznámky k vykazování

Kód vykazuje poskytovatel, jehož zubní lékař vyšetření indikoval, a to i když byl snímek zhotoven na jeho žádost jiným poskytovatelem. Žádanka o zhotovení snímku je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pojištěnci.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

00911 – Zhotovení karpogramu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00911	<u>Zhotovení karpogramu</u> Zhotovení rentgenového snímku ruky (stanovení fáze růstu skeletu) na zubním rentgenovém zařízení. Vykazuje se každý zhotovený snímek.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	275 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Kódem 00911 se od roku 2026 vykazuje pouze karpogram ruky vyhrazený ortodontistům (odbornost 015). Extraorální snímky, které se kódem 000911 vykazovaly do konce roku 2025, se vykazují buď kódem 00913 (snímky temporomandibulárních kloubů zhotovené na zubním rentgenovém zařízení), nebo 00915 (telerentgenový snímek lbi). Ostatní extraorální snímky vykazované dosud kódem 00911 se ve stomatologii nově nevykazují. Jde totiž o snímky, které nelze zhotovit na zubním rentgenovém zařízení (extraorální snímky lbi, speciální projekce na temporomandibulární klouby apod.), ale zhotovují a vykazují se na specializovaných radiodiagnostických pracovištích. Změna vychází z národních radiologických standardů pro stomatologii (Věstník Ministerstva zdravotnictví 6/2024) a vývoje zobrazovacích metod za dobu od vzniku původního kódu v roce 1997.

00911 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě pouze zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00911 se označuje zhotovení rentgenového snímku ruky (tzv. karpogramu) potřebného ke stanovení fáze kostního růstu při ortodontické léčbě. Rentgenogramy skeletu obličeje již nelze pod tímto kódem vykazovat. Snímek musí být uchováván jako součást zdravotnické dokumentace vedené o pojištěnci.

00911 – regulační omezení

bez omezení

00911 – praktické poznámky k vykazování

Kód vykazuje poskytovatel, jehož zubní lékař vyšetření indikoval, a to i když byl snímek zhotoven na jeho žádost jiným poskytovatelem. Žádanka o zhotovení snímku je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pojištěnci.

Vyhodnocení zhotoveného extraorálního snímku se vykazuje kódem 00914 (Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

00913 – Zhotovení ortopantomogramu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00913	<p><u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku nebo snímku temporomandibulárních kloubů na zubním rentgenovém zařízení.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky. Lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok</p> <p>a) v odbornosti 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PA v souvislosti s parodontologickou péčí, 2. CH v souvislosti se stomatochirurgickou péčí, 3. PE v souvislosti s pedostomatologickou péčí, <p>b) v odbornosti 015 podle seznamu výkonů v souvislosti s ortodontickou péčí.</p> <p>Lze vykázat bez omezení v případech, kdy je vyšetření vyžádáno lékařem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření) v souvislosti s diagnózou Z01.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou (diagnóza M87.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí), a dále v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy. Bez omezení lze vykázat též v kombinaci s kódem 00964, jde-li o snímek temporomandibulárních kloubů. Snímek obou temporomandibulárních kloubů se vykazuje jedním kódem 00913. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).</p>	330 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Kód 00913 je od roku 2026 doplněn o snímky temporomandibulárních kloubů zhotovené na zubním rentgenovém zařízení.

00913 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015), ovšem s rozdílným frekvenčním omezením (viz níže). Kódem 00913 se označuje zhotovení panoramatického rentgenového snímku čelistí (ortopantomogramu) bez ohledu na záznamovou technologii nebo snímku temporomandibulárních kloubů na zubním rentgenovém zařízení. Za zhotovení jednoho ortopantomogramu se považuje provedení jedné expozice bez ohledu na počet zobrazení (segmentů), která při jedné expozici ortopantomograf vytvoří. Snímek musí být uchováván jako součást zdravotnické dokumentace vedené o pojištění.

Extraorální rentgenové snímky vykazované kódy ambulantních stomatologických výkonů nelze zaměňovat s řezy a rekonstrukcemi generovanými z objemových vyšetření výpočetní tomografií (CT či CBCT).

00913 – regulační omezení

Kód 00913 lze vykázat jedenkrát za dva kalendářní roky.

Výjimky frekvenčního omezení:

- v rámci zubní pohotovostní služby u neregistrovaných pojištěnců a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy lze vykázat **bez omezení**,
- zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA), stomatochirurgii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též s osvědčením v pedostomatologii (PE) a dále zubní lékař se specializací ortodontie (015) mohou kód vykázat **dvakrát za 1 kalendářní rok**, ovšem pouze **v souvislosti s péčí odpovídající příslušnému osvědčení a v případě ortodontistů v souvislosti s ortodontickou péčí**, v ostatních případech (např. u vlastních registrovaných pojištěnců) platí standardní omezení 1x za 2 kalendářní roky. Specializovanou péčí se zde u zubního lékaře (odbornost 014) rozumí výkony vázané na osvědčení v parodontologii (PA), stomatochirurgii (CH) a v případě pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též výkony vázané na osvědčení v pedostomatologii (PE) a u ortodontistů (odbornost 015) všechny výkony, které vykazují,
- omezení (i u registrovaného pojištěnce) neplatí v případech, kdy je vyšetření vyžádáno všeobecným lékařem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou). Kód se v takovém případě musí vykázat s dg. Z01.8 nebo u antiresorpční léčby s dg. M87.1.

Kód vykazuje poskytovatel, jehož zubní lékař vyšetření indikoval, a to i když byl snímek zhotoven na jeho žádost jiným poskytovatelem. Žádanka o zhotovení snímku je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pojištěnci.

Vykazuje se vždy pouze provedená expozice, nikoliv počet zobrazení (segmentů), která v průběhu jedné expozice ortopantomograf vytvoří. Například pokud při jedné expozici ortopantomograf vytvoří dvě zobrazení (segmenty) čelistí, považují se tato dvě zobrazení za jeden snímek a vykáže se 1x kód 00913. Snímek obou temporomandibulárních kloubů se vykazuje jedním kódem 00913.

00913 – praktické poznámky k vykazování

Vyhodnocení zhotoveného ortopantomogramu se vykazuje kódem 00914 (Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku).

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

00914 – Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00914	<u>Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. Součástí výkonu je stručný popis snímku ve zdravotnické dokumentaci.	Lze vykázat 1 / 1 snímek / 1 poskytovatel. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Nutno doložit vyhodnocený snímek nebo jeho čitelnou kopii. Vykazuje se vyhodnocení každého jednotlivého snímku. Vykazuje poskytovatel, jehož zubní lékař snímek vyhodnotil.	101 Kč

00914 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodontie (015). Kódem 00914 se označuje vyhodnocení a stručný popis panoramatického rentgenového snímku čelistí nebo ostatních extraorálních snímků ve zdravotnické dokumentaci.

Příklad stručného popisu snímku: Nesanovaný chrup bez známek resorpce marginální kosti, chybí zub 16, periapikální projasnění u 25, kazy na 26 a 47, horizontální retence 38, polokulovitý stín v levé čelistní dutině nad zubem 25, jinak chrup a obličejový skelet včetně temporomandibulárního kloubu bez zjevného patologického nálezu.

Snímek je třeba vždy vyhodnotit a popsat jako celek. Není přípustné se při hodnocení snímku soustředit jen na jeho část, např. jen na některé zuby či dílčí problémy. To platí i v případech, kdy snímek hodnotí a popisuje zubní lékař, ke kterému byl pacient odeslán s konkrétním požadavkem. Z rentgenového vyšetření je nutno vždy vytěžit veškeré informace, které zhotovený snímek obsahuje.

00914 – regulační omezení

Kód 00914 může jeden poskytovatel vykázat na jeden snímek jen jednou. I proto je nutné do popisu snímku zachytit všechny informace, které ze snímku vyplývají. Vyhodnocený snímek nebo jeho čitelná kopie musí být součástí zdravotnické dokumentace pojištěnce. To se týká i případů, kdy vyhodnocovaný snímek byl zhotoven a případně i vyhodnocen u jiného poskytovatele. Nebude-li vyhodnocený snímek nebo jeho čitelná kopie součástí zdravotnické dokumentace, zdravotní pojišťovna kód 00914 neuhradí.

Vykazuje se vyhodnocení každého jednotlivého snímku. Rozumí se zde jeden fyzický snímek či jeden digitální obraz. Jestliže bylo pro získání požadované diagnostické informace nutné zhotovit více extraorálních snímků, je třeba vyhodnotit každý z nich; proto se kód 00914 vykáže tolikrát, kolik snímků bylo vyhodnoceno.

Příklad: Stomatochirurg (držitel osvědčení CH) zhotoví jeden ortopantomogram a jeden telerentgenogram. Vykáže kódy 00913, 00915 a 2x kód 00914.

Kód 00914 vykazuje poskytovatel, jehož zubní lékař snímek vyhodnotil. Není tedy rozhodující, kdo snímek indikoval ani kdo jej zhotovil. Je samozřejmě možné, že indikaci, zhotovení i vyhodnocení provede zubní lékař téhož poskytovatele; v takovém případě tento poskytovatel

vykáže příslušný kód zhotovení snímku (např. 00913) a současně i kód 00914. Právě tak je ale možné, že zhotovení snímku indikuje zubní lékař poskytovatele A (např. zhotovení ortopantomogramu v rámci preventivní prohlídky), snímek zhotoví (aniž by klinicky hodnotil) poskytovatel B a následně bude pojištěnec odeslán i se snímkem k poskytovateli C. V takovém případě poskytovatel A vykáže příslušný kód zhotovení snímku (např. 00913) a kód 00914, poskytovatel B nevykáže zdravotní pojišťovně nic a poskytovatel C vykáže též kód 00914.

Kódem 00914 se vykazuje i vyhodnocení extraorálního snímku zhotoveného na jiném než zubním rentgenovém zařízení poskytovatelem v jiném oboru než v oboru zubní lékařství (např. na radiodiagnostickém oddělení polikliniky nebo lůžkového zařízení). I v tomto případě je nutné snímek založit do zdravotnické dokumentace pojištěnce.

00914 – praktické poznámky k vykazování

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

00915 – Zhotovení telerentgenového snímku lbi

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00915	<u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na zubním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, odbornost 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	328 Kč

00915 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením ve stomatologii (CH) nebo zubní lékař se specializací ortodontie (015). U pacientů ve věku do dne dosažení 18 let může kód 00915 vykázat též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem 00915 se označuje zhotovení telerentgenogramu lebky bez ohledu na záznamovou technologii. Snímek musí být jako součást zdravotnické dokumentace vedené o pojištění archivován.

Extraorální rentgenové snímky vykazované kódy ambulantních stomatologických výkonů nelze zaměňovat s řezy a rekonstrukcemi generovanými z objemových vyšetření výpočetní tomografií (CT či CBCT).

00915 – regulační omezení

Kód 00915 lze vykázat jedenkrát za jeden kalendářní rok.

00915 – praktické poznámky k vykazování

Vykazuje poskytovatel, jehož zubní lékař vyšetření indikoval, a to i v případě zhotovení snímku na jeho žádost jiným poskytovatelem. Žádanka o zhotovení snímku je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pojištění.

Vyhodnocení zhotoveného extraorálního snímku se vykazuje kódem 00914 (Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku). Analýza pomocí speciálních měření v odbornosti 015 se vykazuje kódem 00988 (Analýza telerentgenového snímku lbi), avšak pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let věku; u starších pojištěnců není analýza pomocí speciálních měření hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

Výkony anestezie

Tato část obsahuje výklad kódů, které označují výkony anestezie. Zahrnuje nejen anestezii injekční, ale i kódy sedace midazolamem a oxidem dusným.

00916	Anestezie na foramen mandibulae a infraorbitale
00917	Anestezie infiltrační
00978	Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření
00979	Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření

00916 – Anestezie injekční na foramen mandibulae a infraorbitale

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00916	<u>Anestezie injekční na foramen mandibulae a infraorbitale</u> Aplikace injekční anestezie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována zubním lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	156 Kč

00916 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00916 se označuje aplikace injekční svodné anestezie na f. mandibulae (včetně aplikace na n. buccalis) a na f. infraorbitale (včetně palatinální aplikace) bez ohledu na použité anestetikum. Současný systém úhrad stomatologických výkonů v praxi nepřipouští vykazování aplikované látky zvlášť (např. jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek – ZULP).

00916 – regulační omezení

bez omezení

00916 – lokalizace

bez lokalizace

00916 – praktické poznámky k vykazování

Při vykazování injekční anestezie je třeba důsledně vycházet z popisu výkonu. Je tomu tak proto, že z úhradových důvodů jsou injekční anestezie rozděleny do dvou různých kódů (00916 a 00917), aniž by bylo mezi nimi důsledně respektováno medicínské rozdělení na anestezii infiltrační a anestezii svodnou. Proto dále uvádíme přehled jednotlivých používaných typů anestezie a u každé současně uvádíme, kterým z kódů 00916 nebo 00917 se konkrétní typ anestezie vykazuje. Připojen je vždy i konkrétní příklad.

Infiltrační anestezie

Infiltrační anestezie znecitlivuje tkáň v okolí místa aplikace anestetika. Vykazuje se jedním kódem **00917** na každý znecitlivěný sextant zubního oblouku bez ohledu na počet vpichů, a to včetně anestezie na f. mentale, n. palatinus maior, f. incisivum a tuber maxillae. Zvláštním druhem infiltrační anestezie je anestezie intraligamentární, vykazuje se také na sextant, nikoliv na zub.

Příklad 1: Při volbě infiltračního znecitlivění při extrakci zubů 22 a 25 se aplikace infiltrační anestezie z vestibula k zubu 22 a 25, doplněná svodnou anestézií na f. incisivum a n. palatinus, vykáže dvěma kódy 00917 (jde o dva sextanty).

Příklad 2: Intraligamentární anestezie použitá při ošetření zubů 36 a 37 se vykáže jedním kódem 00917.

Svodná anestezie (horní čelist)

Anestezie na tuber maxillae znecitlivuje unilaterálně kost, zuby a vestibulární měkké tkáně zhruba v rozsahu molárů. Vykazuje se jako anestezie infiltrační kódem **00917**.

Příklad: Anestezie při chirurgické extrakci zubu 28 se po aplikaci anestezie na tuber maxillae doplněné anestézií na n. palatinus maior vykáže pouze kódem 00917.

Anestezie na f. infraorbitale znecitlivuje unilaterálně kost, zuby a bukální měkké tkáně zhruba v rozsahu řezáků až premolárů, za její součást je považována i svodná anestezie na n. palatinus maior, resp. anestezie na f. incisivum. Vykazuje se pouze kódem **00916**.

Příklad 1: Anestezie při extrakci zubů 13, 14 a 15 se po aplikaci svodné anestezie na f. infraorbitale doplněné anestézií na f. incisivum a na n. palatinus maior vykáže jedním kódem 00916.

Příklad 2: Anestezie při chirurgickém výkonu na alveolární kosti v oblasti zubů 13, 14, 15, 16 a 17 se po aplikaci svodné anestezie na f. infraorbitale a anestezie na tuber maxillae (případně infiltrační anestezie do oblasti molárů) vykáže jedním kódem 00916 a jedním kódem 00917. Jde totiž o 2 anestetizované oblasti. Po případném doplnění o anestézii na f. incisivum a na n. palatinus maior se žádné další kódy nevykazují.

Anestezie na n. palatinus maior znecitlivuje jednostranně měkké tkáně patra v rozsahu od prvního premoláru distálním směrem. Bývá nejčastěji součástí některé z výše uvedených anestézií, v případě samostatné palatinální anestezie se vykazuje jako anestezie infiltrační kódem **00917**.

Příklad 1: Doplněková anestezie na n. palatinus maior při extrakci zubu 26 se zvlášť nevykazuje, protože je součástí infiltrační anestezie aplikované k extrahovanému zubu.

Příklad 2: Anestezie na n. palatinus maior aplikovaná před excízií fibromu patrové sliznice se vykáže kódem 00917.

Anestezie na f. incisivum znecitlivuje měkké tkáně patra v rozsahu špičáků. Bývá nejčastěji součástí výkonu infiltrační anestezie aplikované z vestibula nebo anestezie na f. infraorbitale. V případě samostatné palatinální anestezie se vykazuje jako anestezie infiltrační kódem **00917**.

Svodná anestezie (dolní čelist)

Anestezie na f. mandibulae znecitlivuje kost a zuby pravé či levé poloviny dolní čelisti a většinu okolních měkkých tkání. Za její součást je považována i doplňková anestezie vestibulárně na n. buccalis. Vykazuje se pouze kódem **00916**.

Příklad: Znecitlivění při chirurgické extrakci zubu 48 se po aplikaci mandibulární anestezie doplněné anestézií na n. buccalis vykáže pouze kódem 00916.

Anestezie na f. mentale unilaterálně znecitlivuje kost a zuby dolní čelisti a vestibulární měkké tkáně v rozsahu od f. mentale směrem ke střední čáře. Vykazuje se jako anestezie infiltrační kódem **00917**.

Obecně tedy u obou kódů, jimiž se vykazuje aplikace injekční anestezie, platí, že při znecitlivění každé oblasti se bez ohledu na počet vpichů vždy vykazuje pouze jeden z nich. Kombinace kódů 00916 a 00917 při znecitlivění stejné oblasti není možná.

Kód 00916 označuje výkon plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění. Spoluúčast na úhradě ze strany pacienta (např. za použité anestetikum) je nepřípustná.

Zdravotní pojišťovna hradí ve všech případech, kdy je anestezie indikována zubním lékařem.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00917 – Anestezie injekční

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00917	Anestezie injekční Aplikace injekční anestezie infiltrační a intraligamentární do tkání v rozsahu jednoho sextantu zubního oblouku, anestezie na foramen mentale, na nervus palatinus maior, na foramen incisivum, na tuber maxillae a na nervus buccalis. Počítá se anestetizovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována zubním lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	128 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Kódem 00917 se od roku 2026 vykazuje i intraligamentární anestezie hrazená dříve pacientem. Jde o důsledek novely zákona č. 48/1997 Sb., která zařadila intraligamentární anestezii do péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Intraligamentární anestezie se vykazuje v běžném režimu kódu 00917, tedy jedenkrát na sextant.

00917 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00917 se označuje aplikace infiltrační injekční anestezie včetně anestezie na foramen mentale, nervus palatinus maior (kdekoliv v jeho průběhu, nikoliv pouze v místě foramen palatinum maius), foramen incisivum na tuber maxillae a na nervus buccalis a aplikace anestezie intraligamentární, a to u všech uvedených způsobů vždy pro každý sextant bez ohledu na počet vpichů a bez ohledu na použité anestetikum. Současný systém úhrad stomatologických výkonů v praxi nepřipouští vykazování aplikované látky zvlášť (např. jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek – ZULP).

00917 – regulační omezení

bez omezení

00917 – lokalizace

bez lokalizace

00917 – praktické poznámky k vykazování

Zdravotní pojišťovna hradí ve všech případech, kdy je anestezie indikována zubním lékařem.

Kód se vykazuje jedenkrát na 1 sextant (tedy v rozsahu zubů 8, 7, 6, 5, 4 nebo 3, 2, 1, 1, 2, 3 nebo 4, 5, 6, 7, 8), při aplikaci např. ve dvou sextantech se tedy kód vykáže 2x. Při intraorální či extraorální aplikaci anestetika do měkkých tkání tváří či rtů platí pravidlo jedenkrát na jeden sextant obdobně – v dokumentaci se popíše, ke kterému sextantu mají anestetizované tkáně vztah (například: „Infiltrační anestezie tvářové sliznice 2 ml Supracain v oblasti zubů 25, 26, 27, 28“).

Při vykazování injekční anestezie je třeba důsledně vycházet z popisu výkonu. Je tomu tak proto, že z úhradových důvodů jsou injekční anestezie rozděleny do dvou různých kódů (00916 a 00917), aniž by bylo mezi nimi důsledně respektováno medicínské rozdělení na

anestezii infiltrační a anestezii svodnou. Proto dále uvádíme přehled jednotlivých používaných typů anestezie a u každé současně uvádíme, kterým z kódů 00916 nebo 00917 se konkrétní typ anestezie vykazuje. Připojen je vždy i konkrétní příklad.

Infiltrační anestezie

Infiltrační anestezie znecitlivuje tkáň v okolí místa aplikace anestetika. Vykazuje se jedním kódem **00917** na každý znecitlivěný sextant zubního oblouku bez ohledu na počet vpichů, a to včetně anestezie na f. mentale, n. palatinus maior, f. incisivum a tuber maxillae. Zvláštním druhem infiltrační anestezie je anestezie intraligamentární, vykazuje se také na sextant, nikoliv na zub.

Příklad 1: Při volbě infiltračního znecitlivění při extrakci zubů 22 a 25 se aplikace infiltrační anestezie z vestibula k zubu 22 a 25, doplněná svodnou anestezí na f. incisivum a n. palatinus, vykáže dvěma kódy 00917 (jde o dva sextanty).

Příklad 2: Intraligamentární anestezie použitá při ošetření zubů 36 a 37 se vykáže jedním kódem 00917.

Svodná anestezie (horní čelist)

Anestezie na tuber maxillae znecitlivuje unilaterálně kost, zuby a vestibulární měkké tkáň zhruba v rozsahu molárů. Vykazuje se jako anestezie infiltrační kódem **00917**.

Příklad: Anestezie při chirurgické extrakci zubu 28 se po aplikaci anestezie na tuber maxillae doplněné anestezí na n. palatinus maior vykáže pouze kódem 00917.

Anestezie na f. infraorbitale znecitlivuje unilaterálně kost, zuby a bukální měkké tkáň zhruba v rozsahu řezáků až premolárů, za její součást je považována i svodná anestezie na n. palatinus maior, resp. anestezie na f. incisivum. Vykazuje se pouze kódem **00916**.

Příklad 1: Anestezie při extrakci zubů 13, 14 a 15 se po aplikaci svodné anestezie na f. infraorbitale doplněné anestezí na f. incisivum a na n. palatinus maior vykáže jedním kódem 00916.

Příklad 2: Anestezie při chirurgickém výkonu na alveolární kosti v oblasti zubů 13, 14, 15, 16 a 17 se po aplikaci svodné anestezie na f. infraorbitale a anestezie na tuber maxillae (případně infiltrační anestezie do oblasti molárů) vykáže jedním kódem 00916 a jedním kódem 00917. Jde totiž o 2 anestetizované oblasti. Po případném doplnění o anestezii na f. incisivum a na n. palatinus maior se žádné další kódy nevykazují.

Anestezie na n. palatinus maior znecitlivuje měkké tkáň patra v rozsahu od prvního premoláru distálním směrem. Bývá nejčastěji součástí některé z výše uvedených anestezí, v případě samostatné palatinální anestezie se vykazuje jako anestezie infiltrační kódem **00917**.

Příklad 1: Doplnková anestezie na n. palatinus maior při extrakci zubu 26 se zvláště nevykazuje, protože je součástí infiltrační anestezie aplikované k extrahovanému zubu.

Příklad 2: Anestezie na n. palatinus maior aplikovaná před excízi fibromu patrové sliznice se vykáže kódem 00917.

Anestezie na f. incisivum znecitlivuje měkké tkáně patra v rozsahu špičáků. Bývá nejčastěji součástí výkonu infiltrační anestezie aplikované z vestibula nebo anestezie na f. infraorbitale. V případě samostatné palatinální anestezie se vykazuje jako anestezie infiltrační kódem **00917**.

Svodná anestezie (dolní čelist)

Anestezie na f. mandibulae znecitlivuje kost a zuby pravé či levé poloviny dolní čelisti a většinu okolních měkkých tkání. Za její součást je považována i doplnková anestezie vestibulárně na n. buccalis. Vykazuje se pouze kódem **00916**.

Příklad: Znecitlivění při chirurgické extrakci zubu 48 se po aplikaci mandibulární anestezie doplněné anestezí na n. buccalis vykáže pouze kódem 00916.

Anestezie na f. mentale unilaterálně znecitlivuje kost a zuby dolní čelisti a vestibulární měkké tkáně v rozsahu od f. mentale směrem ke střední čáře. Vykazuje se jako anestezie infiltrační kódem **00917**.

Obecně tedy u obou kódů, jimiž se vykazuje aplikace injekční anestezie, platí, že při znecitlivění každé oblasti se bez ohledu na počet vpichů vždy vykazuje pouze jeden kód. Kombinace kódů 00916 a 00917 při znecitlivění stejné oblasti není možná.

Kód 00917 označuje výkon plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění. Spoluúčast na úhradě ze strany pojištěnce (např. za použité anestetikum) není přípustná.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázet v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázet kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázet kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00978 – Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00978	<p><u>Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření</u></p> <p>Perorální nebo intranazální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15 let a uložení pojištěnce po ošetření na lůžko. Součástí výkonu jsou měření krevního tlaku před ošetřením a po něm, kontinuální monitorace pulzním oxymetrem v průběhu ošetření a zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku.</p>	<p>Lze vykázat 2 / 365 dní.</p> <p>V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí lze vykázat 4 / 365 dní. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódy 00831, 00832, 00833, 00834, 00851, 00852, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00979.</p> <p>Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL, a to poskytovatelem disponujícím prostorem s lůžkem umožňujícím monitoraci pulzním oxymetrem a tonometrem, který je schopen personálně zajistit monitorování pacienta v průběhu ošetření a na lůžku po ošetření a případné podání antidota a kyslíku.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu sedace dětských pacientů nebo s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.</p>	1 421 Kč

00978 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE) nebo zubní lékař s potvrzením o absolvování kurzu sedace dětských pojištěnců. Kódem 00978 se označuje perorální nebo intranazální podání midazolamu dítěti od 3 let do dne dosažení 15 let a jeho uložení po ošetření na lůžko. Před ošetřením a po něm je nutné pojištěnci změřit krevní tlak, v průběhu ošetření zajistit kontinuální monitoraci pulzním oxymetrem a případné podání antidota (flumazenil) a kyslíku.

Kód je hrazen v indikovaných případech, pokud jde o pojištěnce, který není ošetřitelný v běžném režimu praktického zubního lékaře.

00978 – regulační omezení

Kód 00978 lze vykázat nejvýše dvakrát za 365 dní. Kód lze vykázat jen tehdy, je-li současně s ním poskytnut a vykázán alespoň jeden z těchto kódů: 00831, 00832, 00833, 00834, 00851, 00852, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977. Vykázání jiných poskytnutých kódů není při dodržení všech regulací vyloučeno.

V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 lze vykázat 4 / 365 dní.

Nelze kombinovat s kódem 00979.

00978 – lokalizace

bez lokalizace

00978 – praktické poznámky k vykazování

Výkon může vykazovat jednak držitel osvědčení v pedostomatologii (PE), jednak držitel potvrzení o absolvování kurzu sedace dětských pacientů.

Kód může vykazovat pouze poskytovatel, který disponuje prostorem s lůžkem umožňujícím monitoraci pulzním oxymetrem a tonometrem a který je schopen personálně zajistit monitorování pacienta v průběhu ošetření a na lůžku po ošetření a případné podání antidota (flumazenilu) a kyslíku.

Úhrada výkonu označeného kódem 00978 již zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření dětského pojištěnce. Vykazování bonifikačních kódů 00906, 00907, 00824, 00825 a 00826 výlučně v kombinaci s kódem 00978 proto není možné. Uvedené bonifikační kódy lze ve stejné návštěvě vykázat s kódem 00978 jen tehdy, pokud je současně vykázan některý jiný výkon, který kombinaci s některým bonifikačním kódem umožňuje.

00979 – Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00979	<p><u>Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření</u></p> <p>Podání farmakologicky připravené směsi oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1 náustkem nebo obličejovou maskou pojištěnci od 4 let do dne dosažení 15 let, zajištění monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a zajištění případného podání kyslíku.</p>	<p>Lze vykázat 2 / 365 dní.</p> <p>V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí lze vykázat 4 / 365 dní.</p> <p>Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00831, 00832, 00833, 00834, 00851, 00852, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00978.</p> <p>Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu sedace nebo s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.</p>	1160 Kč

00979 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE) nebo zubní lékař s potvrzením o absolvování kurzu sedace dětských pacientů. Kódem 00979 se označuje podání farmakologicky připravené směsi oxidu dusného (rajského plynu) a kyslíku v poměru 1:1 náustkem nebo obličejovou maskou dítěti od 4 let do dne dosažení 15 let.

Kód je hrazen v indikovaných případech, pokud jde o pojištěnce, který není ošetřitelný v běžném režimu praktického zubního lékaře.

Podmínkou úhrady je zajištění monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a zajištění případného podání kyslíku.

00979 – regulační omezení

Kód 00979 lze vykázat nejvýše dvakrát za 365 dní. Kód lze vykázat jen tehdy, je-li současně s ním poskytnut a vykázán alespoň jeden z těchto kódů: 00831, 00832, 00833, 00834, 00851, 00852, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977. Vykázání jiných poskytnutých kódů není při dodržení všech regulací vyloučeno.

V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 lze vykázat 4 / 365 dní.

Nelze kombinovat s kódem 00978.

00979 – lokalizace

bez lokalizace

00979 – praktické poznámky k vykazování

Kód může vykazovat jednak držitel osvědčení v pedostomatologii (PE), a jednak držitel potvrzení o absolvování kurzu sedace dětských pacientů.

Kód může vykazovat pouze poskytovatel, který disponuje pulzním oxymetrem a tonometrem a je schopen personálně zajistit monitorování pacienta v průběhu ošetření a případné podání kyslíku.

Úhrada výkonu označeného kódem 00979 již zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření dětského pojištěnce. Vykazování bonifikačních kódů 00906, 00907, 00824, 00825 a 00826 výlučně v kombinaci s kódem 00979 proto není možné. Uvedené bonifikační kódy lze ve stejné návštěvě vykázat s kódem 00979 jen tehdy, pokud je současně vykázán některý

Výkony konzervační stomatologie

Tato část obsahuje výklad kódů, které označují výkony konzervační stomatologie (výplně, endodontické ošetření, pulpotomie). Dosavadní kódy 00920 až 00926 byly zrušeny a nahrazeny novými kódy 00829 až 00845. Kódy jsou řazeny většinou v číselné řadě. Výjimku představuje kód 00838 (nevrstvená výplň z fotokompozitu), který je logicky zařazen za kód 00835 (výplň z fotokompozitu), dále kódy 00829 a 00830 (amalgámové výplně), které jsou zařazeny až za všechny ostatní výplně (je tomu tak proto, že amalgám je materiálem poslední volby, jehož použití přichází v úvahu jen výjimečně), a konečně kód 00828, který byl zrušen bez náhrady, a proto je zařazen až na samý konec této části.

00920	Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní – ZRUŠEN
00921	Ošetření stálého zubu plastickou výplní – ZRUŠEN
00922	Ošetření dočasného zubu plastickou výplní – ZRUŠEN
00924	Endodontické ošetření – dočasný zub – ZRUŠEN
00925	Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků, špičáků a premolárů – ZRUŠEN
00926	Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů – ZRUŠEN
00831	Ošetření dočasného zubu plastickou výplní
00832	Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do 18 let – 1 ploška
00833	Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do 18 let – 2 plošky
00834	Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do 18 let – 3 a více plošek
00835	Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců od 18 let
00838	Ošetření stálého zubu nevrstvenou výplní z fotokompozitu u pojištěnců od 18 let
00836	Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhajícího materiálu u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek
00837	Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhajícího materiálu u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek
00829	Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek
00830	Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek
00840	Primární endodontické ošetření dočasného zubu
00841	Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let
00842	Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let
00843	Primární endodontické ošetření stálého zubu metodou centrálního čepu u pojištěnců od 18 let
00844	Pulpotomie – dočasný zub
00845	Pulpotomie – stálý zub u pojištěnců do dne dosažení 18 let
00828	Signální kód zhotovení výplně – 1 ploška – ZRUŠEN

00920 – zrušen (Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní)

Kód 00920, kterým se do konce roku 2025 vykazovalo ošetření stálého zubu u pojištěnců do 18 let výplní z fotokompozitu, byl s účinností od 1. ledna 2026 zrušen a nahrazen novými kódy **00832**, **00833** a **00834**.

Výplň z fotokompozitu je u dětí nově plně hrazená ze zdravotního pojištění při použití v rozsahu celého chrupu, nikoliv jen v rozsahu řezáků a špičáků, jak to tomu bylo do konce roku 2025.

Kódy 00832, 00833 a 00834 lze v případě, že výplň z fotokompozitu nelze lege artis zhotovit, vykázat i výplně z jiných plastických materiálů. Použití amalgámu je (podobně jako před rokem 2026) omezeno u dětí do 15 let jen na případy, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Od července 2026 pak toto omezení amalgámu platí pro všechny pojištěnce.

Kódem 00832 se vykáže ošetření výplní na 1 plošce, kódem 00833 na 2 ploškách a kódem 00834 na 3 a více ploškách včetně rekonstrukce růžku.

00921 – zrušen (Ošetření stálého zubu plastickou výplní)

Kód 00921, kterým se do konce roku 2025 vykazovalo ošetření stálého zubu plastickou výplní, byl s účinností od 1. ledna 2026 zrušen a nahrazen u dospělých pojištěnců novými kódy **00829, 00830, 00835, 00836, 00837 a 00838** a u dětí kódy **00832, 00833, 00834**.

Nové kódy pro vykazování výplní u dospělých pojištěnců v rozsahu celého chrupu:

00835 – vrstvená výplň z fotokompozitu (částečná úhrada)

00838 – nevrstvená výplň z fotokompozitu (plně hrazená)

00836 – výplň z chemicky a duálně tuhnutího materiálu s výjimkou amalgámu do 2 plošek (plně hrazená)

00837 – výplň z chemicky a duálně tuhnutího materiálu s výjimkou amalgámu nad 2 plošky (plně hrazená)

00829 – výplň z amalgámu v kapslové formě do 2 plošek (plně hrazená)

00830 – výplň z amalgámu v kapslové formě nad 2 plošky (plně hrazená)

Výplň z chemicky a duálně tuhnutího materiálu lze u dospělých pojištěnců vykázt jen v případě, že zub není možné lege artis ošetřit nevrstvenou výplní z fotokompozitu.

Amalgám patří mezi chemicky tuhnutí materiály, výplň z amalgámu má však zvláštní režim. Do konce června 2026 lze amalgám u dospělých pojištěnců používat za stejných podmínek jako v roce 2025. Od července 2026 pak lze u všech pojištěnců použít amalgám jen tehdy, pokud to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce.

Nové kódy pro vykazování výplní u dětí do 18 let v rozsahu celého chrupu:

00832 – výplň z fotokompozitu na 1 plošce

00833 – výplň z fotokompozitu na 2 ploškách

00834 – výplň z fotokompozitu na 3 a více ploškách

Kódy 00832, 00833 a 00834 lze v případě, že výplň z fotokompozitu nelze lege artis zhotovit, vykázt i výplně z jiných plastických materiálů. Použití amalgámu je (podobně jako před rokem 2026) omezeno u dětí do 15 let jen na případy, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Od července 2026 pak toto omezení amalgámu platí pro všechny pojištěnce.

Ošetření plastickou výplní je u dětí nově vždy plně hrazeno ze zdravotního pojištění, a to v rozsahu celého chrupu.

00922 – zrušen (Ošetření dočasného zubu plastickou výplní)

Kód 00922, kterým se do konce roku 2025 vykazovalo ošetření dočasného zubu plastickou výplní, byl s účinností od 1. ledna 2026 zrušen a nahrazen novým kódem **00831**.

Výplň dočasného zubu je nově hrazena ze zdravotního pojištění bez ohledu na použitý materiál. Použití amalgámu je (podobně jako před rokem 2026) omezeno jen na případy, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce.

00924 – zrušen (Endodontické ošetření – dočasný zub)

Kód 00924, kterým se do konce roku 2025 vykazovalo endodontické ošetření dočasného zubu, byl s účinností od 1. ledna 2026 zrušen a nahrazen novým kódem 00840. Amputace dřeně dočasného zubu se nově vykazuje kódem **00844**.

00925 – zrušen (Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků, špičáků a premolárů)

Kód 00925, kterým se do konce roku 2025 vykazovalo primární endodontické ošetření stálého zubu ve frontálním úseku, byl s účinností od 1. ledna 2026 zrušen a nahrazen novými kódy **00841**, **00842** a **00843**.

U dětí je nově primární endodontické ošetření stálých zubů plně hrazeno ze zdravotního pojištění, a to u všech zubů a bez ohledu na použitou metodu plnění. Vykazuje se kódem 00841.

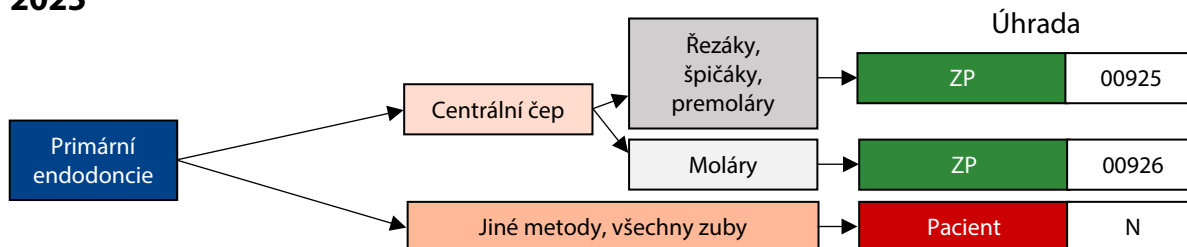
U dospělých je nově endodontické ošetření stálých zubů hrazeno jen tehdy, jde-li o řezáky, špičáky a premoláry. Endodontické ošetření molárů se nově ze zdravotního pojištění nehradí.

Primární endodontické ošetření stálých řezáků, špičáků a premolárů u dospělých, pokud je provedeno kteroukoliv metodou s výjimkou metody centrálního čepu, je nově částečně hrazeno ze zdravotního pojištění a vykazuje se kódem 00842.

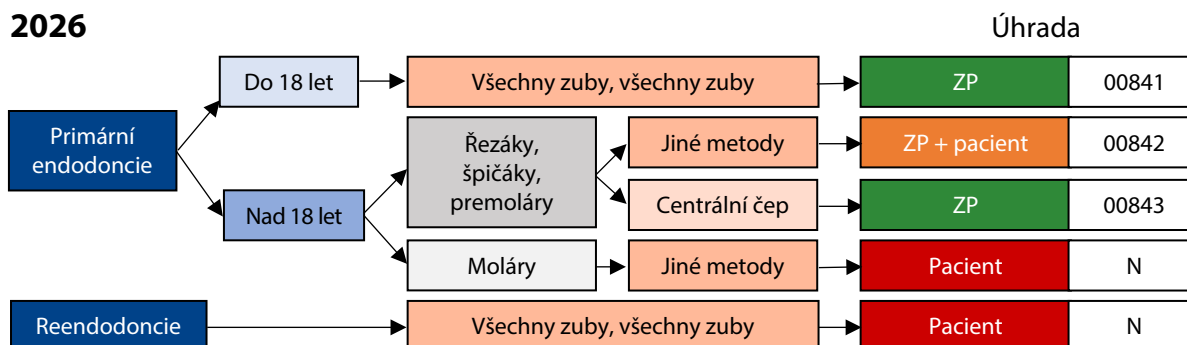
Primární endodontické ošetření stálých řezáků, špičáků a premolárů u dospělých metodou centrálního čepu zůstává jako dosud plně hrazeno ze zdravotního pojištění; nově se vykazuje kódem 00843.

Endodoncie stálého zubu

2025



2026



00926 – zrušen (Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů)

Kód 00926, kterým se do konce roku 2025 vykazovalo primární endodontické ošetření stálých molárů, byl s účinností od 1. ledna 2026 zrušen a byl u dětských pojištěnců nahrazen novým kódem 00841. U dospělých pojištěnců kód 00926 nahrazen novým kódem nebyl, protože endodontické ošetření molárů nově není hrazeno ze zdravotního pojištění.

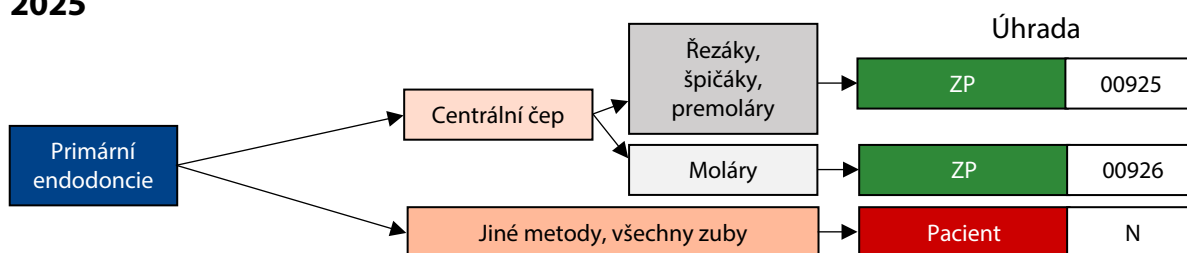
U dětí je nově primární endodontické ošetření stálých zubů plně hrazeno ze zdravotního pojištění u všech zubů bez ohledu na použitou metodu plnění. Vykazuje se kódem 00841.

Primární endodontické ošetření stálých řezáků, špičáků a premolárů u dospělých, pokud je provedeno kteroukoliv metodou s výjimkou metody centrálního čepu, je nově částečně hrazeno ze zdravotního pojištění a vykazuje se kódem 00842.

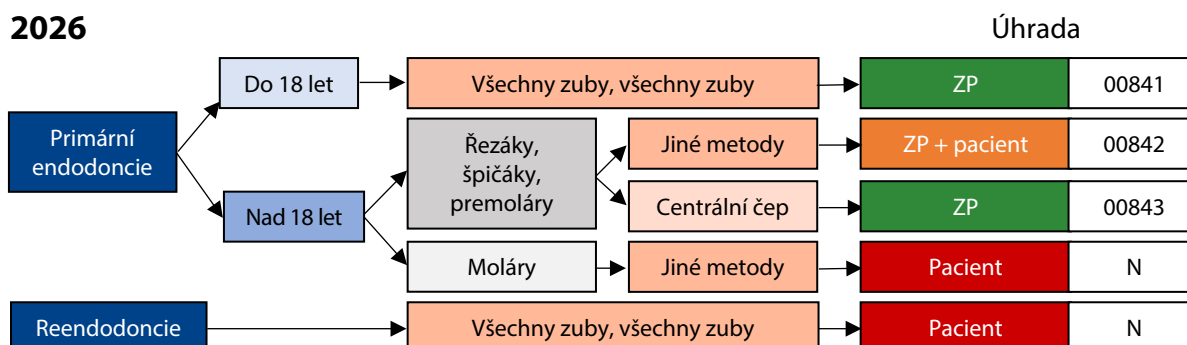
Primární endodontické ošetření stálých řezáků, špičáků a premolárů u dospělých metodou centrálního čepu zůstává jako dosud plně hrazeno ze zdravotního pojištění; nově se vykazuje kódem 00843.

Endodontie stálého zuby

2025



2026



00831 – Ošetření dočasného zubu plastickou výplní

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00831	<u>Ošetření dočasného zubu plastickou výplní</u> Ošetření dočasného zubu plastickou výplní v rozsahu celého chrupu, bez ohledu na počet plošek a počet výplní.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Za vykázání kódu 00831 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00922 v roce 2025. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	635 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad výplně dočasného zubu od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ošetření **dočasného zubu** výplní je vždy **plně hrazeno** ze zdravotního pojištění, a to **bez ohledu na věk pojištěnce** a **bez ohledu na použitý materiál**,
- výkon je nově označen kódem 00831, dříve používaný kód 00922 byl zrušen.

00831 – shrnutí

zub: dočasný zub bez ohledu na věk pojištěnce

materiál: kterýkoliv lege artis materiál (amalgám jen výjimečně)

počet ošetřených plošek: nerozhoduje

úhrada: plná úhrada ze zdravotního pojištění, od pojištěnce nelze za výkon požadovat žádné doplatky ani jiné úhrady

omezení:

- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dní po dřívějším vykázání kódu 00831 na stejném zubu
- v roce 2026 úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dní po kódu 00922 vykazaném v roce 2025 na stejném zubu

lokalizace: zub

00831 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje ošetření dočasného zubu výplní bez ohledu na věk pojištěnce, použitý materiál a na počet ošetřených plošek či případný počet výplní na stejném zubu. Kód je možno vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy na kterémkoliv dočasném zubu.

Kód 00831 se vykazuje bez ohledu na použitý materiál. Zhotovení výplně dočasného zubu je proto plně hrazeno ze zdravotního pojištění i při použití fotokompozitu. Použití jiných materiálů (s výjimkou amalgámu, kde platí specifická právní úprava) není nijak omezeno.

Pokud jde o amalgám, platí, že jej lze při ošetření dočasných zubů použít jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních

potřeb pacienta. Specifické zdravotní potřeby pacienta zahrnují zejména takové faktory, jako je lokalizace výplně, anatomické a funkční poměry v ústech pacienta, alergie či psychický a fyzický stav pacienta. Použití amalgámu lze považovat za naprosto nezbytné, jestliže některý faktor samostatně nebo v kombinaci s jinými faktory vylučuje u pacienta použití jiného plastického výplňového materiálu. Použití jiného plastického výplňového materiálu je přitom vyloučeno nejen tehdy, jestliže z něj výplň na náležitě odborné úrovni vůbec nelze zhotovit, ale i tehdy, jestliže z něj výplň na náležitě odborné úrovni sice zhotovit lze, ale jen s nepoměrně vyšší zdravotní zátěží (např. v celkové anestezii). Použití jiného plastického výplňového materiálu naopak není vyloučeno, jestliže jej zubní lékař nemůže použít jen proto, že s ním obvykle nepracuje nebo jej aktuálně nemá k dispozici, přestože je jinak dostupný. Pro podrobnosti k používání amalgámu lze odkázat na odborné stanovisko představenstva České stomatologické komory dostupné na <https://www.dent.cz/o-nas/stavovsky-predpis/286617f5-543f-4474-a67a-0439d2f80000>).

Přípustné je jen použití amalgámu v kapslové formě v předem určených dávkách (tzv. dózovaný amalgám). Použití volně balené rtuti (nedózovaného amalgámu) zubními lékaři je zakázáno za všech okolností.

Ze zdravotnické dokumentace musí jasně vyplývat, zda byla pojištěnci zhotovena výplň z fotokompozitu nebo z jiného materiálu. Pokud byl použit amalgám, musí ze zdravotnické dokumentace zřetelně vyplývat, proč nebylo možno použít jiný materiál.

00831 – regulační omezení

Kód 00831 lze na stejný zub vykázat jedenkrát za 365 dní. Regulační omezení zahrnuje i výplně vykázané v roce 2025. To znamená, že pokud byl na zubu v roce 2025 vykázán kód 00922, lze v roce 2026 na stejném zubu vykázat kód 00831 až po uplynutí 365 dnů od vykázání kódu 00922.

Regulační omezení se uplatní bez ohledu na to, který materiál výplně byl použit.

Výše uvedená omezení neplatí, pokud se opakovaná výplň zhotoví z důvodu komplikací ošetřeného kazu nebo úrazu (nutno pak vykázat s příslušnou jinou diagnózou, např. K04.4 nebo S02.5) nebo v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních (nutno vykázat s příslušnou diagnózou). Skutečnosti, které byly důvodem vykázání mimo stanovenou frekvenci, musí být zdokumentovány.

Regulační omezení omezuje vykazování kódu poskytovatelem, nikoliv nárok pojištěnce.

Účelem je motivovat poskytovatele k tomu, aby zub ošetřil výplní tak, že nebude nutné na něm po dobu 365 dní vykazovat výplň znovu. Regulační omezení je nutno chápat tak, že **po dobu 365 dnů od vykázání výplně nelze případnou další výplň na stejném dočasném zubu vykázat zdravotní pojišťovně ani naúčtovat pojištěnci**. Pokud by se stalo, že na stejném dočasném zubu bude třeba během 365 dnů od vykázání výplně zhotovit výplň další, musí to poskytovatel udělat na své náklady. Úhrada výplně dočasného zubu má (stejně jako tomu bylo v minulosti) povahu paušální úhrady za ošetření zubu výplní po dobu 365 dní, a to bez ohledu na to, v kolika návštěvách ošetření dočasného zubu proběhne a kolik výplní a ze kterého materiálu bude na dočasném zubu v průběhu 365 dnů zhotoveno.

00831 – lokalizace

zub

00831 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast pacienta v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00831 nejsou přípustné, stejně tak jako jeho podmínění výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00831 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pacient však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázet kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázet kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00832 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 1 ploška

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00832	<p><u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do 18 let – 1 ploška</u></p> <p>Ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu při použití výplně z fotokompozitu na 1 plošce, bez ohledu na počet výplní. Neodpovídá-li použití fotokompozitu § 13 zákona, lze vykázat i při použití jiného materiálu výplně.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních.</p> <p>Za vykázání kódu 00832 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódů</p> <p>a) 00833 a 00834, b) 00920 a 00921 v roce 2025.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	1 300 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad výplně stálého zubu u pojištěnců do 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ošetření **stálého zubu** výplní **u pojištěnců do 18 let** je vždy **plně hrazeno** ze zdravotního pojištění, a to **bez ohledu na použitý materiál a bez ohledu na lokalizaci** (plně hrazená tak je nově i výplň z fotokompozitu v postranním úseku),
- materiálem první volby je fotokompozit, jiné materiály lze použít jen tehdy, pokud výplň z fotokompozitu není možné zhotovit,
- výkon je nově označen kódy 00832, 00833 a 00834. Kódy dosud označující ošetření stálého zubu výplní u dětí (00920, 00921) byly zrušeny,
- úhrada se liší podle počtu ošetřených plošek zubu (kód 00832 – 1 ploška, 00833 – 2 plošky, 00834 – 3 a více plošek včetně rekonstrukce růžku).

00832 – shrnutí

zub: stálý zub pojištěnce do 18 let

materiál: fotokompozit, případně kterýkoliv jiný lege artis materiál (amalgám jen výjimečně)

počet ošetřených plošek: 1

úhrada: plná úhrada ze zdravotního pojištění, od pojištěnce nelze za výkon požadovat žádné doplatky ani jiné úhrady

omezení:

- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dní po kódech 00832, 00833, 00834
- v roce 2026 úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dnů po kódu 00920 nebo 00921 vykazaném v roce 2025 na stejném zubu

lokalizace: zub

00832 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodontie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnce do 18 let věku. Kód je možno vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy na kterémkoliv stálém zubu.

Fotokompozit

Kód 00832 označuje primárně zhotovení plastické výplně z fotokompozitu kterýmkoliv pracovním postupem **na všech stálých zubech**. Rozumí se tím výplň vrstvená i nevrstvená.

Zhotovení výplně z fotokompozitu u dětí je tak standardním ošetřením, které je pro pojištěnce do 18 let věku vždy plně hrazené ze zdravotního pojištění; poskytovatel za jeho poskytnutí nesmí od pojištěnce žádat žádnou úhradu.

Jiné materiály jako alternativa fotokompozitu

Podle zákona lze ze zdravotního pojištění uhradit jen takový výkon, který

- odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce nebo účelu, jehož má být jeho použitím dosaženo,
- je pro pojištěnce přiměřeně bezpečný, a
- je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Uvedená obecná kritéria zahrnují též technologické překážky použití určitého materiálu (např. nezbytnost zajistit suché pracovní pole, rozsah výplně, hloubka kavity apod.) a také takové faktory, jako je např. míra spolupráce pacienta. V případě zhotovení výplně z fotokompozitu u dítěte může být právě míra spolupráce faktorem, který způsobí, že výplň z fotokompozitu nebude možno zhotovit tak, aby bylo dosaženo jejího účelu, v krajním případě dokonce tak, aby se jednalo o ošetření v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Jestliže není použití fotokompozitu ve výše naznačeném smyslu možné, lze pojištěnci do 18 let věku na stálém zubu zhotovit a zdravotní pojišťovně vykázat i výplň z jiného materiálu. U pojištěnců do 18 let věku v současné době reálně přicházejí v úvahu skloionomerní cement, samopolymerující kompozitum, případně kompomer.

Amalgám jen výjimečně

Do 30. června 2026 lze

- pojištěnci od 15 do 18 let věku, nejde-li o těhotné či kojící ženy, na stálém zubu zhotovit a kódem 00832 vykázat výplň z amalgámu tehdy, jestliže není ve výše naznačeném smyslu možné použít fotokompozit (výplň z amalgámu lze u těchto pojištěnců použít za stejných podmínek jako výplň ze skloionomerního cementu, samopolymerujícího kompozitu či kompomeru),
- pojištěnci do 15 let a těhotné či kojící ženě na stálém zubu zhotovit a kódem 00832 vykázat výplň z amalgámu jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pacienta.

Od 1. července 2026 pak pravidlo, že použití amalgámu je přípustné jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pacienta, **platí pro všechny pacienty**.

Specifické zdravotní potřeby pacienta zahrnují zejména takové faktory, jako je lokalizace výplně, anatomické a funkční poměry v ústech pacienta, alergie či psychický a fyzický stav pacienta. Použití amalgámu lze považovat za naprosto nezbytné, jestliže některý faktor samostatně nebo v kombinaci s jinými faktory vylučuje u pacienta použití jiného plastického výplňového materiálu. Použití jiného plastického výplňového materiálu je přitom vyloučeno nejen tehdy, jestliže z něj výplň na náležitě odborné úrovni vůbec nelze zhotovit, ale i tehdy, jestliže výplň na náležitě odborné úrovni z jiného materiálu sice zhotovit lze, ale jen s nepoměrně vyšší zdravotní zátěží (např. v celkové anestezii). Použití jiného plastického výplňového materiálu naopak není vyloučeno, jestliže jej zubní lékař nemůže použít jen proto, že s ním obvykle nepracuje nebo jej aktuálně nemá k dispozici, přestože je jinak dostupný. Pro podrobnosti k používání amalgámu lze odkázat na odborné stanovisko představenstva České stomatologické komory dostupné na <https://www.dent.cz/o-nas/stavovsky-predpis/286617f5-543f-4474-a67a-0439d2f80000>).

Zjednodušeně lze říct, že počínaje 1. červencem 2026 lze kterémukoliv pojištěnci do 18 let zhotovit a zdravotní pojišťovně kódem 00832 vykázat výplň z amalgámu jen tehdy, pokud je s ohledem na zdravotní stav pojištěnce či technologická omezení s ním související vyloučeno použití všech ostatních materiálů, tedy nejen fotokompozitu, ale i dalších dostupných materiálů.

Přípustné je jen použití amalgámu v kapslové formě v předem určených dávkách (tzv. dózovaný amalgám). Použití volně balené rtuti (nedózovaného amalgámu) zubními lékaři je zakázáno za všech okolností. Od dosud užívaného rozdělení amalgámových výplní na základní a jiné provedení se upouští.

Plná úhrada ze zdravotního pojištění

Jsou-li podmínky popsané v předchozích odstavcích splněny, je ošetření stálého zubu pojištěnce do 18 let plastickou výplní plně hrazeno ze zdravotního pojištění i tehdy, je-li výplň zhotovena z jiného materiálu než z fotokompozitu, a to v rozsahu celého chrupu.

Lze tak shrnout, že zhotovení plastické výplně stálého zubu u pojištěnce do 18 let je vždy plně hrazeno ze zdravotního pojištění a poskytovatel za tento výkon nesmí od pojištěnce požadovat žádnou úhradu. Z tohoto pravidla existuje jedna výjimka. Pokud by **zhotovení výplně z fotokompozitu bylo** ve výše naznačeném smyslu **možné**, avšak výplň by **přesto byla zhotovena ze skloionomerního cementu, samopolymerujícího kompozitu, kompomeru či jiného plastického materiálu, jednalo by se o výplň nehrazenou** ze zdravotního pojištění. Je nicméně málo pravděpodobné, že by k takové situaci v praxi došlo; pojištěnec by jistě dal přednost zhotovení plně hrazené varianty výplně. **Pokud by pojištěnec trval na zhotovení výplně z jiného plastického materiálu než z fotokompozitu, přestože by výplň z fotokompozitu bylo možno zhotovit, je nutné pojištěnce předem informovat** o tom, že má nárok na výplň plně hrazenou ze zdravotního pojištění; o tomto poučení a následné volbě nehrazené varianty výplně je třeba učinit záznam do zdravotnické dokumentace.

Výše uvedená výjimka se netýká výplně z amalgámu. Použití amalgámu v situaci, kdy je možné zhotovit výplň z jiného materiálu, je totiž u dětí do 15 let a u těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců nejen nehrazené ze zdravotního pojištění, ale je též výslovně zakázáno. Zhotovení výplně z amalgámu v situaci, kdy pro

pojištěnce existuje jiná varianta plastické výplně, proto nepřichází v úvahu, a to ani tehdy, pokud by si použití amalgámu pojištěnec sám přál.

Ve zdravotnické dokumentaci musí být jednoznačně uvedeno, ze kterého materiálu byla pojištěnci výplň zhotovena. Pokud byl použit jiný materiál než fotokompozit, musí být ze zdravotnické dokumentace zřejmé, proč nebylo možno použít fotokompozit. Jde-li o výplň z amalgámu, musí ze zdravotnické dokumentace zřetelně vyplývat, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál; to platí u pojištěnců do 15 let a pro těhotné a kojící ženy již několik let, pro ostatní pojištěnce pak od 1. července 2026. Pokud okolnosti odůvodňující použití jiného materiálu než fotokompozitu (včetně amalgámu) nebudou ze zdravotnické dokumentace zřejmé, zdravotní pojišťovna výplň neuhradí.

Počet ošetřených plošek

Kódem 00832 se vykazuje zhotovení výplně na 1 plošce bez ohledu na počet výplní. Zhotovení dvou či více výplní na jedné plošce se tak vykáže jedním kódem 00832. Pokud by zub byl ošetřen výplní na dvou ploškách (a to jak dvouploškovou výplní, tak dvěma výplněmi jednoploškovými), nevykazují se dva kódy 00832, ale jeden kód 00833. Při ošetření zubu výplní na třech a více ploškách nebo při rekonstrukci růžku (a to jak jednou tří a víceploškovou výplní, tak při zhotovení více výplní na celkem třech a více ploškách nebo při samostatné rekonstrukci růžku) se nevykazuje kód 00832 ani 00833, ale kód 00834. Z toho plyne, že **při ošetření jednoho zubu nikdy nemůže být vykázána kombinace kódů 00832, 00833 a 00834, ale vždy pouze jeden z nich**. Počet dotčených plošek je třeba sečíst bez ohledu na to, kolik výplní na nich bylo zhotoveno, a celé ošetření vykázat právě tím kódem, který odpovídá součtu plošek.

Příklad 1: Zub 46 byl ošetřen jednou výplní na bukální plošce. Výplň se vykáže kódem 00832. Pokud by na bukální plošce byly zhotoveny dvě drobné výplně, vykázaly by se rovněž jedním kódem 00832.

Příklad 2: Zub 46 byl ošetřen výplněmi na bukální a lingvální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00833.

Příklad 3: Zub 46 byl ošetřen dvouploškovou výplní na distální a okluzní plošce (DO výplň) a výplní na bukální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00834.

Příklad 4: Zub 46 byl ošetřen tříploškovou výplní na meziální, okluzní a distální plošce (MOD výplň) a výplní na bukální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00834.

Příklad 5: Zub 21 byl ošetřen růžkovou výplní. Výplň se vykáže jedním kódem 00834.

Signální kódy označující počet ošetřených plošek se od roku 2026 při ošetření zubu výplní nevykazují. Kódy 00832, 00833 i 00834 informaci o tom, kolik plošek bylo výplní ošetřeno, nesou samy o sobě.

00832 – regulační omezení

Kód 00832 lze na stejný zub vykázat jedenkrát za 365 dní. Toto regulační omezení se vztahuje i na případy, kdy na zubu byl dříve vykázána některý z kódů 00833 nebo 00834. Princip lze zjednodušeně popsat tak, že na jednom zubu lze vykázat ošetření výplní bez

ohledu na počet plošek a počet zhotovených výplní jen jednou za 365 dní. Jde o princip, který platil i před rokem 2026.

Regulační omezení zahrnuje i výplně vykázané v roce 2025, byť byly vykázány tehdy platnými kódy, které v roce 2026 už neexistují. Toto pravidlo znamená, že pokud byl na zubu v roce 2025 vykázán kód 00920 nebo 00921, lze na stejném zubu vykázat nový kód 00832 (nebo 00833 nebo 00834) až po uplynutí 365 dnů od vykázání kódů 00920, resp. 00921. Jde tedy opět o uplatnění stejného principu jednoho vykázání výplně na jednom zubu za 365 dní.

Regulační omezení se uplatní bez ohledu na to, který materiál výplně byl použit.

Výše uvedená omezení neplatí, pokud se opakovaná výplň zhotoví z důvodu komplikací ošetřeného kazu nebo úrazu (nutno pak vykázat s příslušnou jinou diagnózou, např. K04.4 nebo S02.5) nebo v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních (nutno vykázat s příslušnou diagnózou). Skutečnosti, které byly důvodem vykázání mimo stanovenou frekvenci, musí být zdokumentovány.

Příklad: Zub 45 byl dne 2. února 2026 ošetřen výplní, výkon byl vykázán kódem 00832 s diagnózou K02.1. Dne 4. června 2026 byl tento zub endodonticky ošetřen a po endodontickém ošetření byla vykázána nová výplň kódem 00832 s diagnózou K04.0 (pulpitis). Tato výplň byla zhotovena z důvodu komplikace ošetřeného kazu, a proto bude uhrazena ze zdravotního pojištění. Dne 9. prosince 2026 byl zub ošetřen výplní (kód 00832) znovu, tentokrát s diagnózou K04.5 (periodontitis). Výplň nebude uhrazena ze zdravotního pojištění, protože se již nejedná o komplikaci ošetřeného zubního kazu. Úhradu takto zhotovené výplně nelze požadovat ani od pojištěnce (jde o regulační omezení).

Regulační omezení omezuje vykazování kódu poskytovatelem, nikoliv nárok pojištěnce. Účelem je motivovat poskytovatele k tomu, aby zub ošetřil výplní tak, že nebude nutné na něm po dobu 365 dní vykazovat výplň znovu. Regulační omezení je nutno chápat tak, že **po dobu 365 dnů od vykázání výplně nelze případnou další výplň na stejném zubu vykázat zdravotní pojišťovně ani naúčtovat pojištěnci.** Pokud by se stalo, že na stejném zubu bude třeba během 365 dnů od vykázání výplně zhotovit výplň další, musí to poskytovatel udělat na své náklady. To platí i tehdy, pokud by další výplň byla zhotovena z jiného materiálu než výplň původní.

Úhrada výplně u pojištěnců do 18 let má (stejně jako tomu bylo v minulosti) povahu paušální úhrady za ošetření zubu výplní po dobu 365 dní, a to bez ohledu na to, v kolika návštěvách ošetření zubu proběhne a kolik výplní a ze kterého materiálu bude na zubu v průběhu 365 dnů zhotoveno.

Poskytovatel musí pojištěnce vždy náležitě a pravdivě poučit tak, aby pojištěnec měl jasnou představu o tom, zda má v konkrétní situaci nárok na výplň hrazenou ze zdravotního pojištění. **Pojištěnec nesmí nabýt dojmu, že mu v situaci, kdy ještě neuplynula doba regulačního omezení, nezbyvá nic jiného než novou výplň zaplatit.** Poskytovatel nikdy nesmí zneužít své informační převahy nad pojištěncem.

00832 – lokalizace zub

00832 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast pacienta v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00832 nejsou přípustné, stejně tak jako jeho podmínění výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00832 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pojištěnec však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00833 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 2 plošky

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00833	<p><u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do 18 let – 2 plošky</u></p> <p>Ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu při použití výplně z fotokompozitu na 2 ploškách, bez ohledu na počet výplní. Neodpovídá-li použití fotokompozitu § 13 zákona, lze vykázat i při použití jiného materiálu výplně.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních.</p> <p>Za vykázaní kódu 00833 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázaní kódů</p> <p>a) 00832 a 00834, b) 00920 a 00921 v roce 2025.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	1 950 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad výplně stálého zubu u pojištěnců do 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ošetření **stálého zubu** výplní **u pojištěnců do 18 let** je vždy **plně hrazeno** ze zdravotního pojištění, a to **bez ohledu na použitý materiál a bez ohledu na lokalizaci** (plně hrazená tak je nově i výplň z fotokompozitu v postranním úseku),
- materiálem první volby je fotokompozit, jiné materiály lze použít jen tehdy, pokud výplň z fotokompozitu není možné zhotovit,
- výkon je nově označen kódy 00832, 00833 a 00834. Kódy dosud označující ošetření stálého zubu výplní u dětí (00920, 00921) byly zrušeny,
- úhrada se liší podle počtu ošetřených plošek zubu (kód 00832 – 1 ploška, 00833 – 2 plošky, 00834 – 3 a více plošek včetně rekonstrukce růžku).

00833 – shrnutí

zub: stálý zub pojištěnce do 18 let

materiál: fotokompozit, případně kterýkoliv jiný lege artis materiál (amalgám jen výjimečně)

počet ošetřených plošek: 2

úhrada: plná úhrada ze zdravotního pojištění, od pojištěnce nelze za výkon požadovat žádné doplatky ani jiné úhrady

omezení:

- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dní po kódech 00832, 00833, 00834
- v roce 2026 úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dnů po kódu 00920 nebo 00921 vykázaném v roce 2025 na stejném zubu

lokalizace: zub

00833 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodontie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnce do 18 let věku. Kód je možno vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy na kterémkoliv stálém zubu.

Fotokompozit

Kód 00833 označuje primárně zhotovení plastické výplně z fotokompozitu kterýmkoliv pracovním postupem **na všech stálých zubech**. Rozumí se tím výplň vrstvená i nevrstvená.

Zhotovení výplně z fotokompozitu u dětí je tak standardním ošetřením, které je pro pojištěnce do 18 let věku vždy plně hrazené ze zdravotního pojištění; poskytovatel za jeho poskytnutí nesmí od pojištěnce žádat žádnou úhradu.

Jiné materiály jako alternativa fotokompozitu

Podle zákona lze ze zdravotního pojištění uhradit jen takový výkon, který

- odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce nebo účelu, jehož má být jeho použitím dosaženo,
- je pro pojištěnce přiměřeně bezpečný, a
- je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Uvedená obecná kritéria zahrnují též technologické překážky použití určitého materiálu (např. nezbytnost zajistit suché pracovní pole, rozsah výplně, hloubka kavity apod.) a také takové faktory, jako je např. míra spolupráce pacienta. V případě zhotovení výplně z fotokompozitu u dítěte může být právě míra spolupráce faktorem, který způsobí, že výplň z fotokompozitu nebude možno zhotovit tak, aby bylo dosaženo jejího účelu, v krajním případě dokonce tak, aby se jednalo o ošetření v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Jestliže není použití fotokompozitu ve výše naznačeném smyslu **možné, lze pojištěnci do 18 let věku na stálém zubu zhotovit a zdravotní pojišťovně vykázat i výplň z jiného materiálu**. U pojištěnců do 18 let věku v současné době reálně přicházejí v úvahu skloionomerní cement, samopolymerující kompozitum, případně kompomer.

Amalgám jen výjimečně

Do 30. června 2026 lze

- pojištěnci od 15 do 18 let věku, nejde-li o těhotné či kojící ženy, na stálém zubu zhotovit a kódem 00833 vykázat výplň z amalgámu tehdy, jestliže není ve výše naznačeném smyslu možné použít fotokompozit (výplň z amalgámu lze u těchto pojištěnců použít za stejných podmínek jako výplň ze skloionomerního cementu, samopolymerujícího kompozitu či kompomeru),
- pojištěnci do 15 let a těhotné či kojící ženě na stálém zubu zhotovit a kódem 00833 vykázat výplň z amalgámu jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pacienta.

Od 1. července 2026 pak pravidlo, že použití amalgámu je přípustné jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pacienta, **platí pro všechny pacienty**.

Specifické zdravotní potřeby pacienta zahrnují zejména takové faktory, jako je lokalizace výplně, anatomické a funkční poměry v ústech pacienta, alergie či psychický a fyzický stav pacienta. Použití amalgámu lze považovat za naprosto nezbytné, jestliže některý faktor samostatně nebo v kombinaci s jinými faktory vylučuje u pacienta použití jiného plastického výplňového materiálu. Použití jiného plastického výplňového materiálu je přitom vyloučeno nejen tehdy, jestliže z něj výplň na náležitě odborné úrovni vůbec nelze zhotovit, ale i tehdy, jestliže výplň na náležitě odborné úrovni z jiného materiálu sice zhotovit lze, ale jen s nepoměrně vyšší zdravotní zátěží (např. v celkové anestezii). Použití jiného plastického výplňového materiálu naopak není vyloučeno, jestliže jej zubní lékař nemůže použít jen proto, že s ním obvykle nepracuje nebo jej aktuálně nemá k dispozici, přestože je jinak dostupný. Pro podrobnosti k používání amalgámu lze odkázat na odborné stanovisko představenstva České stomatologické komory dostupné na <https://www.dent.cz/o-nas/stavovsky-predpis/286617f5-543f-4474-a67a-0439d2f80000>).

Zjednodušeně lze říct, že počínaje 1. červencem 2026 lze kterémukoliv pojištěnci do 18 let zhotovit a zdravotní pojišťovně kódem 00833 vykázat výplň z amalgámu jen tehdy, pokud je s ohledem na zdravotní stav pojištěnce či technologická omezení s ním související vyloučeno použití všech ostatních materiálů, tedy nejen fotokompozitu, ale i dalších dostupných materiálů.

Přípustné je jen použití amalgámu v kapslové formě v předem určených dávkách (tzv. dózovaný amalgám). Použití volně balené rtuti (nedózovaného amalgámu) zubními lékaři je zakázáno za všech okolností. Od dosud užívaného rozdělení amalgámových výplní na základní a jiné provedení se upouští.

Plná úhrada ze zdravotního pojištění

Jsou-li podmínky popsané v předchozích odstavcích splněny, je ošetření stálého zubu pojištěnce do 18 let plastickou výplní plně hrazeno ze zdravotního pojištění i tehdy, je-li výplň zhotovena z jiného materiálu než z fotokompozitu, a to v rozsahu celého chrupu.

Lze tak shrnout, že zhotovení plastické výplně stálého zubu u pojištěnce do 18 let je vždy plně hrazeno ze zdravotního pojištění a poskytovatel za tento výkon nesmí od pojištěnce požadovat žádnou úhradu. Z tohoto pravidla existuje jedna výjimka. Pokud by **zhotovení výplně z fotokompozitu bylo** ve výše naznačeném smyslu **možné**, avšak výplň by **přesto byla zhotovena ze skloionomerního cementu, samopolymerujícího kompozitu, kompomeru či jiného plastického materiálu, jednalo by se o výplň nehrazenou** ze zdravotního pojištění. Je nicméně málo pravděpodobné, že by k takové situaci v praxi došlo; pojištěnec by jistě dal přednost zhotovení plně hrazené varianty výplně. **Pokud by pojištěnec trval na zhotovení výplně z jiného plastického materiálu než z fotokompozitu, přestože by výplň z fotokompozitu bylo možno zhotovit, je nutné pojištěnce předem informovat** o tom, že má nárok na výplň plně hrazenou ze zdravotního pojištění; o tomto poučení a následné volbě nehrazené varianty výplně je třeba učinit záznam do zdravotnické dokumentace.

Výše uvedená výjimka se netýká výplně z amalgámu. Použití amalgámu v situaci, kdy je možné zhotovit výplň z jiného materiálu, je totiž u dětí do 15 let a u těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců nejen nehrazené ze zdravotního pojištění, ale je též výslovně zakázáno. Zhotovení výplně z amalgámu v situaci, kdy pro

pojištěnce existuje jiná varianta plastické výplně, proto nepřichází v úvahu, a to ani tehdy, pokud by si použití amalgámu pojištěnec sám přál.

Ve zdravotnické dokumentaci musí být jednoznačně uvedeno, ze kterého materiálu byla pojištěnci výplň zhotovena. Pokud byl použit jiný materiál než fotokompozit, musí být ze zdravotnické dokumentace zřejmé, proč nebylo možno použít fotokompozit. Jde-li o výplň z amalgámu, musí ze zdravotnické dokumentace zřetelně vyplývat, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál; to platí u pojištěnců do 15 let a pro těhotné a kojící ženy již několik let, pro ostatní pojištěnce pak od 1. července 2026. Pokud okolnosti odůvodňující použití jiného materiálu než fotokompozitu (včetně amalgámu) nebudou ze zdravotnické dokumentace zřejmé, zdravotní pojišťovna výplň neuhradí.

Počet ošetřených plošek

Kódem 00833 se vykazuje zhotovení výplně na 2 ploškách bez ohledu na počet výplní. Znamená to, že při ošetření dvou plošek zubu (a to jak dvouploškovou výplní, tak dvěma výplněmi jednoploškovými) se vykáže kód 00833, nikoliv dva kódy 00832. Při ošetření zubu výplní na třech a více ploškách nebo při rekonstrukci růžku (a to jak jednou tří a víceploškovou výplní, tak při zhotovení více výplní na celkem třech a více ploškách nebo při samostatné rekonstrukci růžku) se nevykazuje kód 00832 ani 00833, ale kód 00834. Z toho plyne, že **při ošetření jednoho zubu nikdy nemůže být vykázána kombinace kódů 00832, 00833 a 00834, ale vždy pouze jeden z nich**. Počet dotčených plošek je třeba sečíst bez ohledu na to, kolik výplní na nich bylo zhotoveno, a celé ošetření vykázat právě tím kódem, který odpovídá součtu plošek.

Příklad 1: Zub 46 byl ošetřen jednou výplní na bukální plošce. Výplň se vykáže kódem 00832. Pokud by na bukální plošce byly zhotoveny dvě drobné výplně, vykážaly by se rovněž jedním kódem 00832.

Příklad 2: Zub 46 byl ošetřen výplněmi na bukální a lingvální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00833.

Příklad 3: Zub 46 byl ošetřen dvouploškovou výplní na distální a okluzní plošce (DO výplň) a výplní na bukální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00834.

Příklad 4: Zub 46 byl ošetřen tříploškovou výplní na meziální, okluzní a distální plošce (MOD výplň) a výplní na bukální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00834.

Příklad 5: Zub 21 byl ošetřen růžkovou výplní. Výplň se vykáže jedním kódem 00834.

Signální kódy označující počet ošetřených plošek se od roku 2026 při ošetření zubu výplní nevykazují. Kódy 00832, 00833 i 00834 informací o tom, kolik plošek bylo výplní ošetřeno, nesou samy o sobě.

00833 – regulační omezení

Kód 00833 lze na stejný zub vykázat jedenkrát za 365 dní. Toto regulační omezení se vztahuje i na případy, kdy na zubu byl dříve vykážán některý z kódů 00832 nebo 00834. Princip lze zjednodušeně popsat tak, že na jednom zubu lze vykázat ošetření výplní bez ohledu na

počet plošek a počet zhotovených výplní jen jednou za 365 dní. Jde o princip, který platil i před rokem 2026.

Regulační omezení zahrnuje i výplně vykázané v roce 2025, byť byly vykázány tehdy platnými kódy, které v roce 2026 už neexistují. Toto pravidlo znamená, že pokud byl na zubu v roce 2025 vykázán kód 00920 nebo 00921, lze na stejném zubu vykázat nový kód 00833 (nebo 00832 nebo 00834) až po uplynutí 365 dnů od vykázání kódů 00920, resp. 00921. Jde tedy opět o uplatnění stejného principu jednoho vykázání výplně na jednom zubu za 365 dní.

Regulační omezení se uplatní bez ohledu na to, který materiál výplně byl použit.

Výše uvedená omezení neplatí, pokud se opakovaná výplň zhotoví z důvodu komplikací ošetřeného kazu nebo úrazu (nutno pak vykázat s příslušnou jinou diagnózou, např. K04.4 nebo S02.5) nebo v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních (nutno vykázat s příslušnou diagnózou). Skutečnosti, které byly důvodem vykázání mimo stanovenou frekvenci, musí být zdokumentovány.

Příklad: Zub 45 byl dne 2. února 2026 ošetřen výplní, výkon byl vykázán kódem 00833 s diagnózou K02.1. Dne 4. června 2026 byl tento zub endodonticky ošetřen a po endodontickém ošetření byla vykázána nová výplň kódem 00833 s diagnózou K04.0 (pulpitis). Tato výplň byla zhotovena z důvodu komplikace ošetřeného kazu, a proto bude uhrazena ze zdravotního pojištění. Dne 9. prosince 2026 byl zub ošetřen výplní (kód 00833) znovu, tentokrát s diagnózou K04.5 (periodontitis). Výplň nebude uhrazena ze zdravotního pojištění, protože se již nejedná o komplikaci ošetřeného zubního kazu. Úhradu takto zhotovené výplně nelze požadovat ani od pojištěnce (jde o regulační omezení).

Regulační omezení omezuje vykazování kódu poskytovatelem, nikoliv nárok pojištěnce. Účelem je motivovat poskytovatele k tomu, aby zub ošetřil výplní tak, že nebude nutné na něm po dobu 365 dní vykazovat výplň znovu. Regulační omezení je nutno chápat tak, že **po dobu 365 dnů od vykázání výplně nelze případnou další výplň na stejném zubu vykázat zdravotní pojišťovně ani načíst pojištěnci.** Pokud by se stalo, že na stejném zubu bude třeba během 365 dnů od vykázání výplně zhotovit výplň další, musí to poskytovatel udělat na své náklady. To platí i tehdy, pokud by další výplň byla zhotovena z jiného materiálu než výplň původní.

Úhrada výplně u pojištěnců do 18 let má (stejně jako tomu bylo v minulosti) povahu paušální úhrady za ošetření zubu výplní po dobu 365 dní, a to bez ohledu na to, v kolika návštěvách ošetření zubu proběhne a kolik výplní a ze kterého materiálu bude na zubu v průběhu 365 dnů zhotoveno.

Poskytovatel musí pojištěnce vždy náležitě a pravdivě poučit tak, aby pojištěnec měl jasnou představu o tom, zda má v konkrétní situaci nárok na výplň hrazenou ze zdravotního pojištění. **Pojištěnec nesmí nabýt dojmu, že mu v situaci, kdy ještě neuplynula doba regulačního omezení, nezbyvá nic jiného než novou výplň zaplatit.** Poskytovatel nikdy nesmí zneužít své informační převahy nad pojištěncem.

00833 – lokalizace
zub

00833 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast pacienta v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00833 nejsou přípustné, stejně tak jako jeho podmínění výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00833 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pojištěnec však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00834 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 3 a více plošek

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00834	<p><u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do 18 let – 3 a více plošek</u></p> <p>Ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu při použití výplně z fotokompozitu na 3 a více ploškách včetně rekonstrukce růžku, bez ohledu na počet výplní. Neodpovídá-li použití fotokompozitu § 13 zákona, lze vykázat i při použití jiného materiálu výplně.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních.</p> <p>Za vykázání kódu 00834 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódů</p> <p>a) 00832 a 00833, b) 00920 a 00921 v roce 2025.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	2 350 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad výplně stálého zubu u pojištěnců do 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ošetření **stálého zubu** výplní **u pojištěnců do 18 let** je vždy **plně hrazeno** ze zdravotního pojištění, a to **bez ohledu na použitý materiál a bez ohledu na lokalizaci** (plně hrazená tak je nově i výplň z fotokompozitu v postranním úseku),
- materiálem první volby je fotokompozit, jiné materiály lze použít jen tehdy, pokud výplň z fotokompozitu není možné zhotovit,
- výkon je nově označen kódy 00832, 00833 a 00834. Kódy dosud označující ošetření stálého zubu výplní u dětí (00920, 00921) byly zrušeny,
- úhrada se liší podle počtu ošetřených plošek zubu (kód 00832 – 1 ploška, 00833 – 2 plošky, 00834 – 3 a více plošek včetně rekonstrukce růžku).

00834 – shrnutí

zub: stálý zub pojištěnce do 18 let

materiál: fotokompozit, případně kterýkoliv jiný lege artis materiál (amalgám jen výjimečně)

počet ošetřených plošek: 3 a více, včetně rekonstrukce růžku

úhrada: plná úhrada ze zdravotního pojištění, od pojištěnce nelze za výkon požadovat žádné doplatky ani jiné úhrady

omezení:

- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dní po kódech 00832, 00833, 00834
- v roce 2026 úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dnů po kódu 00920 nebo 00921 vykazaném v roce 2025 na stejném zubu

lokalizace: zub

00834 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodontie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnce do 18 let věku. Kód je možno vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy na kterémkoliv stálém zubu.

Fotokompozit

Kód 00834 označuje primárně zhotovení plastické výplně z fotokompozitu kterýmkoliv pracovním postupem **na všech stálých zubech**. Rozumí se tím výplň vrstvená i nevrstvená.

Zhotovení výplně z fotokompozitu u dětí je tak standardním ošetřením, které je pro pojištěnce do 18 let věku vždy plně hrazené ze zdravotního pojištění; poskytovatel za jeho poskytnutí nesmí od pojištěnce žádat žádnou úhradu.

Jiné materiály jako alternativa fotokompozitu

Podle zákona lze ze zdravotního pojištění uhradit jen takový výkon, který

- odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce nebo účelu, jehož má být jeho použitím dosaženo,
- je pro pojištěnce přiměřeně bezpečný, a
- je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Uvedená obecná kritéria zahrnují též technologické překážky použití určitého materiálu (např. nezbytnost zajistit suché pracovní pole, rozsah výplně, hloubka kavity apod.) a také takové faktory, jako je např. míra spolupráce pacienta. V případě zhotovení výplně z fotokompozitu u dítěte může být právě míra spolupráce faktorem, který způsobí, že výplň z fotokompozitu nebude možno zhotovit tak, aby bylo dosaženo jejího účelu, v krajním případě dokonce tak, aby se jednalo o ošetření v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Jestliže není použití fotokompozitu ve výše naznačeném smyslu možné, lze pojištěnci do 18 let věku na stálém zubu zhotovit a zdravotní pojišťovně vykázat i výplň z jiného materiálu. U pojištěnců do 18 let věku v současné době reálně přicházejí v úvahu skloionomerní cement, samopolymerující kompozitum, případně kompomer.

Amalgám jen výjimečně

Do 30. června 2026 lze

- pojištěnci od 15 do 18 let věku, nejde-li o těhotné či kojící ženy, na stálém zubu zhotovit a kódem 00834 vykázat výplň z amalgámu tehdy, jestliže není ve výše naznačeném smyslu možné použít fotokompozit (výplň z amalgámu lze u těchto pojištěnců použít za stejných podmínek jako výplň ze skloionomerního cementu, samopolymerujícího kompozitu či kompomeru),
- pojištěnci do 15 let a těhotné či kojící ženě na stálém zubu zhotovit a kódem 00834 vykázat výplň z amalgámu jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pacienta.

Od 1. července 2026 pak pravidlo, že použití amalgámu je přípustné jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pacienta, **platí pro všechny pacienty**.

Specifické zdravotní potřeby pacienta zahrnují zejména takové faktory, jako je lokalizace výplně, anatomické a funkční poměry v ústech pacienta, alergie či psychický a fyzický stav pacienta. Použití amalgámu lze považovat za naprosto nezbytné, jestliže některý faktor samostatně nebo v kombinaci s jinými faktory vylučuje u pacienta použití jiného plastického výplňového materiálu. Použití jiného plastického výplňového materiálu je přitom vyloučeno nejen tehdy, jestliže z něj výplň na náležitě odborné úrovni vůbec nelze zhotovit, ale i tehdy, jestliže výplň na náležitě odborné úrovni z jiného materiálu sice zhotovit lze, ale jen s nepoměrně vyšší zdravotní zátěží (např. v celkové anestezii). Použití jiného plastického výplňového materiálu naopak není vyloučeno, jestliže jej zubní lékař nemůže použít jen proto, že s ním obvykle nepracuje nebo jej aktuálně nemá k dispozici, přestože je jinak dostupný. Pro podrobnosti k používání amalgámu lze odkázat na odborné stanovisko představenstva České stomatologické komory dostupné na <https://www.dent.cz/o-nas/stavovsky-predpis/286617f5-543f-4474-a67a-0439d2f80000>).

Zjednodušeně lze říct, že počínaje 1. červencem 2026 lze kterémukoliv pojištěnci do 18 let zhotovit a zdravotní pojišťovně kódem 00834 vykázat výplň z amalgámu jen tehdy, pokud je s ohledem na zdravotní stav pojištěnce či technologická omezení s ním související vyloučeno použití všech ostatních materiálů, tedy nejen fotokompozitu, ale i dalších dostupných materiálů.

Přípustné je jen použití amalgámu v kapslové formě v předem určených dávkách (tzv. dózovaný amalgám). Použití volně balené rtuti (nedózovaného amalgámu) zubními lékaři je zakázáno za všech okolností. Od dosud užívaného rozdělení amalgámových výplní na základní a jiné provedení se upouští.

Plná úhrada ze zdravotního pojištění

Jsou-li podmínky popsané v předchozích odstavcích splněny, je ošetření stálého zubu pojištěnce do 18 let plastickou výplní plně hrazeno ze zdravotního pojištění i tehdy, je-li výplň zhotovena z jiného materiálu než z fotokompozitu, a to v rozsahu celého chrupu.

Lze tak shrnout, že zhotovení plastické výplně stálého zubu u pojištěnce do 18 let je vždy plně hrazeno ze zdravotního pojištění a poskytovatel za tento výkon nesmí od pojištěnce požadovat žádnou úhradu. Z tohoto pravidla existuje jedna výjimka. Pokud by **zhotovení výplně z fotokompozitu bylo** ve výše naznačeném smyslu **možné**, avšak výplň by **přesto byla zhotovena ze** skloionomerního cementu, samopolymerujícího kompozitu, kompomeru či **jiného plastického materiálu, jednalo by se o výplň nehrazenou** ze zdravotního pojištění. Je nicméně málo pravděpodobné, že by k takové situaci v praxi došlo; pojištěnec by jistě dal přednost zhotovení plně hrazené varianty výplně. **Pokud by pojištěnec trval na zhotovení výplně z jiného plastického materiálu než z fotokompozitu, přestože by výplň z fotokompozitu bylo možno zhotovit, je nutné pojištěnce předem informovat** o tom, že má nárok na výplň plně hrazenou ze zdravotního pojištění; o tomto poučení a následné volbě nehrazené varianty výplně je třeba učinit záznam do zdravotnické dokumentace.

Výše uvedená výjimka se netýká výplně z amalgámu. Použití amalgámu v situaci, kdy je možné zhotovit výplň z jiného materiálu, je totiž u dětí do 15 let a u těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců nejen nehrazené ze zdravotního pojištění, ale je též výslovně zakázáno. Zhotovení výplně z amalgámu v situaci, kdy pro

pojištěnce existuje jiná varianta plastické výplně, proto nepřichází v úvahu, a to ani tehdy, pokud by si použití amalgámu pojištěnec sám přál.

Ve zdravotnické dokumentaci musí být jednoznačně uvedeno, ze kterého materiálu byla pojištěnci výplň zhotovena. Pokud byl použit jiný materiál než fotokompozit, musí být ze zdravotnické dokumentace zřejmé, proč nebylo možno použít fotokompozit. Jde-li o výplň z amalgámu, musí ze zdravotnické dokumentace zřetelně vyplývat, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál; to platí u pojištěnců do 15 let a pro těhotné a kojící ženy již několik let, pro ostatní pojištěnce pak od 1. července 2026. Pokud okolnosti odůvodňující použití jiného materiálu než fotokompozitu (včetně amalgámu) nebudou ze zdravotnické dokumentace zřejmé, zdravotní pojišťovna výplň neuhradí.

Počet ošetřených plošek

Kódem 00834 se vykazuje zhotovení výplně na 3 a více ploškách bez ohledu na počet výplní. Znamená to, že při ošetření tří plošek zubu (a to jak jednou tří a víceploškovou výplní, tak při zhotovení více výplní na celkem třech a více ploškách nebo při samostatné rekonstrukci růžku) se vykáže kód 00834, nikoliv kombinace kódů 00832 a 00833. Z toho plyne, že **při ošetření jednoho zubu nikdy nemůže být vykázána kombinace kódů 00832, 00833 a 00834, ale vždy pouze jeden z nich**. Počet dotčených plošek je třeba sečíst bez ohledu na to, kolik výplní na nich bylo zhotoveno, a celé ošetření vykážat právě tím kódem, který odpovídá součtu plošek.

Příklad 1: Zub 46 byl ošetřen jednou výplní na bukální plošce. Výplň se vykáže kódem 00832. Pokud by na bukální plošce byly zhotoveny dvě drobné výplně, vykážaly by se rovněž jedním kódem 00832.

Příklad 2: Zub 46 byl ošetřen výplněmi na bukální a lingvální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00833.

Příklad 3: Zub 46 byl ošetřen dvouploškovou výplní na distální a okluzní plošce (DO výplň) a výplní na bukální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00834.

Příklad 4: Zub 46 byl ošetřen tříploškovou výplní na meziální, okluzní a distální plošce (MOD výplň) a výplní na bukální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00834.

Příklad 5: Zub 21 byl ošetřen růžkovou výplní. Výplň se vykáže jedním kódem 00834.

Signální kódy označující počet ošetřených plošek se od roku 2026 při ošetření zubu výplní nevykazují. Kódy 00832, 00833 i 00834 informaci o tom, kolik plošek bylo výplní ošetřeno, nesou samy o sobě.

00834 – regulační omezení

Kód 00834 lze na stejný zub vykážat jedenkrát za 365 dní. Toto regulační omezení se vztahuje i na případy, kdy na zubu byl dříve vykážán některý z kódů 00832 nebo 00833. Princip lze zjednodušeně popsat tak, že na jednom zubu lze vykážat ošetření výplní bez ohledu na počet plošek a počet zhotovených výplní jen jednou za 365 dní. Jde o princip, který platil i před rokem 2026.

Regulační omezení zahrnuje i výplně vykázané v roce 2025, byť byly vykázané tehdy platnými kódy, které v roce 2026 už neexistují. Toto pravidlo znamená, že pokud byl na zubu v roce 2025 vykázan kód 00920 nebo 00921, lze na stejném zubu vykázat nový kód 00834 (nebo 00832 nebo 00833) až po uplynutí 365 dnů od vykázaní kódů 00920, resp. 00921. Jde tedy opět o uplatnění stejného principu jednoho vykázaní výplně na jednom zubu za 365 dní.

Regulační omezení se uplatní bez ohledu na to, který materiál výplně byl použit.

Výše uvedená omezení neplatí, pokud se opakovaná výplň zhotoví z důvodu komplikací ošetřeného kazu nebo úrazu (nutno pak vykázat s příslušnou jinou diagnózou, např. K04.4 nebo S02.5) nebo v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních (nutno vykázat s příslušnou diagnózou). Skutečnosti, které byly důvodem vykázaní mimo stanovenou frekvenci, musí být zdokumentovány.

Příklad: Zub 45 byl dne 2. února 2026 ošetřen výplní, výkon byl vykázán kódem 00834 s diagnózou K02.1. Dne 4. června 2026 byl tento zub endodonticky ošetřen a po endodontickém ošetření byla vykázána nová výplň kódem 00834 s diagnózou K04.0 (pulpitis). Tato výplň byla zhotovena z důvodu komplikace ošetřeného kazu, a proto bude uhrazena ze zdravotního pojištění. Dne 9. prosince 2026 byl zub ošetřen výplní (kód 00834) znovu, tentokrát s diagnózou K04.5 (periodontitis). Výplň nebude uhrazena ze zdravotního pojištění, protože se již nejedná o komplikaci ošetřeného zubního kazu. Úhradu takto zhotovené výplně nelze požadovat ani od pojištěnce (jde o regulační omezení).

Regulační omezení omezuje vykazování kódu poskytovatelem, nikoliv nárok pojištěnce. Účelem je motivovat poskytovatele k tomu, aby zub ošetřil výplní tak, že nebude nutné na něm po dobu 365 dnů vykazovat výplň znovu. Regulační omezení je nutno chápat tak, že **po dobu 365 dnů od vykázaní výplně nelze případnou další výplň na stejném zubu vykázat zdravotní pojišťovně ani načtovat pojištěnci.** Pokud by se stalo, že na stejném zubu bude třeba během 365 dnů od vykázaní výplně zhotovit výplň další, musí to poskytovatel udělat na své náklady. To platí i tehdy, pokud by další výplň byla zhotovena z jiného materiálu než výplň původní.

Úhrada výplně u pojištěnců do 18 let má (stejně jako tomu bylo v minulosti) povahu paušální úhrady za ošetření zubu výplní po dobu 365 dnů, a to bez ohledu na to, v kolika návštěvách ošetření zubu proběhne a kolik výplní a ze kterého materiálu bude na zubu v průběhu 365 dnů zhotoveno.

Poskytovatel musí pojištěnce vždy náležitě a pravdivě poučit tak, aby pojištěnec měl jasnou představu o tom, zda má v konkrétní situaci nárok na výplň hrazenou ze zdravotního pojištění. **Pojištěnec nesmí nabýt dojmu, že mu v situaci, kdy ještě neuplynula doba regulačního omezení, nezbyvá nic jiného než novou výplň zaplatit.** Poskytovatel nikdy nesmí zneužít své informační převahy nad pojištěncem.

00834 – lokalizace zub

00834 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast pacienta v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00834 nejsou přípustné, stejně tak jako jeho podmínění výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00834 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pojištěnec však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00835 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců od 18 let

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00835	<u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců od 18 let</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití plastické výplně, s výjimkou nevrstvené výplně z fotokompozitu a výplně z chemicky nebo duálně tuhacího materiálu. Bez ohledu na počet plošek a počet výplní.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní Lokalizace – zub. Dříve než za 730 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921 lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	částečná úhrada ve výši úhrady kódu 00838

Přehled nejdůležitějších změn úhrad výplně stálého zubu u pojištěnců od 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ošetření stálého zubu plastickou výplní u dospělých pojištěnců je (až na velmi specifické výjimky) částečně nebo plně hrazeno ze zdravotního pojištění,
- použití amalgámu je u těhotných a kojících žen a s účinností od 1. července 2026 i u všech ostatních pojištěnců možné jen výjimečně, nelze-li s ohledem na specifické zdravotní potřeby pojištěnce použít jiný materiál; upouští se od rozlišování výplně z amalgámu v základním a jiném provedení,
- **částečně hrazeno** ze zdravotního pojištění (kód 00835) je ošetření kteroukoliv plastickou výplní s výjimkou výplně z duálně či chemicky tuhacího materiálu (včetně amalgámu) a s výjimkou nevrstvené výplně z fotokompozitu. V současné době bude částečně hrazenou výplní primárně **vrstvená výplň z fotokompozitu**. Částečná úhrada znamená, že ze zdravotního pojištění je hrazena část ceny ošetření, zbytek doplácí pojištěnec,
- **plně hrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření **nevrstvenou výplní z fotokompozitu** (kód 00838), **výplní z chemicky či duálně tuhacího materiálu** s výjimkou amalgámu (kódy 00836, 00837) a ošetření **výplní z amalgámu** v kapslové formě (kódy 00829, 00830),
- **nehrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce jen v těchto specifických případech:
 - jde-li o ošetření zubu, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena **výplň plně hrazená** ze zdravotního pojištění. Pokud dospělý pojištěnec potřebuje výplň na stálém zubu, který mu byl před méně než 2 roky ošetřen plně hrazenou výplní, musí cenu takové výplně zaplatit celou sám,
 - použije-li se při zhotovení plně hrazené výplně duálně či chemicky tuhací materiál, ačkoliv je možné zub ošetřit nevrstvenou výplní z fotokompozitu (upozornění: výplň z amalgámu má jiný režim, jak je vysvětleno ve výkladu ke kódům 00829 a 00830),
- kód 00921, dosud používaný pro vykazování výplní stálých zubů, byl zrušen.

00835 – shrnutí

zub: stálý zub pojištěnce od 18 let

materiál: vrstvený fotokompozit

počet ošetřených plošek: nerozhoduje

úhrada: částečná úhrada, pojištěnec doplácí do plné ceny dle ceníku poskytovatele

omezení:

- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 2 roky po plně hrazené výplni (00829, 00830, 00836, 00837, 00838) zhotovené na stejném zubu
- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 730 dní po částečně hrazené výplni (00835) zhotovené na stejném zubu
- v roce 2026 úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dnů po kódu 00921 vykázaném v roce 2025 na stejném zubu

lokalizace: zub

00835 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce plastickou výplní, s výjimkou nevrstvené výplně z fotokompozitu a výplně z chemicky nebo duálně tuhajícího materiálu. **V současné době se tedy kódem 00835 prakticky vyказuje zhotovení vrstvené výplně z fotokompozitu.** Kód je možno vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy na kterémkoliv stálém zubu dospělého pojištěnce.

Výkon zahrnuje ošetření jednoho zubu bez ohledu na počet výplní a také bez ohledu na počet ošetřených plošek. Znamená to, že na jeden zub se vykáže vždy jen jeden kód 00835.

Principy částečné úhrady

Kód 00835 označuje výkon částečně hrazený ze zdravotního pojištění. Částečná úhrada znamená, že výkon se vykáže zdravotní pojišťovně, která za něj uhradí stanovenou částku, a zbytek ceny výkonu se vyúčtuje pojištěnci. Jde o podobný princip, jaký se již tradičně uplatňuje u stomatologických výrobků. U stomatologických výkonů jde však o zcela zásadní novinku.

Výše úhrady je stanovena odkazem na výši úhrady za ošetření nevrstvenou výplní z fotokompozitu. Zdravotní pojišťovna tak za vykázaný a uznaný výkon označený kódem 00835 zaplatí stejně jako za výkon označený kódem 00838 a zbytek ceny doplatí pojištěnec.

Částka, kterou zaplatí pojištěnec (dále jen „doplatek pojištěnce“), musí být uvedena v ceníku poskytovatele a musí odpovídat cenovým předpisům. Doplatek pojištěnce se může lišit podle rozsahu výplně. Částečná úhrada ze zdravotního pojištění je stejná bez ohledu na to, zda se jedná o jedno, dvou či víceploškovou výplň či o více výplní na jednom zubu.

Může pojištěnec trvat na plně hrazeném ošetření?

Poskytovatel je podle smlouvy o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb vždy povinen nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady. Do konce roku 2025 existovala u stálých zubů dospělých pojištěnců pouze varianta výplně, která byla buď plně hrazená ze zdravotního pojištění, anebo zcela nehrazená ze zdravotního pojištění. Od roku 2026 je k dispozici jak plně, tak i částečně hrazená varianta ošetření stálého zubu plastickou výplní; ošetření stálého zubu výplní, které by bylo zcela nehrazené ze zdravotního pojištění, od roku 2026 u smluvního poskytovatele přichází v úvahu jen ve zcela specifických případech (k tomu podrobněji dále). **Poskytovatel zdravotních služeb je povinen pojištěnce seznámit se všemi legálními variantami ošetření, které s ohledem na jeho zdravotní stav a potřeby přicházejí z medicínského hlediska v úvahu;** doporučí přitom tu, která je podle jeho odborného názoru pro pojištěnce nejvhodnější, a připojí i informaci o rozsahu úhrady všech v úvahu přicházejících variant. Pojištěnci poskytne takové ošetření, se kterým pojištěnec vysloví informovaný souhlas.

Je na místě připomenout, že povinnost seznámit pojištěnce (stejně jako kteréhokoliv jiného pacienta) s variantami ošetření vyplývá z obecných předpisů upravujících poskytování zdravotních služeb, nejedná se tedy o novinku související se změnami v úhradách výplní. Variantami se přitom rozumí jen reálné varianty, které z medicínského hlediska přicházejí v úvahu v dané konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. V praxi to znamená, že lze-li konkrétní stálý zub dospělého pojištěnce ošetřit lege artis jak částečně hrazenou výplní z fotokompozitu, tak plně hrazenou výplní ze skloionomerního cementu, je třeba pojištěnce seznámit s oběma těmito variantami a vysvětlit mu rozdíly mezi nimi. **Jestliže ale (např. s ohledem na rozsah a umístění výplně) existuje pouze jediné lege artis řešení v podobě částečně hrazené výplně z fotokompozitu, nabídne poskytovatel pojištěnci pouze tuto variantu.** Pojištěnec se nemůže domáhat ošetření stálého zubu výplní plně hrazenou ze zdravotního pojištění, jestliže by zhotovení takové výplně bylo non lege artis. Takovou výplň totiž poskytovatel pojištěnci nesmí vůbec poskytnout.

Žádnou z variant výplní, se kterými počítá zákon o veřejném zdravotním pojištění (vrstvená a nevrstvená výplň z fotokompozitu, výplň ze samopolymerujícího kompozitu, ze skloionomerního cementu, z duálně tuhnutího materiálu či z amalgámu), není možno paušálně označit za non lege artis. Smluvní poskytovatel ani nemůže paušálně odmítnout poskytování výkonů, které sjednal ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou, s obecným odkazem na to, že jsou non lege artis. Použitelnost konkrétního materiálu je nutno posuzovat vždy v konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. Přitom je třeba brát v úvahu medicínské i právní limity použití jednotlivých materiálů (tak např. výplň ze skloionomerního cementu je méně trvanlivá, použití amalgámu je významně omezeno předpisy o používání rtuti, použití nevrstvené výplně z fotokompozitu je zase limitováno hloubkou kavity či obecněji rozsahem výplně apod.). Použitelnost konkrétního materiálu či postupu pro konkrétního pojištěnce, a tedy i paleta variant ošetření, o kterých musí poskytovatel pojištěnce informovat, bude vždy záležet na aktuálním zdravotním stavu pojištěnce (rozsah kazu, zasažené plošky zubu atd.).

Výplně nehrazené ze zdravotního pojištění

Výplně nehrazené ze zdravotního pojištění, tedy takové, které by celé zaplatil pojištěnec, přicházejí od roku 2026 u smluvního poskytovatele v úvahu jen ve zcela specifických případech:

- zhotovení výplně z duálně či chemicky tuhacího materiálu tam, kde bylo možné použít nevrstvenou výplň z fotokompozitu (blíže k tomu ve výkladu ke kódům 00836 a 00837 a ke zvláštnímu režimu amalgámu ve výkladu ke kódům 00829 a 00830),
- zhotovení výplně na zubu, který byl před dobou kratší než 2 roky ošetřen výplní **plně hrazenou** ze zdravotního pojištění (tzv. zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce).

Pojištěnec musí být vždy informován, zda ošetření bude hrazeno plně, částečně či zda vůbec nebude hrazeno ze zdravotního pojištění. Tuto informaci musí poskytovatel pojištěnci sdělit před zahájením ošetření. Lze-li předpokládat, že se po zahájení ošetření ukáže, že rozsah úhrady bude jiný (např. až při preparaci se ukáže, že kaz zasahuje hlouběji, než se původně jevílo, a proto nebude možné použít nevrstvenou výplň), je třeba o takové možnosti pojištěnce před zahájením ošetření náležitě poučit a vysvětlit mu, jaké úhradové možnosti přicházejí v úvahu. Pokud pak při ošetření skutečně vyjde najevo, že rozsah úhrady musí být jiný (zpravidla že nebude možno výplň zhotovit jako plně hrazenou ze zdravotního pojištění), je třeba to pojištěnci bezodkladně sdělit.

00835 – zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce

Na stálém zubu dospělého pojištěnce, na kterém byla počínaje rokem 2026 zhotovena a vykázána (některým z kódů 00829, 00830, 00836, 00837, 00838) **plně hrazená** výplň, lze novou částečně hrazenou výplň zhotovit a kódem 00835 vykázat až **po uplynutí 2 let**. **Výplň zhotovená během těchto 2 let na stejném zubu**, který byl dříve ošetřen plně hrazenou výplní, **není vůbec hrazena ze zdravotního pojištění** a pojištěnec si ji musí zaplatit sám.

Jde o zcela nový princip, se kterým jsme se dosud u stomatologických výkonů nesetkávali. Do jisté míry se podobá množstevnímu limitu u stomatologických výrobků. Jedná se o skutečné omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní. Zákonné frekvenční omezení nároku znamená, že po zákonem stanovenou dobu není výkon vůbec hrazen ze zdravotního pojištění, a proto za jeho poskytnutí může poskytovatel požadovat od pojištěnce přímou úhradu. Proto také není uvedeno v textu úhradové vyhlášky (tabulka výše), neboť úhradová vyhláška nemůže omezit nárok pojištěnce, ale jen regulovat vykazování ze strany poskytovatele.

Zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní lze blíže charakterizovat v těchto bodech:

- omezení se vztahuje na **stálý zub dospělého pojištěnce**, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena plně hrazená výplň vykázaná kódem 00829, 00830, 00836, 00837 nebo 00838. Výplň částečně hrazená (kód 00835) či dokonce nehrazená ze zdravotního pojištění tyto účinky nemá. Stejně tak tyto účinky nemá plně hrazená výplň zhotovená pojištěnci do 18 let (kódy 00832, 00833, 00834), s to ani pro dobu, kdy již dosáhl zletilosti,
- plně hrazená výplň, která způsobí omezení nároku pojištěnce, musí být zhotovena (a vykázána) nejdříve v roce 2026. Dříve zhotovené výplně, i kdyby byly plně hrazené ze zdravotního pojištění, nárok pojištěnce na ošetření stejného zubu neomezují,
- nárok pojištěnce je omezen tak, že **kterákoliv výplň zhotovená ve dvouleté lhůtě od zhotovení plně hrazené výplně na stejném zubu je nehrazená** ze zdravotního

pojištění a **pojištěnec si ji musí celou zaplatit sám**. Není tudíž přípustná ani plná, ani částečná úhrada ze zdravotního pojištění; na stejném zubu tedy ve lhůtě 2 let od zhotovení plně hrazené výplně nelze vykázat kód 00835 (částečně hrazené ošetření stálého zubu výplní) ani kódy 00829, 00830, 00836, 00837 či 00838 (tyto kódy označují ošetření stálého zubu výplní, které je plně hrazené ze zdravotního pojištění),

- zákonné omezení nároku pojištěnce se vztahuje k pojištěnci, nikoliv k poskytovateli. Po dobu dvou let od ošetření zubu plně hrazenou výplní je tak opakované ošetření stejného zubu výplní vždy nehrazené ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na to, zda toto ošetření provede stejný poskytovatel nebo poskytovatel jiný (podobně funguje množstevní limit u stomatologických výrobků),
- **omezení nároku pojištěnce neplatí, jde-li o výplň zhotovenou v návaznosti na plně hrazené endodontické ošetření nebo o výplň zhotovenou u pojištěnce s vysokou kazivostí při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu.** V těchto případech proto bude ošetření stálého zubu výplní hrazeno ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kolik času uběhlo od předchozího zhotovení výplně plně hrazené ze zdravotního pojištění na stejném zubu. Ošetření se vykáže některým z kódů 00829, 00830, 00835, 00836, 00837 nebo 00838 podle toho, o jakou výplň se bude jednat a ze kterého materiálu bude zhotovena. Společně s těmito kódy pak je nutné vykázat příslušnou diagnózu, například K04.x apod.

Upozornění: Vykázání výplně před uplynutím 2 let od ošetření stejného zubu plně hrazenou výplní **není možno odůvodnit úrazem ani endodontickým ošetřením**, které by bylo **hrazeno** ze zdravotního pojištění **pouze částečně**. Podmínky prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce jsou tedy jiné (užší) než podmínky pro prolomení obvyčejného regulačního omezení (o tom v podrobnostech dále).

00835 – regulační omezení

U kódu 00835 se uplatňuje jak zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce vysvětlené výše (2 roky od zhotovení plně hrazené výplně na stejném zubu), tak i regulační omezení upravené úhradovou vyhláškou. Tyto dva regulační nástroje nelze zaměňovat, neboť mají jiný základ a působí odlišně.

Podle regulačního omezení lze kód 00835 na stejný zub vykázat jedenkrát za 730 dní. **Regulační omezení omezuje vykazování konkrétního kódu poskytovatelem, nikoliv nárok pojištěnce.** Účelem je motivovat poskytovatele k tomu, aby zub ošetřil výplní tak, že nebude nutné na něm po dobu 730 dní vykazovat další stejnou výplň. Regulační omezení je nutno chápat tak, že **po dobu 730 dnů od vykazání kódu 00835 nelze tento kód vykázat zdravotní pojišťovně na stejném zubu znovu.** Znamená to, že zdravotní pojišťovna částečnou úhradu za zhotovení výplně na stejném zubu po dobu 730 dnů od vykazání kódu 00835 neprovede. Protože se jedná o regulační omezení, nemůže poskytovatel částku odpovídající úhradě zdravotní pojišťovny požadovat ani od pojištěnce. Pokud by se tedy stalo, že na stejném zubu bude třeba během 730 dnů od vykazání výplně zhotovit výplň další, nemůže poskytovatel od pojištěnce požadovat celou cenu ošetření (tedy částečnou úhradu zdravotní pojišťovny a doplatek pojištěnce), ale nanejvýš doplatek pojištěnce.

Regulační omezení se (na rozdíl od zákonného omezení nároku) vztahuje na poskytovatele. Znamená to, že regulační omezení dopadá jen na kódy vykazované stejným poskytovatelem.

Příklad: Cena ošetření stálého zubu vrstvenou fotokompozitní výplní v ceníku poskytovatele je 2 500 Kč. Částečná úhrada zdravotní pojišťovny podle úhradové vyhlášky je 900 Kč, doplatek pojištěnce tudíž činí 1 600 Kč. V lednu 2026 bude pojištěnci ošetřen zub 13 vrstvenou fotokompozitní výplní na distální aproximální plošce, zdravotní pojišťovně vykázan kód 00835 a pojištěnci vyúčtován doplatek pojištěnce ve výši 1 600 Kč. V listopadu 2026 bude zjištěn kaz na stejném zubu 13, ale na meziální aproximální plošce. Kaz bude ošetřen vrstvenou fotokompozitní výplní (kód pro vykázaní zdravotní pojišťovně 00835). Kód 00835 lze podle regulačního omezení zdravotní pojišťovně vykázat 1x na 1 zub za 730 dní, dříve pouze pokud se jedná o komplikaci ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. V tomto případě se o takový stav nejedná. Podle regulačního omezení tedy může poskytovatel kód 00835 na zubu 13 znovu vykázat zdravotní pojišťovně a čerpat tak částečnou úhradu ze zdravotního pojištění až v lednu 2028. Regulační omezení se týká pouze poskytovatele. Pojištěnce se netýká vůbec. Vrstvená fotokompozitní výplň na meziální aproximální plošce zubu 13 bude pojištěnci v listopadu 2026 zhotovena z pohledu pojištěnce za stejných podmínek jako výplň zhotovená v lednu 2026 na druhé distální aproximální plošce, tzn. že pojištěnec zaplatí stejně jako v lednu 2026 částku 1 600 Kč (tj. cenu v ceníku 2500 Kč sníženou o úhradu podle úhradové vyhlášky ve výši 900 Kč). Zdravotní pojišťovna však za výplň zhotovenou v listopadu 2026 poskytovateli žádnou úhradu neposkytne.

Toto regulační omezení se týká pouze po sobě vykazovaných kódů 00835 ve stejné lokalizaci. Kódy 00829, 00830, 00836, 00837 a 00838, jimiž se vykazují výplně plně hrazené ze zdravotního pojištění, tímto regulačním omezením dotčeny nejsou. Znamená to, že na stejném zubu lze vykázat plně hrazenou výplň z chemicky či duálně tuhacího materiálu nebo i nevrstvenou výplň z fotokompozitu kdykoliv poté, co byla na tomtéž zubu vykázána kódem 00835 částečně hrazená výplň z fotokompozitu. V příkladu uvedeném výše proto poskytovatel bude mít možnost zub 13 na meziální aproximální plošce v listopadu 2026 ošetřit plně hrazenou výplní vykázanou kódem 00838 (nevrstvená výplň z fotokompozitu), popř. kódem 00836 (výplň z chemicky či duálně tuhacího materiálu). Čistě podle regulačního omezení by přicházelo v úvahu i ošetření výplní z amalgámu (kód 00829). Použití amalgámu však má svá specifická zákonná omezení vysvětlená ve výkladu u kódů 00829 a 00830 (amalgám lze použít jen tehdy, pokud je to z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce zcela nezbytné).

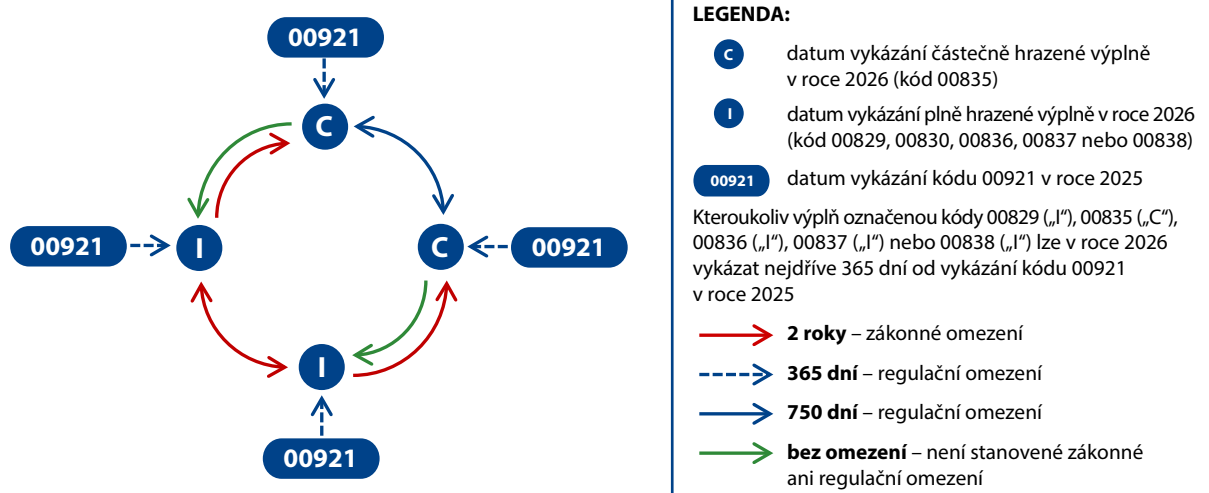
Specificky pro rok 2026 nicméně platí ještě další regulační omezení, které říká, že kód 00835 lze v roce 2026 vykázat až po uplynutí 365 dní od vykázaní kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025. Toto regulační omezení se bude uplatňovat jen v roce 2026, neboť v dalších letech už uplyne 365 dní od zhotovení všech výplní zhotovených v roce 2025. Jde v podstatě o přechodné opatření, jehož cílem je překlenuvat přechod z dosavadní právní úpravy úhrad výplní na právní úpravu novou.

Vztah zákonného frekvenčního omezení nároku a regulačního omezení

Zákonné frekvenční omezení nároku a regulační omezení u výplní na stálých zubech dospělých pojištěnců a jejich vzájemný vztah lze vyjádřit i graficky na následujícím kruhovém diagramu. Tento diagram znázorňuje tato pravidla:

- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat plně hrazenou výplň (I) bez omezení (zelená barva),

- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat novou částečně hrazenou výplň (C) až po uplynutí 730 dnů (modrá barva označuje regulační omezení),
- po plně hrazené výplni (I) lze na stejném zubu vykázat kteroukoliv výplň (I, C) až po uplynutí dvou let (červená barva označuje zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce),
- kteroukoliv výplň (I, C) lze vykázat až po uplynutí 365 dnů od vykázání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025 (modrá barva označuje regulační omezení).



Prolomení regulačního omezení

Regulační omezení kódu 00835 neplatí, pokud se opakovaná výplň zhotoví z důvodu komplikací ošetřeného kazu nebo úrazu (nutno pak vykázat s příslušnou jinou diagnózou, např. K04.4 nebo S02.5) nebo v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních (nutno vykázat s příslušnou diagnózou). Skutečnosti, které byly důvodem vykázání mimo stanovenou frekvenci, musí být zdokumentovány ve zdravotnické dokumentaci.

Příklad: Zub 45 byl dne 2. února 2026 ošetřen výplní z fotokompozitu, výkon byl vykázán kódem 00835 s diagnózou K02.1. Dne 4. června 2026 byl tento zub endodonticky ošetřen a po endodontickém ošetření byla vykázána nová výplň z fotokompozitu kódem 00835 s diagnózou K04.0 (pulpitis). Tato výplň byla zhotovena z důvodu komplikace ošetřeného kazu, a proto bude částečně uhrazena ze zdravotního pojištění. Dne 9. prosince 2026 byl zub ošetřen výplní z fotokompozitu (kód 00835) znovu, tentokrát s diagnózou K04.5 (periodontitis). Zdravotní pojišťovna částečnou úhradu neprovede, protože se již nejedná o komplikaci ošetřeného zubního kazu. Úhradu odpovídající úhradě kódu 00835 nelze požadovat ani od pojištěnce. Od pojištěnce je možno požadovat nanejvýš doplatek pojištěnce (jde totiž o regulační omezení).

Jak řečeno již dříve, důvody prolomení regulačního omezení se liší od důvodů prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce. Rozdíly jsou následující:

- **komplikace ošetřeného zubního kazu.** Regulační omezení je prolomeno vždy, jde-li o řešení komplikací ošetřeného zubního kazu (tedy jak v případě, že komplikace je řešena plně hrazeným endodontickým ošetřením, tak i tehdy, je-li komplikace řešena částečně hrazeným endodontickým ošetřením). Naproti tomu zákonné

frekvenční omezení neplatí jen v případě, je-li komplikace ošetřeného zubního kazu řešena endodontickým ošetřením plně hrazeným ze zdravotního pojištění,

- **úraz** je důvodem pro prolomení regulačního omezení, nikoliv však zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce,
- **vysoká kazivost** při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu prolamuje jak regulační omezení, tak zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce.

00835 – lokalizace

zub

00835 – praktické poznámky k vykazování

U hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906.

Vykázání kódu 00835 v kombinaci s některým z kódů plně hrazených výplní (00928, 00830, 00836, 00837 a 00838) v jeden den na jednom zubu není možné. Je tomu tak proto, že kód 00835 zahrnuje ošetření zubu výplní bez ohledu na počet ošetřených plošek a počet výplní. Vykázání další výplně na témže zubu by tak znamenalo dvojí úhradu jednoho ošetření.

00838 – Ošetření stálého zubu nevrstvenou výplní z fotokompozitu u pojištěnců od 18 let

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00838	<p><u>Ošetření stálého zubu nevrstvenou výplní z fotokompozitu u pojištěnců od 18 let</u></p> <p>Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití nevrstvené výplně z fotokompozitu. Bez ohledu na počet plošek a počet výplní. Lze vykázat jen za předpokladu, že použití nevrstvené výplně z fotokompozitu odpovídá § 13 zákona.</p>	<p>Lokalizace – zub.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00829, 00830, 00836 a 00837.</p> <p>Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu (vykazuje se s jinou diagnózou) a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	900 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad výplně stálého zubu u pojištěnců od 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ošetření stálého zubu plastickou výplní u dospělých pojištěnců je (až na velmi specifické výjimky) částečně nebo plně hrazeno ze zdravotního pojištění,
- použití amalgámu je u těhotných a kojících žen a s účinností od 1. července 2026 i u všech ostatních pojištěnců možné jen výjimečně, nelze-li s ohledem na specifické zdravotní potřeby pojištěnce použít jiný materiál, od rozlišování výplně z amalgámu v základním a jiném provedení se upouští,
- **částečně hrazeno** ze zdravotního pojištění (kód 00835) je ošetření kteroukoliv plastickou výplní s výjimkou výplně z duálně či chemicky tuhnutího materiálu a s výjimkou nevrstvené výplně z fotokompozitu. V současné době bude částečně hrazenou výplní primárně **vrstvená výplň z fotokompozitu**. Částečná úhrada znamená, že ze zdravotního pojištění je hrazena část ceny ošetření, zbytek doplácí pojištěnec,
- **plně hrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření **nevrstvenou výplní z fotokompozitu** (kód 00838), **výplní z chemicky či duálně tuhnutího materiálu** s výjimkou amalgámu (kódy 00836, 00837) a ošetření **výplní z amalgámu** v kapslové formě (kódy 00829, 00830),
- **nehrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce jen v těchto specifických případech:
 - jde-li o ošetření zubu, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena **výplň plně hrazená** ze zdravotního pojištění. Pokud dospělý pojištěnec potřebuje výplň na stálém zubu, který mu byl před méně než 2 roky ošetřen plně hrazenou výplní, musí cenu takové výplně zaplatit celou sám,
 - byl-li při zhotovení plně hrazené výplně použit duálně či chemicky tuhnutí materiál, ačkoliv bylo možné zub ošetřit nevrstvenou výplní z fotokompozitu (upozornění: výplň z amalgámu má jiný režim, jak je vysvětleno ve výkladu ke kódům 00829 a 00830).

00838 – shrnutí

zub: stálý zub pojištěnce od 18 let

materiál: nevrstvený fotokompozit

úhrada: plná úhrada ze zdravotního pojištění, od pojištěnce nelze za výkon požadovat žádné doplátky ani jiné úhrady

omezení:

- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 2 roky po plně hrazené výplni (00829, 00830, 00836, 00837, 00838) zhotovené na stejném zubu
- v roce 2026 úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dnů po kódu 00921 vykázaném v roce 2025 na stejném zubu
- po částečně hrazené výplni (00835) lze vykázat kdykoliv

lokalizace: zub

00838 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce nevrstvenou výplní z fotokompozitu. Kód je možno vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy na kterémkoliv stálém zubu dospělého pojištěnce.

Nevrstvenou výplní z fotokompozitu se rozumí výplň k ošetření defektu zubu takového rozsahu, který lze vyplnit jednorázovým vložením fotokompozitního materiálu v takovém množství, které lze ještě spolehlivě světelně zpolymerovat v celém jeho objemu.

Výkon zahrnuje ošetření jednoho zubu bez ohledu na počet výplní a také bez ohledu na počet ošetřených plošek. Zhotovení dvou či více nevrstvených výplní z fotokompozitu na jedné plošce se tak vykáže jedním kódem 00838 stejně jako zhotovení dvou či více nevrstvených výplní z fotokompozitu na různých ploškách.

Použití nevrstvené výplně z fotokompozitu jen v souladu s § 13 zákona

Podle zákona lze ze zdravotního pojištění uhradit jen takový výkon, který

- odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce nebo účelu, jehož má být jeho použitím dosaženo,
- je pro pojištěnce přiměřeně bezpečný, a
- je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Uvedená obecná kritéria zahrnují též technologické překážky použití určitého materiálu (např. nezbytnost zajistit suché pracovní pole, rozsah výplně, hloubka kavity) a také takové faktory, jako je např. míra spolupráce pacienta. Rozsah výplně či hloubka kavity bude u nevrstvené výplně z fotokompozitu pravidelně určujícím parametrem; tak například nevrstvenou výplň z fotokompozitu v případě hluboké kavity není možné z technologických důvodů zhotovit, případně by takto zhotovená výplň neodpovídala současným dostupným poznatkům lékařské vědy či neplnila svůj účel. Jiným příkladem mohou být takové anatomické poměry v ústech pacienta, které omezují přístup polymerační lampy k výplni a znemožňují tak řádnou polymeraci.

Jestliže ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce nevrstvenou výplní z fotokompozitu není ve výše naznačeném smyslu možné, lze zhotovit výplň z chemicky nebo duálně tuhajícího materiálu, která se zdravotní pojišťovně vykáže nikoliv kódem 00838, ale jedním z kódů 00836 nebo 00837.

Může pojištěnec trvat na plně hrazeném ošetření?

Poskytovatel je podle smlouvy o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb vždy povinen nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady. Do konce roku 2025 existovala u stálých zubů dospělých pojištěnců pouze varianta výplně, která byla plně hrazená ze zdravotního pojištění, anebo zcela nehrazená ze zdravotního pojištění. Od roku 2026 je k dispozici jak plně, tak i částečně hrazená varianta ošetření stálého zubu plastickou výplní; ošetření stálého zubu výplní, které by bylo zcela nehrazené ze zdravotního pojištění, od roku 2026 u smluvního poskytovatele přichází v úvahu jen ve zcela specifických případech (k tomu podrobněji dále). **Poskytovatel zdravotních služeb je povinen pojištěnce seznámit se všemi legálními variantami ošetření, které s ohledem na jeho zdravotní stav a potřeby přicházejí z medicínského hlediska v úvahu;** doporučí přitom tu, která je podle jeho odborného názoru pro pojištěnce nejvhodnější, a připojí i informaci o rozsahu úhrady všech v úvahu přicházejících variant. Pojištěnci poskytne takové ošetření, se kterým pojištěnec vysloví informovaný souhlas.

Je na místě připomenout, že povinnost seznámit pojištěnce (stejně jako kteréhokoliv jiného pacienta) s variantami ošetření vyplývá z obecných předpisů upravujících poskytování zdravotních služeb, nejedná se tedy o novinku související se změnami v úhradách výplní. Variantami se přitom rozumí jen reálné varianty, které z medicínského hlediska přicházejí v úvahu v dané konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. V praxi to znamená, že lze-li konkrétní stálý zub dospělého pojištěnce ošetřit lege artis jak částečně hrazenou výplní z fotokompozitu, tak plně hrazenou nevrstvenou výplní z fotokompozitu, je třeba pojištěnce seznámit s oběma těmito variantami a vysvětlit mu rozdíly mezi nimi. **Jestliže ale (např. s ohledem na rozsah a umístění výplně) existuje pouze jediné lege artis řešení v podobě částečně hrazené výplně z fotokompozitu, nabídne poskytovatel pojištěnci pouze tuto variantu.** Pojištěnec se nemůže domáhat ošetření stálého zubu výplní plně hrazenou ze zdravotního pojištění, jestliže by zhotovení takové výplně bylo non lege artis. Takovou výplň totiž poskytovatel pojištěnci nesmí vůbec poskytnout.

Žádnou z variant výplní, se kterými počítá zákon o veřejném zdravotním pojištění (vrstvená a nevrstvená výplň z fotokompozitu, výplň ze samopolymerujícího kompozitu, ze skloionomerního cementu, z duálně tuhajícího materiálu či z amalgámu), není možno paušálně označit za non lege artis. Smluvní poskytovatel ani nemůže paušálně odmítat poskytování výkonů, které sjednal ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou, s obecným odkazem na to, že jsou non lege artis. Použitelnost konkrétního materiálu je nutno posuzovat vždy v konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. Přitom je třeba brát v úvahu medicínské i právní limity použití jednotlivých materiálů (tak např. výplň ze skloionomerního cementu je méně trvanlivá, použití amalgámu je významně omezeno předpisy o používání rtuti, použití nevrstvené výplně z fotokompozitu je zase limitováno hloubkou kavity či obecněji rozsahem výplně apod.). Použitelnost konkrétního materiálu či postupu pro konkrétního pojištěnce,

a tedy i paleta variant ošetření, o kterých musí poskytovatel pojištěnce informovat, bude vždy záležet na aktuálním zdravotním stavu pojištěnce (rozsah kazu, zasažené plošky zubu atd.).

Výplně nehrazené ze zdravotního pojištění

Výplně nehrazené ze zdravotního pojištění, tedy takové, které by celé zaplatil pojištěnec, přicházejí od roku 2026 u smluvního poskytovatele v úvahu jen ve zcela specifických případech:

- zhotovení výplně z duálně či chemicky tuhajícího materiálu tam, kde bylo možné použít nevrstvenou výplň z fotokompozitu (blíže k tomu ve výkladu ke kódům 00836 a 00837 a ke zvláštnímu režimu amalgámu ve výkladu ke kódům 00829 a 00830),
- zhotovení výplně na zubu, který byl před dobou kratší než 2 roky ošetřen výplní plně hrazenou ze zdravotního pojištění (tzv. zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce).

Pojištěnec musí být vždy informován, zda ošetření bude hrazeno plně, částečně či zda vůbec nebude hrazeno ze zdravotního pojištění. Tuto informaci musí poskytovatel pojištěnci sdělit před zahájením ošetření. Lze-li předpokládat, že se po zahájení ošetření ukáže, že rozsah úhrady bude jiný (např. až při preparaci se ukáže, že kaz zasahuje hlouběji, než se původně jevílo, a proto nebude možné použít nevrstvenou výplň), je třeba o takové možnosti pojištěnce před zahájením ošetření náležitě poučit a vysvětlit mu, jaké úhradové možnosti přicházejí v úvahu. Pokud pak při ošetření skutečně vyjde najevo, že rozsah úhrady musí být jiný (zpravidla že nebude možno výplň zhotovit jako plně hrazenou ze zdravotního pojištění), je třeba to pojištěnci bezodkladně sdělit.

00838 – zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce

Na stálém zubu dospělého pojištěnce, na kterém byla počínaje rokem 2026 zhotovena a vykázána (některým z kódů 00829, 00830, 00836, 00837, 00838) **plně hrazená** výplň, lze novou plně hrazenou výplň zhotovit a kódem 00838 vykázat **až po uplynutí 2 let. Výplň zhotovená během těchto 2 let na stejném zubu**, který byl dříve ošetřen plně hrazenou výplní, **není vůbec hrazena ze zdravotního pojištění** a pojištěnec si ji musí zaplatit sám.

Jde o zcela nový princip, se kterým jsme se dosud u stomatologických výkonů nesetkávali. Do jisté míry se podobá množstevnímu limitu u stomatologických výrobků. Jedná se o skutečné omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní. Zákonné frekvenční omezení nároku znamená, že po zákonem stanovenou dobu není výkon vůbec hrazen ze zdravotního pojištění, a proto za jeho poskytnutí může poskytovatel požadovat od pojištěnce přímou úhradu. Proto také není uvedeno v textu úhradové vyhlášky (tabulka výše), neboť úhradová vyhláška nemůže omezit nárok pojištěnce, ale jen regulovat vykazování ze strany poskytovatele.

Zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní lze blíže charakterizovat v těchto bodech:

- omezení se vztahuje na **stálý zub dospělého pojištěnce**, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena plně hrazená výplň vykázaná kódem 00829, 00830, 00836, 00837 nebo 00838. Výplň částečně hrazená (kód 00835) či dokonce nehrazená ze zdravotního pojištění tyto účinky nemá. Stejně tak tyto účinky nemá plně hrazená výplň zhotovená pojištěnci do 18 let (kódy 00832, 00833, 00834), s to ani pro dobu, kdy již dosáhl zletilosti,

- plně hrazená výplň, která způsobí omezení nároku pojištěnce, musí být zhotovena (a vykázána) nejdříve v roce 2026. Dříve zhotovené výplně, i kdyby byly plně hrazené ze zdravotního pojištění, nárok pojištěnce na ošetření stejného zubu neomezují,
 - nárok pojištěnce je omezen tak, že **kterákoliv výplň zhotovená ve dvouleté lhůtě od zhotovení plně hrazené výplně na stejném zubu je nehrazená** ze zdravotního pojištění a **pojištěnec si ji musí celou zaplatit sám**. Není tudíž přípustná ani plná, ani částečná úhrada ze zdravotního pojištění; na stejném zubu tedy ve lhůtě 2 let od zhotovení plně hrazené výplně nelze vykázat kódy 00835 (částečně hrazené ošetření stálého zubu výplní) ani 00829, 00830, 00836, 00837 či 00838 (tyto kódy označují ošetření stálého zubu výplní, které je plně hrazené ze zdravotního pojištění),
 - zákonné omezení nároku pojištěnce se vztahuje k pojištěnci, nikoliv k poskytovateli. Po dobu dvou let od ošetření zubu plně hrazenou výplní je tak opakované ošetření stejného zubu výplní vždy nehrazené ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na to, zda toto ošetření provede stejný poskytovatel nebo poskytovatel jiný (podobně funguje množstevní limit u stomatologických výrobků),
 - **omezení nároku pojištěnce neplatí**, jde-li o **výplň zhotovenou v návaznosti na plně hrazené endodontické ošetření nebo o výplň zhotovenou u pojištěnce s vysokou kazivostí při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu**. V těchto případech proto bude ošetření stálého zubu výplní hrazeno ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kolik času uběhlo od předchozího zhotovení výplně plně hrazené ze zdravotního pojištění na stejném zubu. Ošetření se vykáže některým z kódů 00835, 00836, 00837 nebo 00838 podle toho, o jakou výplň se bude jednat a ze kterého materiálu bude zhotovena. Společně s těmito kódy pak je nutné vykázat příslušnou diagnózu, například K04.x apod.
- Upozornění:** Vykázání výplně před uplynutím 2 let od ošetření stejného zubu plně hrazenou výplní **není možno odůvodnit úrazem ani endodontickým ošetřením**, které by bylo **hrazeno** ze zdravotního pojištění **pouze částečně**. Podmínky prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce jsou tedy jiné (užší) než podmínky pro prolomení obvyčejného regulačního omezení (o tom v podrobnostech dále).

00838 – regulační omezení

Vedle zákonného frekvenčního omezení se u kódu 00838 uplatňují též některá regulační omezení. První z nich říká, že kód 00838 nelze vykázat v kombinaci s kódy 00829, 00830, 00836 a 00837. To znamená, že v jednom dni na jednom zubu není možné vykázat nevrstvenou výplň z fotokompozitu a výplň z chemického nebo duálně tuhnutího materiálu ani výplň z amalgámu (který je též chemicky tuhnutím materiálem, ale vykazuje se jinými kódy než výplně z ostatních chemicky tuhnutím materiálů). Regulační omezení je nutno chápat tak, že omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Z toho plyne, že pokud by poskytovatel na jednom zubu zhotovil nevrstvenou výplň z fotokompozitu a současně ve stejném dni výplň například ze skloionomerního cementu, může zdravotní pojišťovně vykázat jen jednu z nich, ale po pojištěnci nesmí požadovat žádnou úhradu.

Je vhodné připomenout (bližší výklad k tomu u kódů 00836 a 00837 v části Počet ošetřených plošek), že kód 00836 není možné na jednom zubu v jeden den vykázat v kombinaci s kódem 00837. Obdobně to funguje i u amalgámových výplní (kódy 00829 a 00830). A regulačními omezeními kódů 00836, resp. 00837 a kódů 00829, resp. 00830 jsou vyloučeny i kombinace mezi nimi. Lze tak vyslovit obecný závěr, že **na jednom zubu lze v jeden den vykázat pouze jeden kód plně hrazené výplně** (tedy buď 00836, nebo 00837, anebo

00838, anebo 00829, anebo 00830); kterákoliv kombinace těchto kódů v jeden den na jednom zubu je vyloučena buď pravidly o počtu ošetřených plošek, nebo regulačním omezením).

Regulační omezení nedopadá na kombinaci kódu 00838 s kódem 00835 (částečně hrazená výplň z fotokompozitu). Přesto kódy 00838 a 00835 nelze vykázat na stejném zubu v jeden den (k tomu podrobněji dále v praktických poznámkách k vykazování).

Specificky pro rok 2026 pak platí ještě regulační omezení, které říká, že kód 00838 lze v roce 2026 vykázat až po uplynutí 365 dní od vykazání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025. Jde o uplatnění známého a do konce roku 2025 běžně užívaného principu jednoho vykázaného ošetření zubu výplní za 365 dní. Je třeba ovšem zdůraznit, že v tomto případě jde o klasické regulační omezení. Regulační omezení omezuje vykazování kódu poskytovatelem, nikoliv nárok pojištěnce. Účelem je motivovat poskytovatele k tomu, aby zub ošetřil výplní tak, že nebude nutné na něm po dobu 365 dní vykazovat výplň znovu. Regulační omezení je nutno chápat tak, že po dobu 365 dní od vykazání výplně nelze případnou další výplň na stejném zubu vykázat zdravotní pojišťovně ani naučtovat pojištěnci. Pokud by se stalo, že na stejném zubu bude třeba během 365 dní od vykazání výplně zhotovit výplň další, musí to poskytovatel udělat na své náklady. Toto regulační omezení se bude uplatňovat jen v roce 2026, neboť v dalších letech už uplyne 365 dní od zhotovení všech výplní zhotovených v roce 2025. Jde v podstatě o přechodné opatření, jehož cílem je překlenout přechod z dosavadní právní úpravy úhrad výplní na právní úpravu novou.

Regulační omezení se (na rozdíl od zákonného omezení nároku) vztahuje na poskytovatele. Znamená to, že regulační omezení dopadá jen na kódy vykazované stejným poskytovatelem.

Prolomení regulačního omezení

Toto regulační omezení neplatí, jde-li o zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. V těchto případech je možno kód 00838 v roce 2026 vykázat i dříve, než uplyne 365 dní od vykazání kódu 00921 v roce 2025 na stejném zubu. Zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu se vykáže s příslušnou jinou diagnózou (např. např. K04.4 nebo S02.5). Stejně tak je třeba vykázat příslušnou diagnózu celkového závažného onemocnění, je-li důvodem pro dřívější vykazání kódu 00838.

Příklad: Zub 45 byl dne 2. prosince 2025 ošetřen výplní, výkon byl vykázán kódem 00921 s diagnózou K02.1. Dne 4. dubna 2026 byl tento zub endodonticky ošetřen a po endodontickém ošetření byla vykázána nevrstvená výplň z fotokompozitu kódem 00838 s diagnózou K04.0 (pulpitis). Tato výplň byla zhotovena z důvodu komplikace ošetřeného kazu, a proto bude uhrazena ze zdravotního pojištění. Dne 9. září 2026 byl zub ošetřen nevrstvenou výplní z fotokompozitu (kód 00838) znovu, tentokrát s diagnózou K04.5 (periodontitis). Zdravotní pojišťovna takto zhotovenou výplň neuhradí, protože se již nejedná o komplikaci ošetřeného zubního kazu. Úhradu nelze požadovat ani od pojištěnce (jde totiž o regulační omezení).

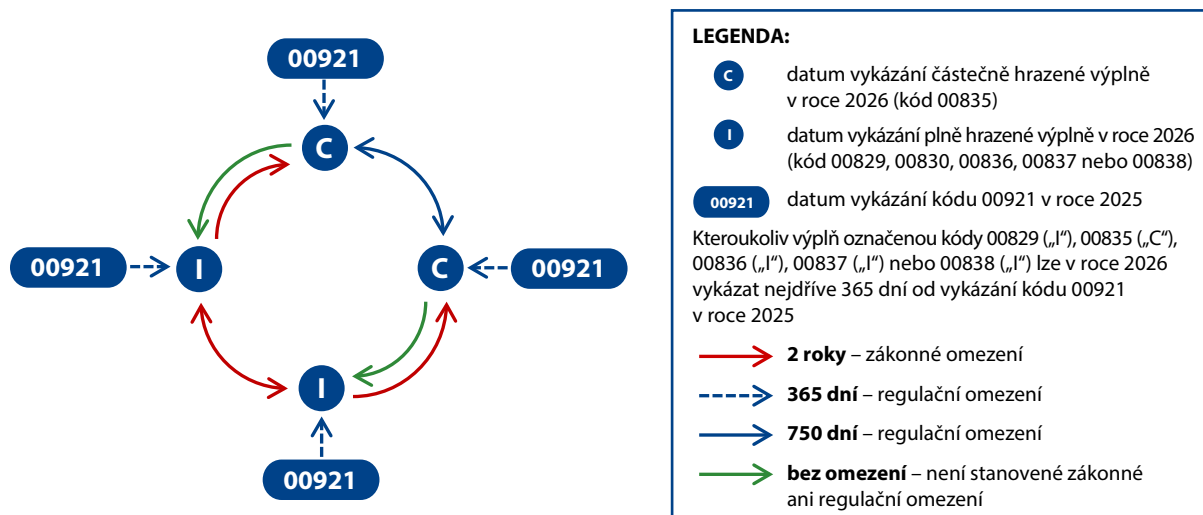
Jak řečeno již dříve, důvody prolomení regulačního omezení se liší od důvodů prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce. Rozdíly jsou následující:

- **komplikace ošetřeného zubního kazu.** Regulační omezení je prolomeno vždy, jde-li o řešení komplikací ošetřeného zubního kazu (tedy jak v případě, že komplikace je řešena plně hrazeným endodontickým ošetřením, tak i tehdy, je-li komplikace řešena částečně hrazeným endodontickým ošetřením). Naproti tomu zákonné frekvenční omezení neplatí jen v případě, je-li komplikace ošetřeného zubního kazu řešena endodontickým ošetřením plně hrazeným ze zdravotního pojištění,
- **úraz** je důvodem pro prolomení regulačního omezení, nikoliv však zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce,
- **vysoká kazivost** při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu prolomuje jak regulační omezení, tak zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce.

Vztah zákonného frekvenčního omezení nároku a regulačního omezení

Zákonné frekvenční omezení nároku a regulační omezení u výplní na stálých zubech dospělých pojištěnců a jejich vzájemný vztah lze vyjádřit i graficky na následujícím kruhovém diagramu. Tento diagram znázorňuje tato pravidla:

- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat plně hrazenou výplň (I) bez omezení (zelená barva),
- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat novou částečně hrazenou výplň (C) až po uplynutí 730 dnů (modrá barva označuje regulační omezení),
- po plně hrazené výplni (I) lze na stejném zubu vykázat kteroukoliv výplň (I, C) až po uplynutí dvou let (červená barva označuje zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce),
- kteroukoliv výplň (I, C) lze vykázat až po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025 (modrá barva označuje regulační omezení).



00838 – lokalizace

zub

00838 – praktické poznámky k vykazování

Signální výkony označující počet ošetřených plošek se od roku 2026 nevykazují. Kód 00838 navíc označuje výkon zahrnující zhotovení výplně bez ohledu na počet plošek, a proto není třeba rozsah výplně ani počet plošek jakkoliv signalizovat.

Úhrada ani spoluúčast pacienta v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00838 nejsou přípustné, stejně tak jako jeho podmínění výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00838 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pacient však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906.

Vykázání kódu 00838 v kombinaci s kódem 00835 v jeden den na jednom zubu není možné. Je tomu tak proto, že oba kódy zahrnují ošetření zubu výplní bez ohledu na počet ošetřených plošek a počet výplní. Vykázání další výplně na témže zubu by tak znamenalo dvojí úhradu jednoho ošetření.

00836 – Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhacího materiálu u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00836	<p><u>Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhacího materiálu u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek</u></p> <p>Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití chemicky nebo duálně tuhacího materiálu výplně s výjimkou amalgámu na 1 nebo 2 ploškách. Bez ohledu na počet výplní. Lze vykázat jen za předpokladu, že použití nevrstvené výplně z fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona.</p>	<p>Lokalizace – zub.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00829, 00830 a 00838.</p> <p>Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	910 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad výplně stálého zubu u pojištěnců od 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ošetření stálého zubu plastickou výplní u dospělých pojištěnců je (až na velmi specifické výjimky) částečně nebo plně hrazeno ze zdravotního pojištění,
- použití amalgámu je u těhotných a kojících žen a s účinností od 1. července 2026 i u všech ostatních pojištěnců možné jen výjimečně, nelze-li s ohledem na specifické zdravotní potřeby pojištěnce použít jiný materiál, od rozlišování výplně z amalgámu v základním a jiném provedení se upouští,
- **částečně hrazeno** ze zdravotního pojištění (kód 00835) je ošetření kteroukoliv plastickou výplní s výjimkou výplně z duálně či chemicky tuhacího materiálu a s výjimkou nevrstvené výplně z fotokompozitu. V současné době bude částečně hrazenou výplní primárně **vrstvená výplň z fotokompozitu**. Částečná úhrada znamená, že ze zdravotního pojištění je hrazena část ceny ošetření, zbytek doplácí pojištěnec,
- **plně hrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření **výplní z chemicky či duálně tuhacího materiálu** s výjimkou amalgámu, (kódy 00836, 00837), **výplní z amalgámu** v kapslové formě (kódy 00829, 00830) a ošetření **nevrstvenou výplní z fotokompozitu** (kód 00838),
- **nehrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce jen v těchto specifických případech:
 - jde-li o ošetření zubu, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena **výplň plně hrazená** ze zdravotního pojištění. Pokud dospělý pojištěnec potřebuje výplň na stálém zubu, který mu byl před méně než 2 roky ošetřen plně hrazenou výplní, musí cenu takové výplně zaplatit celou sám,
 - byl-li při zhotovení plně hrazené výplně použit duálně či chemicky tuhací materiál, ačkoliv bylo možné zub ošetřit nevrstvenou výplní z fotokompozitu (upozornění: výplň z amalgámu má jiný režim, jak je vysvětleno ve výkladu ke kódům 00829 a 00830.
- kód 00921, dosud používaný pro vykazování výplní stálých zubů, byl zrušen.

00836 – shrnutí

zub: stálý zub pojištěnce od 18 let

materiál: chemicky nebo duálně tuhnoucí materiál s výjimkou amalgámu

počet ošetřených plošek: do 2

úhrada: plná úhrada ze zdravotního pojištění, od pojištěnce nelze za výkon požadovat žádné doplatky ani jiné úhrady

omezení:

- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 2 roky po plně hrazené výplni (00829, 00830, 00836, 00837, 00838) zhotovené na stejném zubu
- v roce 2026 úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dnů po kódu 00921 vykázaném v roce 2025 na stejném zubu

lokalizace: zub

00836 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce výplní z chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu s výjimkou amalgámu na jedné nebo dvou ploškách. Kód je možno vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy na kterémkoliv stálém zubu dospělého pojištěnce. Kód neslouží k vykazování amalgámových výplní; výplně z amalgámu v kapslové formě se vykazují kódy 00829 a 00830.

Kód 00836 označuje komplementární výkon ve vztahu k výkonu označenému kódem 00838 (ošetření nevrstvenou výplní z fotokompozitu). Nabízí pojištěnci plně hrazenou variantu výplně v situaci, kdy nevrstvenou výplň z fotokompozitu není možné zhotovit (slovy zákona: kdy nevrstvená výplň z fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona).

Kdy použití nevrstvené výplně z fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona?

Podle § 13 zákona lze ze zdravotního pojištění uhradit jen takový výkon, který

- odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce nebo účelu, jehož má být jeho použitím dosaženo,
- je pro pojištěnce přiměřeně bezpečný, a
- je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Uvedená obecná kritéria zahrnují též technologické překážky použití určitého materiálu (např. nezbytnost zajistit suché pracovní pole, hloubka kavity, rozsah výplně) a také takové faktory, jako je např. míra spolupráce pacienta. Tak například hloubka kavity bude u nevrstvené výplně z fotokompozitu pravidelně určujícím parametrem; hlubokou nevrstvenou výplň z fotokompozitu není možné z technologických důvodů zhotovit, případně by takto zhotovená výplň neodpovídala současným dostupným poznatkům lékařské vědy či neplnila svůj účel. Jiným příkladem mohou být takové anatomické poměry v ústech pacienta, které omezují přístup polymerační lampy k výplni a znemožňují tak řádnou polymeraci.

Jestliže ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce nevrstvenou výplní z fotokompozitu není ve výše naznačeném smyslu možné, lze zhotovit výplň z chemicky nebo duálně

tuhnoucího materiálu, která se zdravotní pojišťovně vykáže nikoliv kódem 00838, ale jedním z kódů 00836 nebo 00837. Chemicky či duálně tuhoucím materiálem rozumíme v současné době zejména skloionomerní cement, samopolymerující kompozitum, případně kompomer. Amalgám je též chemicky tuhoucím materiálem, jeho použití je však z kódu 00836 výslovně vyloučeno; pro vykazování amalgámových výplní se používají kódy 00829 a 00830.

Pokud by zhotovení nevrstvené výplně z fotokompozitu (kód 00838) bylo ve výše naznačeném smyslu možné, avšak výplň by přesto byla zhotovena z chemického či duálně tuhoucího materiálu, jednalo by se o výplň nehrazenou ze zdravotního pojištění. Je nicméně málo pravděpodobné, že by k takové situaci v praxi došlo; pojištěnec by jistě trval na zhotovení plně hrazené varianty výplně, tedy na zhotovení nevrstvené výplně z fotokompozitu.

Může pojištěnec trvat na plně hrazeném ošetření?

Poskytovatel je podle smlouvy o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb vždy povinen nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady. Do konce roku 2025 existovala u stálých zubů dospělých pojištěnců pouze varianta výplně, která byla buď plně hrazená ze zdravotního pojištění, anebo zcela nehrazená ze zdravotního pojištění. Od roku 2026 je k dispozici jak plně, tak i částečně hrazená varianta ošetření stálého zubu plastickou výplní; ošetření stálého zubu výplní, které by bylo zcela nehrazené ze zdravotního pojištění, od roku 2026 u smluvního poskytovatele přichází v úvahu jen ve zcela specifických případech (k tomu podrobněji dále). **Poskytovatel zdravotních služeb je povinen pojištěnce seznámit se všemi legálními variantami ošetření, které s ohledem na jeho zdravotní stav a potřeby přicházejí z medicínského hlediska v úvahu;** doporučí přitom tu, která je podle jeho odborného názoru pro pojištěnce nejvhodnější, a připojí i informaci o rozsahu úhrady všech v úvahu přicházejících variant. Pojištěnci poskytne takové ošetření, se kterým pojištěnec vysloví informovaný souhlas.

Je na místě připomenout, že povinnost seznámit pojištěnce (stejně jako kteréhokoliv jiného pacienta) s variantami ošetření vyplývá z obecných předpisů upravujících poskytování zdravotních služeb, nejedná se tedy o novinku související se změnami v úhradách výplní. Variantami se přitom rozumí jen reálné varianty, které z medicínského hlediska přicházejí v úvahu v dané konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. V praxi to znamená, že lze-li konkrétní stálý zub dospělého pojištěnce ošetřit lege artis jak částečně hrazenou výplní z fotokompozitu, tak plně hrazenou výplní ze skloionomerního cementu, je třeba pojištěnce seznámit s oběma těmito variantami a vysvětlit mu rozdíly mezi nimi. **Jestliže ale (např. s ohledem na rozsah a umístění výplně) existuje pouze jediné lege artis řešení v podobě částečně hrazené výplně z fotokompozitu, nabídne poskytovatel pojištěnci pouze tuto variantu.** Pojištěnec se nemůže domáhat ošetření stálého zubu výplní plně hrazenou ze zdravotního pojištění, jestliže by zhotovení takové výplně bylo non lege artis. Takovou výplň totiž poskytovatel pojištěnci nesmí vůbec poskytnout.

Žádnou z variant výplní, se kterými počítá zákon o veřejném zdravotním pojištění (vrstvená a nevrstvená výplň z fotokompozitu, výplň ze samopolymerujícího kompozitu, ze skloionomerního cementu, z duálně tuhoucího materiálu či z amalgámu), není možno

paušálně označit za non lege artis. Smluvní poskytovatel ani nemůže paušálně odmítat poskytování výkonů, které sjednal ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou, s obecným odkazem na to, že jsou non lege artis. Použitelnost konkrétního materiálu je nutno posuzovat vždy v konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. Přitom je třeba brát v úvahu medicínské i právní limity použití jednotlivých materiálů (tak např. výplň ze skloionomerního cementu je méně trvanlivá, použití amalgámu je významně omezeno předpisy o používání rtuti, použití nevrstvené výplně z fotokompozitu je zase limitováno hloubkou kavity či obecněji rozsahem výplně apod.). Použitelnost konkrétního materiálu či postupu pro konkrétního pojištěnce, a tedy i paleta variant ošetření, o kterých musí poskytovatel pojištěnce informovat, bude vždy záležet na aktuálním zdravotním stavu pojištěnce (rozsah kazu, zasažené plošky zubu atd.).

Výplně nehrazené ze zdravotního pojištění

Výplně nehrazené ze zdravotního pojištění, tedy takové, které by celé zaplatil pojištěnec, přicházejí od roku 2026 u smluvního poskytovatele v úvahu jen ve zcela specifických případech:

- zhotovení výplně z duálně či chemicky tuhacího materiálu tam, kde bylo možné použít nevrstvenou výplň z fotokompozitu (podrobnosti ke zvláštnímu režimu amalgámu ve výkladu ke kódům 00829 a 00830),
- zhotovení výplně na zubu, který byl před dobou kratší než 2 roky ošetřen výplní plně hrazenou ze zdravotního pojištění (tzv. zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce).

Pojištěnec musí být vždy informován, zda ošetření bude hrazeno plně, částečně či zda vůbec nebude hrazeno ze zdravotního pojištění. Tuto informaci musí poskytovatel pojištěnci sdělit před zahájením ošetření. Lze-li předpokládat, že se po zahájení ošetření ukáže, že rozsah úhrady bude jiný (např. až při preparaci se ukáže, že kaz zasahuje hlouběji, než se původně jevílo, a proto nebude možné použít nevrstvenou výplň), je třeba o takové možnosti pojištěnce před zahájením ošetření náležitě poučit a vysvětlit mu, jaké úhradové možnosti přicházejí v úvahu. Pokud pak při ošetření skutečně vyjde najevo, že rozsah úhrady musí být jiný (zpravidla že nebude možno výplň zhotovit jako plně hrazenou ze zdravotního pojištění), je třeba to pojištěnci bezodkladně sdělit.

Ve zdravotnické dokumentaci musí být jednoznačně uvedeno, že pojištěnci byla zhotovena výplň z chemicky či duálně tuhacího materiálu. Současně musí být ze zdravotnické dokumentace zřejmé, proč nebylo možno použít nevrstvenou výplň fotokompozitu. Pokud by pojištěnec trval na zhotovení výplně z chemicky či duálně tuhacího materiálu, přestože by nevrstvenou výplň z fotokompozitu bylo možno zhotovit, je nutné pojištěnce předem informovat o tom, že by výplň z chemicky či duálně tuhacího materiálu za této situace nebyla hrazena ze zdravotního pojištění; o tomto poučení a následné volbě nehrazené varianty výplně je vhodné učinit záznam do zdravotnické dokumentace.

Počet ošetřených plošek

Kódem 00836 se vykazuje zhotovení výplně na 1 či 2 ploškách bez ohledu na počet výplní. Tak např. zhotovení dvou výplní na jedné plošce nebo 3 výplní na celkem dvou ploškách se vykáže jedním kódem 00836. Pokud by zub byl ošetřen výplní na třech a více ploškách (a to jak tříploškovou výplní, tak např. jednou výplní jednoploškovou a jednou dvouploškovou nebo třemi jednoploškovými výplněmi), nevykazují se dva kódy 00836, ale jeden kód 00837. Z toho plyne, že **při ošetření jednoho zubu nikdy nemůže být vykázána kombinace kódů 00836 a 00837, ale vždy pouze jeden z nich**. Počet dotčených plošek je třeba sečíst

bez ohledu na to, kolik výplní na nich bylo zhotoveno, a celé ošetření vykázat právě tím kódem, který odpovídá součtu plošek.

Příklad 1: Zub 46 byl ošetřen jednou výplní z chemicky nebo duálně tuhnutího materiálu na bukální plošce. Výplň se vykáže kódem 00836.

Příklad 2: Zub 46 byl ošetřen výplněmi z chemicky nebo duálně tuhnutího materiálu na dvou ploškách – jednou na bukální plošce a jednou na lingvální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00836.

Příklad 3: Zub 46 byl ošetřen dvěma samostatnými výplněmi z chemicky nebo duálně tuhnutího materiálu na okluzní plošce a jednou na bukální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00836. Je tomu tak proto, že zub byl sice ošetřen třemi jednotlivými výplněmi, ale pouze na dvou ploškách – okluzní a bukální. Rozhodující není počet výplní, ale počet ošetřených plošek.

Příklad 4: Zub 46 byl ošetřen jednotlivými výplněmi z chemicky nebo duálně tuhnutího materiálu na třech ploškách – jednou na bukální plošce, jednou na lingvální plošce a jednou na okluzní plošce. Jedná se o ošetření tří plošek, proto se výplně nevykážou několika kódy 00836, ale vykážou se jedním kódem 00837(kód pro ošetření na 3 a více ploškách).

Signální kódy označující počet ošetřených plošek se od roku 2026 nevykazují. Kódy 00836 a 00837 informací o tom, na kolika ploškách byla výplň zhotovena, nesou samy o sobě.

00836 – zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce

Na stálém zubu dospělého pojištěnce, na kterém byla počínaje rokem 2026 zhotovena a vykázána (některým z kódů 00829, 00830, 00836, 00837, 00838) **plně hrazená** výplň, lze novou plně hrazenou výplň zhotovit a kódem 00836 vykázat **až po uplynutí 2 let. Výplň zhotovená během těchto 2 let na stejném zubu**, který byl dříve ošetřen plně hrazenou výplní, **není vůbec hrazena ze zdravotního pojištění** a pojištěnec si ji musí zaplatit sám.

Jde o zcela nový princip, se kterým jsme se dosud u stomatologických výkonů nesetkávali. Do jisté míry se podobá množstevnímu limitu u stomatologických výrobků. Jedná se o skutečné omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní. Zákonné frekvenční omezení nároku znamená, že po zákonem stanovenou dobu není výkon vůbec hrazen ze zdravotního pojištění, a proto za jeho poskytnutí může poskytovatel požadovat od pojištěnce přímou úhradu. Proto také není uvedeno v textu úhradové vyhlášky (tabulka výše), neboť úhradová vyhláška nemůže omezit nárok pojištěnce, ale jen regulovat vykazování ze strany poskytovatele.

Zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní lze blíže charakterizovat v těchto bodech:

- omezení se vztahuje na **stálý zub dospělého pojištěnce**, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena plně hrazená výplň vykázaná kódem 00829, 00830, 00836, 00837 nebo 00838. Výplň částečně hrazená (kód 00835) či dokonce nehrazená ze zdravotního pojištění tyto účinky nemá. Stejně tak tyto účinky nemá plně hrazená výplň zhotovená pojištěnci do 18 let (kódy 00832, 00833, 00834), s to ani pro dobu, kdy již dosáhl zletilosti,

- plně hrazená výplň, která způsobí omezení nároku pojištěnce, musí být zhotovena (a vykázána) nejdříve v roce 2026. Dříve zhotovené výplně, i kdyby byly plně hrazené ze zdravotního pojištění, nárok pojištěnce na ošetření stejného zubu neomezují,
 - nárok pojištěnce je omezen tak, že **kterákoliv výplň zhotovená ve dvouleté lhůtě od zhotovení plně hrazené výplně na stejném zubu je nehrazená** ze zdravotního pojištění a **pojištěnec si ji musí celou zaplatit sám**. Není tudíž přípustná ani plná, ani částečná úhrada ze zdravotního pojištění; na stejném zubu tedy ve lhůtě 2 let od zhotovení plně hrazené výplně nelze vykázat kódy 00835 (částečně hrazené ošetření stálého zubu výplní) ani 00829, 00830, 00836, 00837 či 00838 (tyto kódy označují ošetření stálého zubu výplní, které je plně hrazené ze zdravotního pojištění),
 - zákonné omezení nároku pojištěnce se vztahuje k pojištěnci, nikoliv k poskytovateli. Po dobu dvou let od ošetření zubu plně hrazenou výplní je tak opakované ošetření stejného zubu výplní vždy nehrazené ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na to, zda toto ošetření provede stejný poskytovatel nebo poskytovatel jiný (podobně funguje množstevní limit u stomatologických výrobků),
 - **omezení nároku pojištěnce neplatí, jde-li o výplň zhotovenou v návaznosti na plně hrazené endodontické ošetření nebo o výplň zhotovenou u pojištěnce s vysokou kazivostí při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu**. V těchto případech proto bude ošetření stálého zubu výplní hrazeno ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kolik času uběhlo od předchozího zhotovení výplně plně hrazené ze zdravotního pojištění na stejném zubu. Ošetření se vykáže některým z kódů 00829, 00830, 00835, 00836, 00837 nebo 00838 podle toho, o jakou výplň se bude jednat a ze kterého materiálu bude zhotovena. Společně s těmito kódy pak je nutné vykázat příslušnou diagnózu, například K04.x apod.
- Upozornění:** Vykázání výplně před uplynutím 2 let od ošetření stejného zubu plně hrazenou výplní **není možno odůvodnit úrazem ani endodontickým ošetřením**, které by bylo **hrazeno** ze zdravotního pojištění **pouze částečně**. Podmínky prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce jsou tedy jiné (užší) než podmínky pro prolomení obvyčejného regulačního omezení (o tom v podrobnostech dále).

00836 – regulační omezení

Vedle zákonného frekvenčního omezení se u kódu 00836 uplatňují též některá regulační omezení. První z nich říká, že kód 00836 nelze vykázat v kombinaci s kódy 00829, 00830 a 00838. To znamená, že v jednom dni na jednom zubu není možné vykázat nevrstvenou výplň z fotokompozitu a výplň z chemického nebo duálně tuhajícího materiálu ani výplň z amalgámu (který je též chemicky tuhacím materiálem, ale vykazuje se jinými kódy než výplně z ostatních chemicky tuhacích materiálů). Regulační omezení je nutno chápat tak, že omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Z toho plyne, že pokud by poskytovatel na jednom zubu zhotovil nevrstvenou výplň z fotokompozitu a současně ve stejném dni výplň například ze skloionomerního cementu, může zdravotní pojišťovně vykázat jen jednu z nich, ale po pojištěnci nesmí požadovat žádnou úhradu.

Je vhodné připomenout (bližší výklad k tomu výše v části Počet ošetřených plošek), že kód 00836 není možné na jednom zubu v jeden den vykázat v kombinaci s kódem 00837. Obdobně to funguje i u amalgámových výplní (kódy 00829 a 00830). A regulačními omezeními kódu 00830 a kódů 00829, resp. 00830 jsou vyloučeny i kombinace mezi nimi. **Lze tak vyslovit obecný závěr, že na jednom zubu lze v jeden den vykázat pouze jeden kód**

plně hrazené výplně (tedy buď 00836, nebo 00837, anebo 00838, anebo 00829, anebo 00830; kterákoliv kombinace těchto kódů v jeden den na jednom zubu je vyloučena buď pravidly o počtu ošetřených plošek, nebo regulačním omezením).

Regulační omezení nedopadá na kombinaci kódu 00836 s kódem 00835 (částečně hrazená výplň z fotokompozitu). Přesto kódy 00836 a 00835 nelze vykázat na stejném zubu v jeden den (k tomu podrobněji dále v praktických poznámkách k vykazování).

Specificky pro rok 2026 pak platí ještě regulační omezení, které říká, že kód 00836 lze v roce 2026 vykázat až po uplynutí 365 dní od vykazání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025. Jde o uplatnění známého a do konce roku 2025 běžně užívaného principu jednoho vykázaného ošetření zubu výplní za 365 dní. Je třeba ovšem zdůraznit, že v tomto případě jde o klasické regulační omezení. Regulační omezení omezuje vykazování kódu poskytovatelem, nikoliv nárok pojištěnce. Regulační omezení je nutno chápat tak, že po dobu 365 dní od vykazání výplně nelze případnou další výplň na stejném zubu vykázat zdravotní pojišťovně ani naučtovat pojištěnci. Pokud by se stalo, že na stejném zubu bude třeba během 365 dní od vykazání výplně zhotovit výplň další, musí to poskytovatel udělat na své náklady. Toto regulační omezení se bude uplatňovat jen v roce 2026, neboť v dalších letech už uplyne 365 dní od zhotovení všech výplní zhotovených v roce 2025. Jde v podstatě o přechodné opatření, jehož cílem je překlenout přechod z dosavadní právní úpravy úhrad výplní na právní úpravu novou.

Regulační omezení se (na rozdíl od zákonného omezení nároku) vztahuje na poskytovatele. Znamená to, že regulační omezení dopadá jen na kódy vykazované stejným poskytovatelem.

Prolomení regulačního omezení

Toto regulační omezení neplatí, jde-li o zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. V těchto případech je možno kód 00836 v roce 2026 vykázat i dříve, než uplyne 365 dní od vykazání kódu 00921 v roce 2025 na stejném zubu. Zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu se vykáže s příslušnou jinou diagnózou (např. např. K04.4 nebo S02.5). Stejně tak je třeba vykázat příslušnou diagnózu celkového závažného onemocnění, je-li důvodem pro dřívější vykazání kódu 00836.

Příklad: Zub 45 byl dne 2. prosince 2025 ošetřen výplní, výkon byl vykázán kódem 00921 s diagnózou K02.1. Dne 4. dubna 2026 byl tento zub endodonticky ošetřen a po endodontickém ošetření byla vykázána výplň z chemicky tuhacího materiálu kódem 00836 s diagnózou K04.0 (pulpitis). Tato výplň byla zhotovena z důvodu komplikace ošetřeného kazu, a proto bude uhrazena ze zdravotního pojištění. Dne 9. září 2026 byl zub ošetřen výplní z chemicky tuhacího materiálu (kód 00836) znovu, tentokrát s diagnózou K04.5 (periodontitis). Zdravotní pojišťovna takto zhotovenou výplň neuhradí, protože se již nejedná o komplikaci ošetřeného zubního kazu. Úhradu nelze požadovat ani od pojištěnce (jde totiž o regulační omezení).

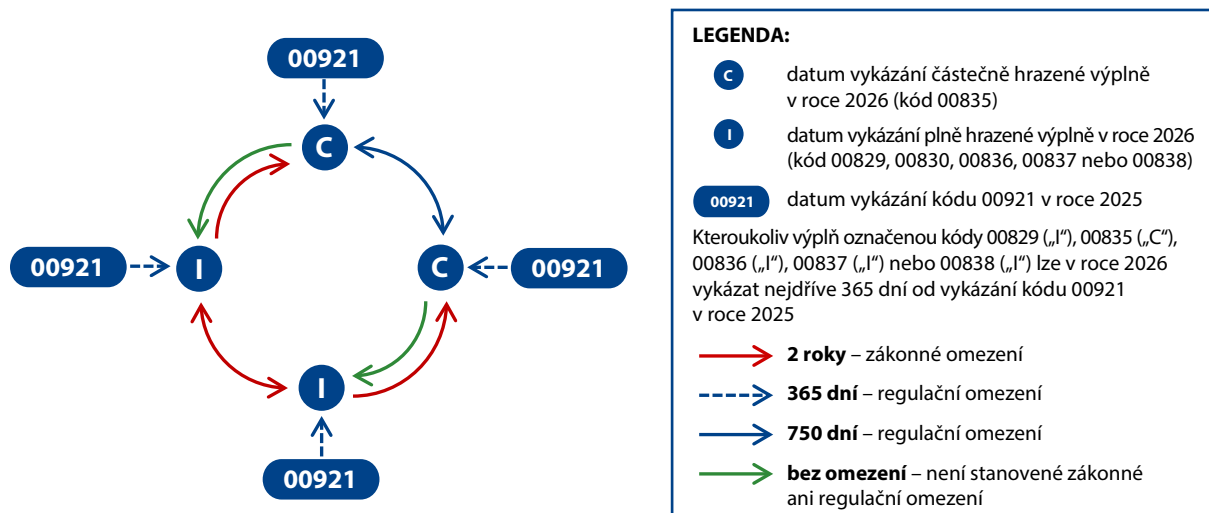
Jak řečeno již dříve, důvody prolomení regulačního omezení se liší od důvodů prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce. Rozdíly jsou následující:

- **komplikace ošetřeného zubního kazu.** Regulační omezení je prolomeno vždy, jde-li o řešení komplikací ošetřeného zubního kazu (tedy jak v případě, že komplikace je řešena plně hrazeným endodontickým ošetřením, tak i tehdy, je-li komplikace řešena částečně hrazeným endodontickým ošetřením). Naproti tomu zákonné frekvenční omezení neplatí jen v případě, je-li komplikace ošetřeného zubního kazu řešena endodontickým ošetřením plně hrazeným ze zdravotního pojištění,
- **úraz** je důvodem pro prolomení regulačního omezení, nikoliv však zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce,
- **vysoká kazivost** při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu prolamuje jak regulační omezení, tak zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce

Vztah zákonného frekvenčního omezení nároku a regulačního omezení

Zákonné frekvenční omezení nároku a regulační omezení u výplní na stálých zubech dospělých pojištěnců a jejich vzájemný vztah lze vyjádřit i graficky na následujícím kruhovém diagramu. Tento diagram znázorňuje tato pravidla:

- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat plně hrazenou výplň (I) bez omezení (zelená barva),
- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat novou částečně hrazenou výplň (C) až po uplynutí 730 dnů (modrá barva označuje regulační omezení),
- po plně hrazené výplni (I) lze na stejném zubu vykázat kteroukoliv výplň (I, C) až po uplynutí dvou let (červená barva označuje zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce),
- kteroukoliv výplň (I, C) lze vykázat až po uplynutí 365 dnů od vykázání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025 (modrá barva označuje regulační omezení).



00836 – lokalizace

zub

00836 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast pacienta v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00836 nejsou přípustné, stejně tak jako jeho podmínění výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamena, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00836 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pacient však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906.

Vykázání kódu 00836 v kombinaci s kódem 00835 v jeden den na jednom zubu není možné. Je tomu tak proto, že kód 00835 zahrnuje ošetření zubu výplní bez ohledu na počet ošetřených plošek a počet výplní. Vykázání další výplně na témže zubu by tak znamenalo dvojitou úhradu jednoho ošetření.

00837 – Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhacího materiálu u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00837	<p><u>Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhacího materiálu u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek</u></p> <p>Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití chemicky nebo duálně tuhacího materiálu výplně s výjimkou amalgámu na 3 a více ploškách včetně rekonstrukce růžku. Bez ohledu na počet výplní. Lze vykázat jen za předpokladu, že použití nevrstvené výplně fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona.</p>	<p>Lokalizace – zub.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00829, 00830 a 00838.</p> <p>Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921.</p> <p>Dříve lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	1 010 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad výplně stálého zubu u pojištěnců od 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ošetření stálého zubu plastickou výplní u dospělých pojištěnců je (až na velmi specifické výjimky) částečně nebo plně hrazeno ze zdravotního pojištění,
- použití amalgámu je u těhotných a kojících žen a s účinností od 1. července 2026 i u všech ostatních pojištěnců možné jen výjimečně, nelze-li s ohledem na specifické zdravotní potřeby pojištěnce použít jiný materiál, od rozlišování výplně z amalgámu v základním a jiném provedení se upouští,
- **částečně hrazeno** ze zdravotního pojištění (kód 00835) je ošetření kteroukoliv plastickou výplní s výjimkou výplně z duálně či chemicky tuhacího materiálu a s výjimkou nevrstvené výplně z fotokompozitu. V současné době bude částečně hrazenou výplní primárně **vrstvená výplň z fotokompozitu**. Částečná úhrada znamená, že ze zdravotního pojištění je hrazena část ceny ošetření, zbytek doplácí pojištěnec,
- **plně hrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření **výplní z chemicky či duálně tuhacího materiálu** s výjimkou amalgámu, (kódy 00836, 00837), **výplní z amalgámu** v kapslové formě (kódy 00829, 00830) a ošetření **nevrstvenou výplní z fotokompozitu** (kód 00838),
- **nehrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce jen v těchto specifických případech:
 - jde-li o ošetření zubu, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena **výplň plně hrazená** ze zdravotního pojištění. Pokud dospělý pojištěnec potřebuje výplň na stálém zubu, který mu byl před méně než 2 roky ošetřen plně hrazenou výplní, musí cenu takové výplně zaplatit celou sám,
 - byl-li při zhotovení plně hrazené výplně použit duálně či chemicky tuhací materiál, ačkoliv bylo možné zub ošetřit nevrstvenou výplní z fotokompozitu (upozornění: výplň z amalgámu má jiný režim, jak je vysvětleno ve výkladu ke kódům 00829 a 00830.
- kód 00921, dosud používaný pro vykazování výplní stálých zubů, byl zrušen.

00837 – shrnutí

zub: stálý zub pojištěnce od 18 let

materiál: chemicky nebo duálně tuhnoucí materiál s výjimkou amalgámu

počet ošetřených plošek: 3 a více, včetně rekonstrukce růžku

úhrada: plná úhrada ze zdravotního pojištění, od pojištěnce nelze za výkon požadovat žádné doplatky ani jiné úhrady

omezení:

- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 2 roky po plně hrazené výplni (00829, 00830, 00836, 00837, 00838) zhotovené na stejném zubu
- v roce 2026 úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dnů po kódu 00921 vykázaném v roce 2025 na stejném zubu

lokalizace: zub

00837 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce výplní z chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu s výjimkou amalgámu na jedné nebo dvou ploškách. Kód je možno vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy na kterémkoliv stálém zubu dospělého pojištěnce. Kód neslouží k vykazování amalgámových výplní; výplně z amalgámu v kapslové formě se vykazují kódy 00829 a 00830.

Kód 00837 označuje komplementární výkon ve vztahu k výkonu označenému kódem 00838 (ošetření nevrstvenou výplní z fotokompozitu). Nabízí pojištěnci plně hrazenou variantu výplně v situaci, kdy nevrstvenou výplň z fotokompozitu není možné zhotovit (slovy zákona: kdy nevrstvená výplň z fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona).

Kdy použití nevrstvené výplně z fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona?

Podle § 13 zákona lze ze zdravotního pojištění uhradit jen takový výkon, který

- odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce nebo účelu, jehož má být jeho použitím dosaženo,
- je pro pojištěnce přiměřeně bezpečný, a
- je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Uvedená obecná kritéria zahrnují též technologické překážky použití určitého materiálu (např. nezbytnost zajistit suché pracovní pole, hloubka kavity, rozsah výplně) a také takové faktory, jako je např. míra spolupráce pacienta. Tak například hloubka kavity bude u nevrstvené výplně z fotokompozitu pravidelně určujícím parametrem; hlubokou nevrstvenou výplň z fotokompozitu není možné z technologických důvodů zhotovit, případně by takto zhotovená výplň neodpovídala současným dostupným poznatkům lékařské vědy či neplnila svůj účel. Jiným příkladem mohou být takové anatomické poměry v ústech pacienta, které omezují přístup polymerační lampy k výplni a znemožňují tak řádnou polymeraci.

Jestliže ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce nevrstvenou výplní z fotokompozitu není ve výše naznačeném smyslu možné, lze zhotovit výplň z chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu, která se zdravotní pojišťovně vykáže nikoliv kódem 00838,

ale jedním z kódů 00836 nebo 00837. Chemicky či duálně tuhoucím materiálem rozumíme v současné době zejména skloionomerní cement, samopolymerující kompozitum, případně kompomer. Amalgám je též chemicky tuhoucím materiálem, jeho použití je však z kódu 00837 výslovně vyloučeno; pro vykazování amalgámových výplní se používají kódy 00829 a 00830.

Pokud by zhotovení nevrstvené výplně z fotokompozitu (kód 00838) bylo ve výše naznačeném smyslu možné, avšak výplň by přesto byla zhotovena z chemického či duálně tuhoucího materiálu, jednalo by se o výplň nehrazenou ze zdravotního pojištění. Je nicméně málo pravděpodobné, že by k takové situaci v praxi došlo; pojištěnec by jistě trval na zhotovení plně hrazené varianty výplně, tedy na zhotovení nevrstvené výplně z fotokompozitu.

Může pojištěnec trvat na plně hrazeném ošetření?

Poskytovatel je podle smlouvy o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb vždy povinen nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady. Do konce roku 2025 existovala u stálých zubů dospělých pojištěnců pouze varianta výplně, která byla buď plně hrazená ze zdravotního pojištění, anebo zcela nehrazená ze zdravotního pojištění. Od roku 2026 je k dispozici jak plně, tak i částečně hrazená varianta ošetření stálého zubu plastickou výplní; ošetření stálého zubu výplní, které by bylo zcela nehrazené ze zdravotního pojištění, od roku 2026 u smluvního poskytovatele přichází v úvahu jen ve zcela specifických případech (k tomu podrobněji dále). **Poskytovatel zdravotních služeb je povinen pojištěnce seznámit se všemi legálními variantami ošetření, které s ohledem na jeho zdravotní stav a potřeby přicházejí z medicínského hlediska v úvahu;** doporučí přitom tu, která je podle jeho odborného názoru pro pojištěnce nejvhodnější, a připojí i informaci o rozsahu úhrady všech v úvahu přicházejících variant. Pojištěnci poskytne takové ošetření, se kterým pojištěnec vysloví informovaný souhlas.

Je na místě připomenout, že povinnost seznámit pojištěnce (stejně jako kteréhokoliv jiného pacienta) s variantami ošetření vyplývá z obecných předpisů upravujících poskytování zdravotních služeb, nejedná se tedy o novinku související se změnami v úhradách výplní. Variantami se přitom rozumí jen reálné varianty, které z medicínského hlediska přicházejí v úvahu v dané konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. V praxi to znamená, že lze-li konkrétní stálý zub dospělého pojištěnce ošetřit lege artis jak částečně hrazenou výplní z fotokompozitu, tak plně hrazenou výplní ze skloionomerního cementu, je třeba pojištěnce seznámit s oběma těmito variantami a vysvětlit mu rozdíly mezi nimi. **Jestliže ale (např. s ohledem na rozsah a umístění výplně) existuje pouze jediné lege artis řešení v podobě částečně hrazené výplně z fotokompozitu, nabídne poskytovatel pojištěnci pouze tuto variantu.** Pojištěnec se nemůže domáhat ošetření stálého zubu výplní plně hrazenou ze zdravotního pojištění, jestliže by zhotovení takové výplně bylo non lege artis. Takovou výplň totiž poskytovatel pojištěnci nesmí vůbec poskytnout.

Žádnou z variant výplní, se kterými počítá zákon o veřejném zdravotním pojištění (vrstvená a nevrstvená výplň z fotokompozitu, výplň ze samopolymerujícího kompozitu, ze skloionomerního cementu, z duálně tuhoucího materiálu či z amalgámu), není možno paušálně označit za non lege artis. Smluvní poskytovatel ani nemůže paušálně odmítat poskytování výkonů, které sjednal ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou, s obecným odkazem

na to, že jsou non lege artis. Použitelnost konkrétního materiálu je nutno posuzovat vždy v konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. Přitom je třeba brát v úvahu medicínské i právní limity použití jednotlivých materiálů (tak např. výplň ze skloionomerního cementu je méně trvanlivá, použití amalgámu je významně omezeno předpisy o používání rtuti, použití nevrstvené výplně z fotokompozitu je zase limitováno hloubkou kavity či obecněji rozsahem výplně apod.). Použitelnost konkrétního materiálu či postupu pro konkrétního pojištěnce, a tedy i paleta variant ošetření, o kterých musí poskytovatel pojištěnce informovat, bude vždy záležet na aktuálním zdravotním stavu pojištěnce (rozsah kazu, zasažené plošky zubu atd.).

Výplně nehrazené ze zdravotního pojištění

Výplně nehrazené ze zdravotního pojištění, tedy takové, které by celé zaplatil pojištěnec, přicházejí od roku 2026 u smluvního poskytovatele v úvahu jen ve zcela specifických případech:

- zhotovení výplně z duálně či chemicky tuhnutího materiálu tam, kde bylo možné použít nevrstvenou výplň z fotokompozitu (podrobnosti ke zvláštnímu režimu amalgámu ve výkladu ke kódům 00829 a 00830),
- zhotovení výplně na zubu, který byl před dobou kratší než 2 roky ošetřen výplní plně hrazenou ze zdravotního pojištění (tzv. zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce).

Pojištěnec musí být vždy informován, zda ošetření bude hrazeno plně, částečně či zda vůbec nebude hrazeno ze zdravotního pojištění. Tuto informaci musí poskytovatel pojištěnci sdělit před zahájením ošetření. Lze-li předpokládat, že se po zahájení ošetření ukáže, že rozsah úhrady bude jiný (např. až při preparaci se ukáže, že kaz zasahuje hlouběji, než se původně jevílo, a proto nebude možné použít nevrstvenou výplň), je třeba o takové možnosti pojištěnce před zahájením ošetření náležitě poučit a vysvětlit mu, jaké úhradové možnosti přicházejí v úvahu. Pokud pak při ošetření skutečně vyjde najevo, že rozsah úhrady musí být jiný (zpravidla že nebude možno výplň zhotovit jako plně hrazenou ze zdravotního pojištění), je třeba to pojištěnci bezodkladně sdělit.

Ve zdravotnické dokumentaci musí být jednoznačně uvedeno, že pojištěnci byla zhotovena výplň z chemicky či duálně tuhnutího materiálu. Současně musí být ze zdravotnické dokumentace zřejmé, proč nebylo možno použít nevrstvenou výplň fotokompozitu. Pokud by pojištěnec trval na zhotovení výplně z chemicky či duálně tuhnutího materiálu, přestože by nevrstvenou výplň z fotokompozitu bylo možno zhotovit, je nutné pojištěnce předem informovat o tom, že by výplň z chemicky či duálně tuhnutího materiálu za této situace nebyla hrazena ze zdravotního pojištění; o tomto poučení a následné volbě nehrazené varianty výplně je vhodné učinit záznam do zdravotnické dokumentace.

Počet ošetřených plošek

Kódem 00837 se vykazuje zhotovení výplně na 3 a více ploškách bez ohledu na počet výplní. Tak např. ošetření tříploškovou výplní, stejně jako ošetření jednou výplní jednoploškovou a jednou dvouploškovou nebo ošetření třemi jednoploškovými výplněmi se vykáže jedním kódem 00837. Z toho plyne, že **při ošetření jednoho zubu nikdy nemůže být vykázána kombinace kódů 00836 a 00837, ale vždy pouze jeden z nich**. Počet dotčených plošek je třeba sečíst bez ohledu na to, kolik výplní na nich bylo zhotoveno, a celé ošetření vykázat právě tím kódem, který odpovídá součtu plošek.

Příklad 1: Zub 46 byl ošetřen jednou výplní z chemicky nebo duálně tuhnutího materiálu na bukalní plošce. Výplň se vykáže kódem 00836.

Příklad 2: Zub 46 byl ošetřen výplněmi z chemicky nebo duálně tuhnutího materiálu na dvou ploškách – jednou na bukalní plošce a jednou na lingvální plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00836.

Příklad 3: Zub 46 byl ošetřen dvěma samostatnými výplněmi z chemicky nebo duálně tuhnutího materiálu na okluzní plošce a jednou na bukalní plošce. Výplně se vykážou jedním kódem 00836. Je tomu tak proto, že zub byl sice ošetřen třemi jednotlivými výplněmi, ale pouze na dvou ploškách – okluzní a bukalní. Rozhodující není počet výplní, ale počet ošetřených plošek.

Příklad 4: Zub 46 byl ošetřen jednotlivými výplněmi z chemicky nebo duálně tuhnutího materiálu na třech ploškách – jednou na bukalní plošce, jednou na lingvální plošce a jednou na okluzní plošce. Jedná se o ošetření tří plošek, proto se výplně nevykážou několika kódy 00836, ale vykážou se jedním kódem 00837(kód pro ošetření na 3 a více ploškách).

Signální kódy označující počet ošetřených plošek se od roku 2026 nevykazují. Kódy 00836 a 00837 informací o tom, na kolika ploškách byla výplň zhotovena, nesou samy o sobě.

00837 – zákonné frekvenční omezení nároku pojištění

Na stálém zubu dospělého pojištěnce, na kterém byla počínaje rokem 2026 zhotovena a vykázána (některým z kódů 00829, 00830, 00836, 00837, 00838) **plně hrazená** výplň, lze **novou plně hrazenou výplň** zhotovit a kódem 00836 vykázat **až po uplynutí 2 let. Výplň zhotovená během těchto 2 let na stejném zubu**, který byl dříve ošetřen plně hrazenou výplní, **není vůbec hrazena ze zdravotního pojištění** a pojištěnec si ji musí zaplatit sám.

Jde o zcela nový princip, se kterým jsme se dosud u stomatologických výkonů nesetkávali. Do jisté míry se podobá množstevnímu limitu u stomatologických výrobků. Jedná se o skutečné omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní. Zákonné frekvenční omezení nároku znamená, že po zákonem stanovenou dobu není výkon vůbec hrazen ze zdravotního pojištění, a proto za jeho poskytnutí může poskytovatel požadovat od pojištěnce přímou úhradu. Proto také není uvedeno v textu úhradové vyhlášky (tabulka výše), neboť úhradová vyhláška nemůže omezit nárok pojištěnce, ale jen regulovat vykazování ze strany poskytovatele.

Zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní lze blíže charakterizovat v těchto bodech:

- omezení se vztahuje na **stálý zub dospělého pojištěnce**, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena plně hrazená výplň vykázaná kódem 00829, 00830, 00836, 00837 nebo 00838. Výplň částečně hrazená (kód 00835) či dokonce nehrazená ze zdravotního pojištění tyto účinky nemá. Stejně tak tyto účinky nemá plně hrazená výplň zhotovená pojištěnci do 18 let (kódy 00832, 00833, 00834), s to ani pro dobu, kdy již dosáhl zletilosti,
- plně hrazená výplň, která způsobí omezení nároku pojištěnce, musí být zhotovena (a vykázána) nejdříve v roce 2026. Dříve zhotovené výplně, i kdyby byly plně hrazené ze zdravotního pojištění, nárok pojištěnce na ošetření stejného zubu neomezují,
- nárok pojištěnce je omezen tak, že **kterákoliv výplň zhotovená ve dvouleté lhůtě od zhotovení plně hrazené výplně na stejném zubu je nehrazená** ze zdravotního pojištění a **pojištěnec si ji musí celou zaplatit sám**. Není tudíž přípustná ani plná, ani částečná úhrada ze zdravotního pojištění; na stejném zubu tedy ve lhůtě 2 let od zhotovení

plně hrazené výplně nelze vykázat kódy 00835 (částečně hrazené ošetření stálého zubu výplní) ani 00829, 00830, 00836, 00837 či 00838 (tyto kódy označují ošetření stálého zubu výplní, které je plně hrazené ze zdravotního pojištění),

- zákonné omezení nároku pojištěnce se vztahuje k pojištěnci, nikoliv k poskytovateli. Po dobu dvou let od ošetření zubu plně hrazenou výplní je tak opakované ošetření stejného zubu výplní vždy nehrazené ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na to, zda toto ošetření provede stejný poskytovatel nebo poskytovatel jiný (podobně funguje množstevní limit u stomatologických výrobků),
- **omezení** nároku pojištěnce **neplatí**, jde-li o **výplň zhotovenou v návaznosti na plně hrazené endodontické ošetření nebo o výplň zhotovenou u pojištěnce s vysokou kazivostí při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu**. V těchto případech proto bude ošetření stálého zubu výplní hrazeno ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kolik času uběhlo od předchozího zhotovení výplně plně hrazené ze zdravotního pojištění na stejném zubu. Ošetření se vykáže některým z kódů 00829, 00830, 00835, 00836, 00837 nebo 00838 podle toho, o jakou výplň se bude jednat a ze kterého materiálu bude zhotovena. Společně s těmito kódy pak je nutné vykázat příslušnou diagnózu, například K04.x apod.

Upozornění: Vykázání výplně před uplynutím 2 let od ošetření stejného zubu plně hrazenou výplní **není možno odůvodnit úrazem ani endodontickým ošetřením**, které by bylo **hrazeno** ze zdravotního pojištění **pouze částečně**. Podmínky prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce jsou tedy jiné (užší) než podmínky pro prolomení obvyčejného regulačního omezení (o tom v podrobnostech dále)

00837 – regulační omezení

Vedle zákonného frekvenčního omezení se u kódu 00837 uplatňují též některá regulační omezení. První z nich říká, že kód 00837 nelze vykázat v kombinaci s kódy 00829, 00830 a 00838. To znamená, že v jednom dni na jednom zubu není možné vykázat nevrstvenou výplň z fotokompozitu a výplň z chemického nebo duálně tuhajícího materiálu ani výplň z amalgámu (který je též chemicky tuhoucím materiálem, ale vykazuje se jinými kódy než výplně z ostatních chemicky tuhoucích materiálů). Regulační omezení je nutno chápat tak, že omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Z toho plyne, že pokud by poskytovatel na jednom zubu zhotovil nevrstvenou výplň z fotokompozitu a současně ve stejném dni výplň například ze skloionomerního cementu, může zdravotní pojišťovně vykázat jen jednu z nich, ale po pojištěnci nesmí požadovat žádnou úhradu.

Je vhodné připomenout (bližší výklad k tomu výše v části Počet ošetřených plošek), že kód 00837 není možné na jednom zubu v jeden den vykázat v kombinaci s kódem 00836. Obdobně to funguje i u amalgámových výplní (kódy 00829 a 00830). A regulačními omezeními kódu 00830 a kódů 00829, resp. 00830 jsou vyloučeny i kombinace mezi nimi. **Lze tak vyslovit obecný závěr, že na jednom zubu lze v jeden den vykázat pouze jeden kód plně hrazené výplně** (tedy buď 00836, nebo 00837, anebo 00838, anebo 00829, anebo 00830; kterákoliv kombinace těchto kódů v jeden den na jednom zubu je vyloučena buď pravidly o počtu ošetřených plošek, nebo regulačním omezením).

Regulační omezení nedopadá na kombinaci kódu 00837 s kódem 00835 (částečně hrazená výplň z fotokompozitu). Přesto kódy 00837 a 00835 nelze vykázat na stejném zubu v jeden den (k tomu podrobněji dále v praktických poznámkách k vykazování).

Specificky pro rok 2026 pak platí ještě regulační omezení, které říká, že kód 00837 lze v roce 2026 vykázat až po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025. Jde o uplatnění známého a do konce roku 2025 běžně užívaného principu jednoho vykazaného ošetření zubu výplní za 365 dní. Je třeba ovšem zdůraznit, že v tomto případě jde o klasické regulační omezení. Regulační omezení omezuje vykazování kódu poskytovatelem, nikoliv nárok pojištěnce. Regulační omezení je nutno chápat tak, že po dobu 365 dní od vykázání výplně nelze případnou další výplň na stejném zubu vykázat zdravotní pojišťovně ani naučtovat pojištěnci. Pokud by se stalo, že na stejném zubu bude třeba během 365 dní od vykázání výplně zhotovit výplň další, musí to poskytovatel udělat na své náklady. Toto regulační omezení se bude uplatňovat jen v roce 2026, neboť v dalších letech už uplyne 365 dní od zhotovení všech výplní zhotovených v roce 2025. Jde v podstatě o přechodné opatření, jehož cílem je překlenout přechod z dosavadní právní úpravy úhrad výplní na právní úpravu novou.

Regulační omezení se (na rozdíl od zákonného omezení nároku) vztahuje na poskytovatele. Znamená to, že regulační omezení dopadá jen na kódy vykazované stejným poskytovatelem.

Prolomení regulačního omezení

Toto regulační omezení neplatí, jde-li o zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. V těchto případech je možno kód 00837 v roce 2026 vykázat i dříve, než uplyne 365 dní od vykázání kódu 00921 v roce 2025 na stejném zubu. Zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu se vykáže s příslušnou jinou diagnózou (např. např. K04.4 nebo S02.5). Stejně tak je třeba vykázat příslušnou diagnózu celkového závažného onemocnění, je-li důvodem pro dřívější vykázání kódu 00837.

Příklad: Zub 45 byl dne 2. prosince 2025 ošetřen výplní, výkon byl vykázán kódem 00921 s diagnózou K02.1. Dne 4. dubna 2026 byl tento zub endodonticky ošetřen a po endodontickém ošetření byla vykázána výplň z chemicky tuhnutí materiálu kódem 00837 s diagnózou K04.0 (pulpitis). Tato výplň byla zhotovena z důvodu komplikace ošetřeného kazu, a proto bude uhrazena ze zdravotního pojištění. Dne 9. září 2026 byl zub ošetřen výplní z chemicky tuhnutí materiálu (kód 00837) znovu, tentokrát s diagnózou K04.5 (periodontitis). Zdravotní pojišťovna takto zhotovenou výplň neuhradí, protože se již nejedná o komplikaci ošetřeného zubního kazu. Úhradu nelze požadovat ani od pojištěnce (jde totiž o regulační omezení).

Jak řečeno již dříve, důvody prolomení regulačního omezení se liší od důvodů prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce. Rozdíly jsou následující:

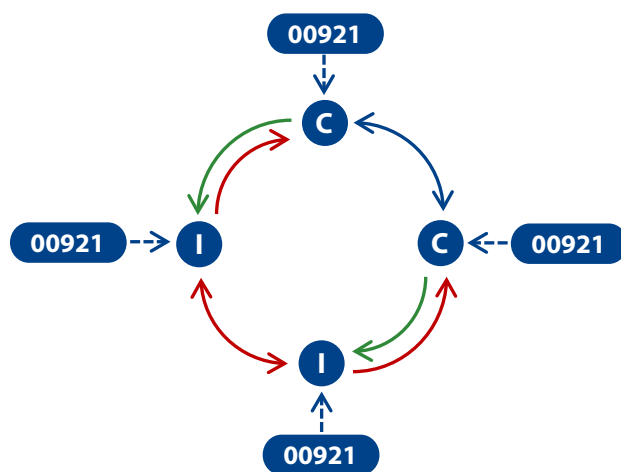
- **komplikace ošetřeného zubního kazu.** Regulační omezení je prolomeno vždy, jde-li o řešení komplikací ošetřeného zubního kazu (tedy jak v případě, že komplikace je řešena plně hrazeným endodontickým ošetřením, tak i tehdy, je-li komplikace řešena částečně hrazeným endodontickým ošetřením). Naproti tomu zákonné frekvenční omezení neplatí jen v případě, je-li komplikace ošetřeného zubního kazu řešena endodontickým ošetřením plně hrazeným ze zdravotního pojištění,
- **úraz** je důvodem pro prolomení regulačního omezení, nikoliv však zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce,

- **vysoká kazivost** při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu prolamuje jak regulační omezení, tak zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce.

Vztah zákonného frekvenčního omezení nároku a regulačního omezení

Zákonné frekvenční omezení nároku a regulační omezení u výplní na stálých zubech dospělých pojištěnců a jejich vzájemný vztah lze vyjádřit i graficky na následujícím kruhovém diagramu. Tento diagram znázorňuje tato pravidla:

- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat plně hrazenou výplň (I) bez omezení (zelená barva),
- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat novou částečně hrazenou výplň (C) až po uplynutí 730 dnů (modrá barva označuje regulační omezení),
- po plně hrazené výplni (I) lze na stejném zubu vykázat kteroukoliv výplň (I, C) až po uplynutí dvou let (červená barva označuje zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce),
- kteroukoliv výplň (I, C) lze vykázat až po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025 (modrá barva označuje regulační omezení).



LEGENDA:

- C** datum vykázání částečně hrazené výplně v roce 2026 (kód 00835)
- I** datum vykázání plně hrazené výplně v roce 2026 (kód 00829, 00830, 00836, 00837 nebo 00838)

00921 datum vykázání kódu 00921 v roce 2025

Kteroukoliv výplň označenou kódy 00829 („I“), 00835 („C“), 00836 („I“), 00837 („I“) nebo 00838 („I“) lze v roce 2026 vykázat nejdříve 365 dní od vykázání kódu 00921 v roce 2025

- 2 roky** – zákonné omezení
- 365 dní** – regulační omezení
- 750 dní** – regulační omezení
- bez omezení** – není stanovené zákonné ani regulační omezení

00837 – lokalizace

zub

00837 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast pacienta v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00837 nejsou přípustné, stejně tak jako jeho podmínění výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00837 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pacient však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906.

Vykázání kódu 00837 v kombinaci s kódem 00835 v jeden den na jednom zubu není možné. Je tomu tak proto, že kód 00835 zahrnuje ošetření zubu výplní bez ohledu na počet ošetřených plošek a počet výplní. Vykázání další výplně na témže zubu by tak znamenalo dvojitou úhradu jednoho ošetření.

00829 – Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00829	<p><u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek</u></p> <p>Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu v kapslové formě na 1 nebo 2 ploškách, bez ohledu na počet výplní. U těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců od 18 let lze použít pouze v případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.</p>	<p>Lokalizace – zub.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	800 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad výplně stálého zubu u pojištěnců od 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ošetření stálého zubu plastickou výplní u dospělých pojištěnců je (až na velmi specifické výjimky) částečně nebo plně hrazeno ze zdravotního pojištění,
- použití amalgámu je u těhotných a kojících žen a s účinností od 1. července 2026 i u všech ostatních pojištěnců možné jen výjimečně, nelze-li s ohledem na specifické zdravotní potřeby pojištěnce použít jiný materiál, od rozlišování výplně z amalgámu v základním a jiném provedení se upouští,
- **částečně hrazeno** ze zdravotního pojištění (kód 00835) je ošetření kteroukoliv plastickou výplní s výjimkou výplně z duálně či chemicky tuhnutího materiálu a s výjimkou nevrstvené výplně z fotokompozitu. V současné době bude částečně hrazenou výplní primárně **vrstvená výplň z fotokompozitu**. Částečná úhrada znamená, že ze zdravotního pojištění je hrazena část ceny ošetření, zbytek doplácí pojištěnec,
- **plně hrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření **nevrstvenou výplní z fotokompozitu** (kód 00838), **výplní z chemicky či duálně tuhnutího materiálu** s výjimkou amalgámu (kódy 00836, 00837) a **výplní z amalgámu** v kapslové formě (kódy 00829, 00830),
- **nehrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce jen v těchto specifických případech:
 - jde-li o ošetření zubu, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena **výplň plně hrazená** ze zdravotního pojištění. Pokud dospělý pojištěnec potřebuje výplň na stálém zubu, který mu byl před méně než 2 roky ošetřen plně hrazenou výplní, musí cenu takové výplně zaplatit celou sám,
 - byl-li při zhotovení plně hrazené výplně použit duálně či chemicky tuhnutí materiál, ačkoliv bylo možné zub ošetřit nevrstvenou výplní z fotokompozitu (upozornění: výplň z amalgámu má jiný režim, jak je vysvětleno dále),

- kód 00921, dosud používaný pro vykazování výplní stálých zubů, byl zrušen,
- kód 00829 byl v roce 2025 používán jako kód signální. V této podobě svůj účel už splnil, proto dostal novou definici a nyní se používá jako kód pro vykazování amalgámové výplně do 2 plošek.

00829 – shrnutí

zub: stálý zub pojištěnce od 18 let

materiál: amalgám v kapslové formě

počet ošetřených plošek: do 2

úhrada: plná úhrada ze zdravotního pojištění, od pojištěnce nelze za výkon požadovat žádné doplatky ani jiné úhrady

omezení:

- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 2 roky po plně hrazené výplni (00829, 00830, 00836, 00837, 00838) zhotovené na stejném zubu
- v roce 2026 úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dnů po kódu 00921 vykázaném v roce 2025 na stejném zubu

lokalizace: zub

00829 – popis kódu

Vyazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu **dospělého pojištěnce** výplní z amalgámu na jedné nebo dvou ploškách. Kód je možno vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy na kterémkoliv stálém zubu dospělého pojištěnce.

Kód 00829 byl v roce 2025 signálním kódem, který se používal v kombinaci s tehdy platným kódem 00921. Kód 00829 signalizoval, že výplň vykázaná kódem 00921 byla zhotovena na dvou ploškách. Od roku 2026 již kód 00829 není signálním kódem, jde nově o plnohodnotný kód označující zhotovení výplně z amalgámu v kapslové formě na 1 nebo 2 ploškách. Někdejší vazba na kód 00921 nově neexistuje, kód 00921 byl zrušen.

Pro použití výplně z amalgámu se v průběhu roku 2026 začnou i u dospělých pojištěnců uplatňovat významná zákonná omezení. Tato omezení lze zjednodušeně shrnout tak, že od 1. července 2026 bude použití amalgámu při zhotovení výplně možné jen zcela výjimečně.

Podmínky použití amalgámu u dospělých pojištěnců na stálých zubech

Do 30. června 2026 platí, pokud jde o možnost používat amalgám v zubním lékařství u dospělých pacientů, stejný režim jako v roce 2025. To znamená, že těhotným a kojícím ženám lze na stálém zubu zhotovit a kódem 00829 vykázat výplň z amalgámu jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pacientky. U ostatních dospělých pojištěnců toto omezení do konce června 2026 neplatí.

Od 1. července 2026 pak pravidlo, že použití amalgámu je přípustné jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pacienta, **platí pro všechny pacienty.**

Specifické zdravotní potřeby pacienta zahrnují zejména takové faktory, jako je lokalizace výplně, anatomické a funkční poměry v ústech pacienta, alergie či psychický a fyzický stav pacienta. Použití amalgámu lze považovat za naprosto nezbytné, jestliže některý faktor samostatně nebo v kombinaci s jinými faktory vylučuje u pacienta použití jiného plastického výplňového materiálu. Použití jiného plastického výplňového materiálu je přitom vyloučeno nejen tehdy, jestliže z něj výplň na náležitě odborné úrovni vůbec nelze zhotovit, ale i tehdy, jestliže výplň na náležitě odborné úrovni z jiného materiálu sice zhotovit lze, ale jen s nepoměrně vyšší zdravotní zátěží (např. v celkové anestezii). Použití jiného plastického výplňového materiálu naopak není vyloučeno, jestliže jej zubní lékař nemůže použít jen proto, že s ním obvykle nepracuje nebo jej aktuálně nemá k dispozici, přestože je jinak dostupný. Pro podrobnosti k používání amalgámu lze odkázat na odborné stanovisko představenstva České stomatologické komory dostupné na <https://www.dent.cz/o-nas/stavovsky-predpis/286617f5-543f-4474-a67a-0439d2f80000>).

Zjednodušeně lze říct, že počínaje 1. červencem 2026 lze kterémukoliv pojištěnci od 18 let zhotovit a zdravotní pojišťovně kódem 00829 vykázat výplň z amalgámu jen tehdy, pokud je s ohledem na zdravotní stav pojištěnce či technologická omezení s ním související vyloučeno použití všech ostatních plastických výplňových materiálů, tedy nejen fotokompozitu, ale i dalších dostupných materiálů. Naproti tomu extrakci zubu nelze považovat za variantu péče, jejíž dostupnost by bránila použití amalgámu. Právě naopak. Extrakci je jakožto výkon podstatně invazivnější nutno vnímat jako tu variantu péče, která použití amalgámu při vyloučení všech jiných variant plastických výplní odůvodňuje. Jinými slovy, amalgám lze jako výplňový materiál použít, nejsou-li z důvodů specifických zdravotních potřeb pacienta použitelné jiné materiály a dalším dostupným řešením situace je extrakce.

Přípustné je jen použití amalgámu v kapslové formě v předem určených dávkách (tzv. dózovaný amalgám). Použití volně balené rtuti (nedózovaného amalgámu) zubními lékaři je zakázáno za všech okolností.

Použití amalgámu v situaci, kdy je možné zhotovit výplň z jiného plastického materiálu, je od 1. července 2026 u všech pojištěnců výslovně zakázáno. Zhotovení výplně z amalgámu v situaci, kdy pro pojištěnce existuje jiná varianta, proto nepřichází v úvahu.

Ze zdravotnické dokumentace musí jasně vyplývat, že pojištěnci byla zhotovena výplň z amalgámu. Současně musí být ze zdravotnické dokumentace zřejmé, proč nebylo možno použít jiný materiál.

Počet ošetřených plošek

Kódem 00829 se vykazuje zhotovení amalgámové výplně na 1 či 2 ploškách bez ohledu na počet výplní. Tak např. zhotovení dvou výplní z amalgámu na jedné plošce nebo 3 amalgámových výplní na celkem dvou ploškách se vykáže jedním kódem 00829. Pokud by zub byl ošetřen amalgámovou výplní na třech a více ploškách (a to jak tříploškovou výplní, tak např. jednou amalgámovou výplní jednoploškovou a jednou dvouploškovou nebo třemi jednoploškovými amalgámovými výplněmi), nevykazují se dva kódy 00829, ale jeden kód 00830. Z toho plyne, že **při ošetření jednoho zubu nikdy nemůže být vykázána kombinace kódů 00829 a 00830, ale vždy pouze jeden z nich.** Počet dotčených plošek je třeba sečíst bez ohledu na to, kolik výplní na nich bylo zhotoveno, a celé ošetření vykázat právě tím kódem, který odpovídá součtu plošek.

Může pojištěnec trvat na výplni z amalgámu?

Poskytovatel je podle smlouvy o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb vždy povinen nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady. Do konce roku 2025 existovala u stálých zubů dospělých pojištěnců pouze varianta výplně, která byla buď plně hrazená ze zdravotního pojištění, anebo zcela nehrazená ze zdravotního pojištění. Od roku 2026 je k dispozici jak plně, tak i částečně hrazená varianta ošetření stálého zubu plastickou výplní; ošetření stálého zubu výplní, které by bylo zcela nehrazené ze zdravotního pojištění, od roku 2026 u smluvního poskytovatele přichází v úvahu jen ve zcela specifických případech (k tomu podrobněji dále).

Poskytovatel zdravotních služeb je povinen pojištěnce seznámit se všemi legálními variantami ošetření, které s ohledem na jeho zdravotní stav a potřeby přicházejí z medicínského hlediska v úvahu; doporučí přitom tu, která je podle jeho odborného názoru pro pojištěnce nejvhodnější, a připojí i informaci o rozsahu úhrady všech v úvahu přicházejících variant. Pojištěnci poskytne takové ošetření, se kterým pojištěnec vysloví informovaný souhlas.

Je na místě připomenout, že povinnost seznámit pojištěnce (stejně jako kteréhokoliv jiného pacienta) s variantami ošetření vyplývá z obecných předpisů upravujících poskytování zdravotních služeb, nejedná se tedy o novinku související se změnami v úhradách výplní. Variantami se přitom rozumí jen reálné varianty, které z medicínského a právního hlediska přicházejí v úvahu v dané konkrétní situaci konkrétního pojištěnce.

Specificky u amalgámu se u některých skupin pojištěnců již uplatňují a u všech pojištěnců od 1. července 2026 budou uplatňovat významná právní omezení rozebraná výše. Pro zubního lékaře tato omezení znamenají, že je-li v dané situaci k dispozici jiný materiál, nesmí amalgám použít, a to ani tehdy, pokud by z medicínského hlediska bylo použití amalgámu možné. Ze zákonných omezení amalgámu plyne i to, že **pojištěnec nemůže trvat na použití amalgámu, pokud existuje jiná varianta plastické výplně, a to ani tehdy, pokud by touto variantou byla pouze vrstvená výplň z fotokompozitu, tedy částečně hrazený výkon.** Je tomu tak proto, že v situaci, kdy lze výplň zhotovit z jiného plastického materiálu než z amalgámu, nesmí zubní lékař výplň z amalgámu pacientovi zhotovit, ba ani nabídnout. Amalgám tudíž není rovnocennou alternativou v tom smyslu, že by mohl zubní lékař dát pacientovi vybrat, zda si přeje výplň zhotovit z amalgámu či z jiného materiálu. Použití amalgámu je možné jen tehdy, pokud z důvodu specifických zdravotních potřeb pacienta žádné jiné alternativy plastické výplně neexistují.

Popsané důsledky neplynou z úhradových mechanismů či požadavků zdravotních pojišťoven, ale z právních předpisů upravujících nakládání se rtutí. Proto také platí, že výše popsané principy použití amalgámu jako materiálu poslední volby platí bez ohledu na to, zda a případně v jakém rozsahu jsou dostupné alternativy amalgámu hrazené ze zdravotního pojištění. Jinými slovy, **zubní lékař nesmí použít amalgám v situaci, kdy pojištěnci lze výplň zhotovit z fotokompozitu, přičemž nezáleží na tom, že výplň z fotokompozitu je jen částečně hrazená ze zdravotního pojištění.** Argument pojištěnce, že mu stačí amalgám, jen aby nemusel nic platit, nemůže zubní lékař v popsané situaci akceptovat. Porušil by tím totiž právní předpisy omezující používání amalgámu jako sloučeniny rtuti.

Nehrazená výplň z amalgámu

Od dosud užívaného rozdělení amalgámových výplní na základní a jiné provedení se upouští. Výplň z amalgámu je proto plně hrazená bez ohledu na provedení.

Amalgámová výplň nehrazená ze zdravotního pojištění (tedy taková, kterou by zaplatil sám pojištěnec) přichází od roku 2026 u smluvního poskytovatele v úvahu jen ve zcela specifickém případě. Jedná se o situaci, kdy by byla zhotovena dospělému pojištěnci na zubu, který byl před dobou kratší než 2 roky ošetřen výplní plně hrazenou ze zdravotního pojištění (tzv. zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce vysvětlené dále).

Zákaz použití amalgámu v situaci, kdy existuje lege artis možnost použití jiného materiálu výplně, platí bez ohledu na úhradový režim. Ošetření amalgámovou výplní, jsou-li k dispozici jiné alternativní materiály, je zakázáno, a proto je nelze poskytnout ani jako výkon hrazený ze zdravotního pojištění, ani jako výkon placený pacientem. Zákaz se vztahuje i na nesmluvní poskytovatele.

Pojištěnec musí být vždy informován, zda ošetření bude hrazeno plně, částečně či zda vůbec nebude hrazeno ze zdravotního pojištění. Tuto informaci musí poskytovatel pojištěnci sdělit před zahájením ošetření.

00829 – zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce

Na stálém zubu dospělého pojištěnce, na kterém byla počínaje rokem 2026 zhotovena a vykázána (některým z kódů 00829, 00830, 00836, 00837, 00838) **plně hrazená výplň**, lze **novou plně hrazenou výplň** zhotovit a kódem 00829 vykázat až **po uplynutí 2 let**. **Výplň zhotovená během těchto 2 let na stejném zubu**, který byl dříve ošetřen **plně hrazenou** výplní, **není vůbec hrazena ze zdravotního pojištění** a pojištěnec si ji musí zaplatit sám.

Jde o zcela nový princip, se kterým jsme se dosud u stomatologických výkonů nesetkávali. Do jisté míry se podobá množstevnímu limitu u stomatologických výrobků. Jedná se o skutečné omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní. Zákonné frekvenční omezení nároku znamená, že po zákonem stanovenou dobu není výkon vůbec hrazen ze zdravotního pojištění, a proto za jeho poskytnutí může poskytovatel požadovat od pojištěnce přímou úhradu. Proto také není uvedeno v textu úhradové vyhlášky (tabulka výše), neboť úhradová vyhláška nemůže omezit nárok pojištěnce, ale jen regulovat vykazování ze strany poskytovatele.

Zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní lze blíže charakterizovat v těchto bodech:

- omezení se vztahuje na **stálý zub dospělého pojištěnce**, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena plně hrazená výplň vykázaná kódem 00829, 00830, 00836, 00837 nebo 00838. Výplň částečně hrazená (kód 00835) či dokonce nehrazená ze zdravotního pojištění tyto účinky nemá. Stejně tak tyto účinky nemá plně hrazená výplň zhotovená pojištěnci do 18 let (kódy 00832, 00833, 00834), s to ani pro dobu, kdy již dosáhl zletilosti,
- plně hrazená výplň, která způsobí omezení nároku pojištěnce, musí být zhotovena (a vykázána) nejdříve v roce 2026. Dříve zhotovené výplně, i kdyby byly plně hrazené ze zdravotního pojištění, nárok pojištěnce na ošetření stejného zubu neomezují,

- nárok pojištěnce je omezen tak, že **kterákoliv výplň zhotovená ve dvouleté lhůtě od zhotovení plně hrazené výplně na stejném zubu je nehrazená** ze zdravotního pojištění a **pojištěnec si ji musí celou zaplatit sám**. Není tudíž přípustná ani plná, ani částečná úhrada ze zdravotního pojištění; na stejném zubu tedy ve lhůtě 2 let od zhotovení plně hrazené výplně nelze vykázat kódy 00835 (částečně hrazené ošetření stálého zubu výplní) ani 00829, 00830, 00836, 00837 či 00838 (tyto kódy označují ošetření stálého zubu výplní, které je plně hrazené ze zdravotního pojištění),
- zákonné omezení nároku pojištěnce se vztahuje k pojištěnci, nikoliv k poskytovateli. Po dobu dvou let od ošetření zubu plně hrazenou výplní je tak opakované ošetření stejného zubu výplní vždy nehrazené ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na to, zda toto ošetření provede stejný poskytovatel nebo poskytovatel jiný (podobně funguje množstevní limit u stomatologických výrobků),
- **omezení nároku pojištěnce neplatí, jde-li o výplň zhotovenou v návaznosti na plně hrazené endodontické ošetření nebo o výplň zhotovenou u pojištěnce s vysokou kazivostí při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu**. V těchto případech proto bude ošetření stálého zubu výplní hrazeno ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kolik času uběhlo od předchozího zhotovení výplně plně hrazené ze zdravotního pojištění na stejném zubu. Ošetření se vykáže některým z kódů 00829, 00830, 00835, 00836, 00837 nebo 00838 podle toho, o jakou výplň se bude jednat a ze kterého materiálu bude zhotovena. Společně s těmito kódy pak je nutné vykázat příslušnou diagnózu, například K04.x apod.
Upozornění: Vykázání výplně před uplynutím 2 let od ošetření stejného zubu plně hrazenou výplní **není možno odůvodnit úrazem ani endodontickým ošetřením**, které by bylo **hrazeno** ze zdravotního pojištění **pouze částečně**. Podmínky prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce jsou tedy jiné (užší) než podmínky pro prolomení obvyčejného regulačního omezení (o tom v podrobnostech dále).

00829 – regulační omezení

Vedle zákonného frekvenčního omezení se u kódu 00829 uplatňují též některá regulační omezení. První z nich říká, že kód 00829 nelze vykázat v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838 (jde o kódy plně hrazených výplní z jiného materiálu než z amalgámu). Regulační omezení je nutno chápat tak, že omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Z toho plyne, že pokud by poskytovatel na jednom zubu zhotovil nevrstvenou výplň z fotokompozitu (kód 00838) a současně ve stejném dni výplň například ze skloionomerního cementu (kód 00836), může zdravotní pojišťovně vykázat jen jednu z nich, ale po pojištěnci nesmí požadovat žádnou úhradu.

Je vhodné připomenout (bližší výklad k tomu výše v části Počet ošetřených plošek), že kód 00829 není možné na jednom zubu v jeden den vykázat v kombinaci s kódem 00830. **Lze tak vyslovit obecný závěr, že na jednom zubu lze v jeden den vykázat pouze jeden kód plně hrazené výplně** (tedy buď 00829, nebo 00830, nebo 00836, nebo 00837, anebo 00838; kterákoliv kombinace těchto kódů v jeden den na jednom zubu je vyloučena buď pravidly o počtu ošetřených plošek, nebo regulačním omezením).

Regulační omezení nedopadá na kombinaci kódu 00829 s kódem 00835 (částečně hrazená výplň z fotokompozitu). Přesto kódy 00829 a 00835 nelze vykázat na stejném zubu v jeden den (k tomu podrobněji dále v praktických poznámkách k vykazování).

Specificky pro rok 2026 pak platí ještě regulační omezení, které říká, že kód 00829 lze v roce 2026 vykázat až po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025. Jde o uplatnění známého a do konce roku 2025 běžně užívaného principu jednoho vykazaného ošetření zubu výplní za 365 dní. Je třeba ovšem zdůraznit, že v tomto případě jde o klasické regulační omezení. Regulační omezení omezuje vykazování kódu poskytovatelem, nikoliv nárok pojištěnce. Regulační omezení je nutno chápat tak, že po dobu 365 dní od vykázání výplně nelze případnou další výplň na stejném zubu vykázat zdravotní pojišťovně ani naúčtovat pojištěnci. Pokud by se stalo, že na stejném zubu bude třeba během 365 dní od vykázání výplně zhotovit výplň další, musí to poskytovatel udělat na své náklady. Toto regulační omezení se bude uplatňovat jen v roce 2026, neboť v dalších letech už uplyne 365 dní od zhotovení všech výplní zhotovených v roce 2025. Jde v podstatě o přechodné opatření, jehož cílem je překlenout přechod z dosavadní právní úpravy úhrad výplní na právní úpravu novou.

Prolomení regulačního omezení

Toto regulační omezení neplatí, jde-li o zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. V těchto případech je možno kód 00829 v roce 2026 vykázat i dříve, než uplyne 365 dní od vykázání kódu 00921 v roce 2025 na stejném zubu (samozřejmě stále platí základní pravidlo, že amalgám lze použít jen výjimečně v situaci, kdy to je zcela nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce). Zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu se vykáže s příslušnou jinou diagnózou (např. např. K04.4 nebo S02.5). Stejně tak je třeba vykázat příslušnou diagnózu celkového závažného onemocnění, je-li důvodem pro dřívější vykázání kódu 00829.

Jak řečeno již dříve, důvody prolomení regulačního omezení se liší od důvodů prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce. Rozdíly jsou následující:

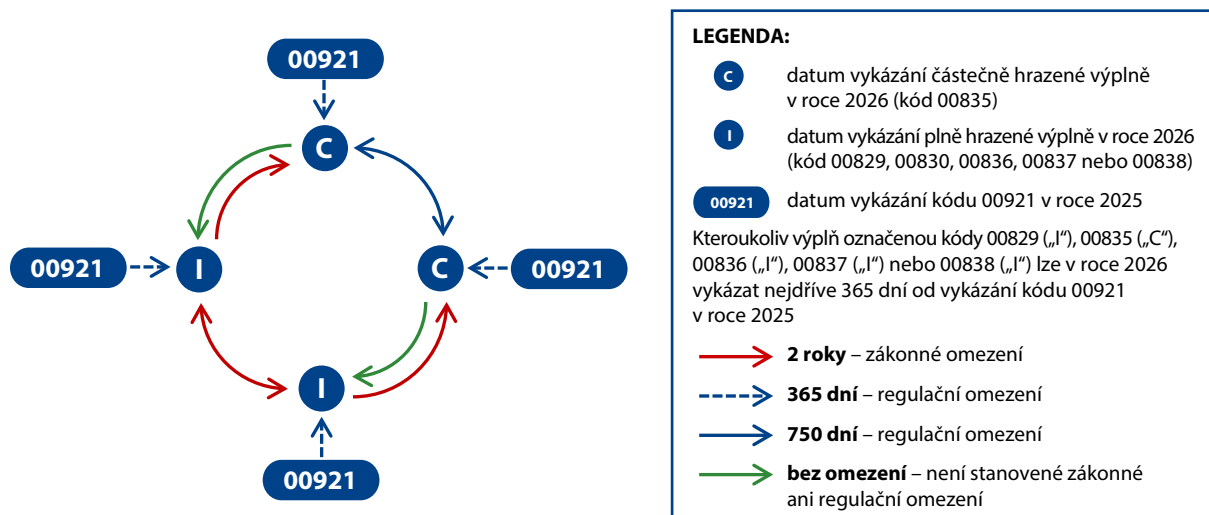
- **komplikace ošetřeného zubního kazu.** Regulační omezení je prolomeno vždy, jde-li o řešení komplikací ošetřeného zubního kazu (tedy jak v případě, že komplikace je řešena plně hrazeným endodontickým ošetřením, tak i tehdy, je-li komplikace řešena částečně hrazeným endodontickým ošetřením). Naproti tomu zákonné frekvenční omezení neplatí jen v případě, je-li komplikace ošetřeného zubního kazu řešena endodontickým ošetřením plně hrazeným ze zdravotního pojištění,
- **úraz** je důvodem pro prolomení regulačního omezení, nikoliv však zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce,
- **vysoká kazivost** při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu prolamuje jak regulační omezení, tak zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce.

Vztah zákonného frekvenčního omezení nároku a regulačního omezení

Zákonné frekvenční omezení nároku a regulační omezení u výplní na stálých zubech dospělých pojištěnců a jejich vzájemný vztah lze vyjádřit i graficky na následujícím kruhovém diagramu. Tento diagram znázorňuje tato pravidla:

- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat plně hrazenou výplň (I) bez omezení (zelená barva),
- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat novou částečně hrazenou výplň (C) až po uplynutí 730 dnů (modrá barva označuje regulační omezení),

- po plně hrazené výplni (I) lze na stejném zubu vykázat kteroukoliv výplň (I, C) až po uplynutí dvou let (červená barva označuje zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce),
- kteroukoliv výplň (I, C) lze vykázat až po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025 (modrá barva označuje regulační omezení).



00829 – lokalizace

zub

00829 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast pacienta v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00829 nejsou přípustné, stejně tak jako jeho podmínění výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00829 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pacient však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906.

Amalgámová výplň dočasného zubu se bez ohledu na věk pojištěnce vykazuje kódem 00831. Amalgámová výplň stálého zubu u pojištěnců do 18 let věku se vykazuje některým z kódů 00832, 00833 nebo 00834. O podmínkách použití amalgámu při ošetření dočasných zubů a stálých zubů pojištěnců do 18 let více ve výkladu k těmto kódům.

Vykázání kódu 00829 v kombinaci s kódem 00835 v jeden den na jednom zubu není možné. Je tomu tak proto, že kód 00835 zahrnuje ošetření zubu výplní bez ohledu na počet ošetřených plošek a počet výplní. Vykázání další výplně na témže zubu by tak znamenalo dvojitou úhradu jednoho ošetření.

00830 – Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00830	<p><u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek</u></p> <p>Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu v kapslové formě na 3 a více ploškách, včetně rekonstrukce růžku, bez ohledu na počet výplní. U těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců od 18 let lze použít pouze v případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.</p>	<p>Lokalizace – zub.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykazání kódu 00921. Dříve lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	900 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad výplně stálého zubu u pojištěnců od 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ošetření stálého zubu plastickou výplní u dospělých pojištěnců je (až na velmi specifické výjimky) částečně nebo plně hrazeno ze zdravotního pojištění,
- použití amalgámu je u těhotných a kojících žen a s účinností od 1. července 2026 i u všech ostatních pojištěnců možné jen výjimečně, nelze-li s ohledem na specifické zdravotní potřeby pojištěnce použít jiný materiál, od rozlišování výplně z amalgámu v základním a jiném provedení se upouští,
- **částečně hrazeno** ze zdravotního pojištění (kód 00835) je ošetření kteroukoliv plastickou výplní s výjimkou výplně z duálně či chemicky tuhnutího materiálu a s výjimkou nevrstvené výplně z fotokompozitu. V současné době bude částečně hrazenou výplní primárně **vrstvená výplň z fotokompozitu**. Částečná úhrada znamená, že ze zdravotního pojištění je hrazena část ceny ošetření, zbytek doplácí pojištěnec,
- **plně hrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření **nevrstvenou výplní z fotokompozitu** (kód 00838), **výplní z chemicky či duálně tuhnutího materiálu** s výjimkou amalgámu (kódy 00836, 00837) a **výplní z amalgámu** v kapslové formě (kódy 00829, 00830),
- **nehrazeno** ze zdravotního pojištění je ošetření stálého zubu dospělého pojištěnce jen v těchto specifických případech:
 - jde-li o ošetření zubu, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena **výplň plně hrazená** ze zdravotního pojištění. Pokud dospělý pojištěnec potřebuje výplň na stálém zubu, který mu byl před méně než 2 roky ošetřen plně hrazenou výplní, musí cenu takové výplně zaplatit celou sám,
 - byl-li při zhotovení plně hrazené výplně použit duálně či chemicky tuhnutí materiál, ačkoliv bylo možné zub ošetřit nevrstvenou výplní z fotokompozitu (upozornění: výplň z amalgámu má jiný režim, jak je vysvětleno dále),
- kód 00921, dosud používaný pro vykazování výplní stálých zubů, byl zrušen,

- kód 00830 byl v roce 2025 používán jako kód signální. V této podobě svůj účel už splnil, proto dostal novou definici a nyní se používá jako kód pro vykazování amalgámové výplně na 3 a více ploškách.

00830 – shrnutí

zub: stálý zub pojištěnce od 18 let

materiál: amalgám v kapslové formě

počet ošetřených plošek: 3 a více

úhrada: plná úhrada ze zdravotního pojištění, od pojištěnce nelze za výkon požadovat žádné doplatky ani jiné úhrady

omezení:

- úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 2 roky po plně hrazené výplni (00829, 00830, 00836, 00837, 00838) zhotovené na stejném zubu
- v roce 2026 úhrada ze zdravotního pojištění nejdříve 365 dnů po kódu 00921 vykázaném v roce 2025 na stejném zubu

lokalizace: zub

00830 – popis kódu

Vyazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu **dospělého pojištěnce** výplní z amalgámu na třech a více ploškách, včetně rekonstrukce růžku. Kód je možno vykázat v rozsahu celého chrupu, tedy na kterémkoliv stálém zubu dospělého pojištěnce.

Kód 00830 byl v roce 2025 signálním kódem, který se používal v kombinaci s tehdy platným kódem 00921. Kód 00830 signalizoval, že výplň vykázaná kódem 00921 byla zhotovena na třech a více ploškách. Od roku 2026 již kód 00830 není signálním kódem, jde nově o plnohodnotný kód označující zhotovení výplně z amalgámu v kapslové formě na 3 a více ploškách. Někdejší vazba na kód 00921 nově neexistuje, kód 00921 byl zrušen.

Pro použití výplně z amalgámu se v průběhu roku 2026 začnou i u dospělých pojištěnců uplatňovat významná zákonná omezení. Tato omezení lze zjednodušeně shrnout tak, že od 1. července 2026 bude použití amalgámu při zhotovení výplně možné jen zcela výjimečně.

Podmínky použití amalgámu u dospělých pojištěnců na stálých zubech

Do 30. června 2026 platí, pokud jde o možnost používat amalgám v zubním lékařství u dospělých pacientů, stejný režim jako v roce 2025. To znamená, že těhotným a kojícím ženám lze na stálém zubu zhotovit a kódem 00830 vykázat výplň z amalgámu jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pacientky. U ostatních dospělých pojištěnců toto omezení do konce června 2026 neplatí.

Od 1. července 2026 pak pravidlo, že použití amalgámu je přípustné jen v těch výjimečných případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pacienta, **platí pro všechny pacienty.**

Specifické zdravotní potřeby pacienta zahrnují zejména takové faktory, jako je lokalizace výplně, anatomické a funkční poměry v ústech pacienta, alergie či psychický a fyzický stav pacienta. Použití amalgámu lze považovat za naprosto nezbytné, jestliže některý faktor samostatně nebo v kombinaci s jinými faktory vylučuje u pacienta použití jiného plastického výplňového materiálu. Použití jiného plastického výplňového materiálu je přitom vyloučeno nejen tehdy, jestliže z něj výplň na náležitě odborné úrovni vůbec nelze zhotovit, ale i tehdy, jestliže výplň na náležitě odborné úrovni z jiného materiálu sice zhotovit lze, ale jen s nepoměrně vyšší zdravotní zátěží (např. v celkové anestezii). Použití jiného plastického výplňového materiálu naopak není vyloučeno, jestliže jej zubní lékař nemůže použít jen proto, že s ním obvykle nepracuje nebo jej aktuálně nemá k dispozici, přestože je jinak dostupný. Pro podrobnosti k používání amalgámu lze odkázat na odborné stanovisko představenstva České stomatologické komory dostupné na <https://www.dent.cz/o-nas/stavovsky-predpis/286617f5-543f-4474-a67a-0439d2f80000>).

Zjednodušeně lze říct, že počínaje 1. červencem 2026 lze kterémukoliv pojištěnci od 18 let zhotovit a zdravotní pojišťovně kódem 00830 vykázat výplň z amalgámu jen tehdy, pokud je s ohledem na zdravotní stav pojištěnce či technologická omezení s ním související vyloučeno použití všech ostatních plastických výplňových materiálů, tedy nejen fotokompozitu, ale i dalších dostupných materiálů. Naproti tomu extrakci zubu nelze považovat za variantu péče, jejíž dostupnost by bránila použití amalgámu. Právě naopak. Extrakci je jakožto výkon podstatně invazivnější nutno vnímat jako tu variantu péče, která použití amalgámu při vyloučení všech jiných variant plastických výplní odůvodňuje. Jinými slovy, amalgám lze jako výplňový materiál použít, nejsou-li z důvodů specifických zdravotních potřeb pacienta použitelné jiné materiály a dalším dostupným řešením situace je extrakce.

Přípustné je jen použití amalgámu v kapslové formě v předem určených dávkách (tzv. dózovaný amalgám). Použití volně balené rtuti (nedózovaného amalgámu) zubními lékaři je zakázáno za všech okolností.

Použití amalgámu v situaci, kdy je možné zhotovit výplň z jiného materiálu, je od 1. července 2026 u všech pojištěnců výslovně zakázáno. Zhotovení výplně z amalgámu v situaci, kdy pro pojištěnce existuje jiná varianta, proto nepřichází v úvahu.

Ze zdravotnické dokumentace musí jasně vyplývat, že pojištěnci byla zhotovena výplň z amalgámu. Současně musí být ze zdravotnické dokumentace zřejmé, proč nebylo možno použít jiný materiál.

Počet ošetřených plošek

Kódem 00830 se vykazuje zhotovení amalgámové výplně na 3 a více ploškách bez ohledu na počet výplní. Jde jak o ošetření tříploškovou amalgámovou výplní, tak např. jednou amalgámovou výplní jednoploškovou a jednou dvouploškovou nebo třemi jednoploškovými amalgámovými výplněmi). **Při ošetření jednoho zubu nikdy nemůže být vykázána kombinace kódů 00829 a 00830, ale vždy pouze jeden z nich.** Počet dotčených plošek je třeba sečíst bez ohledu na to, kolik výplní na nich bylo zhotoveno, a celé ošetření vykázat právě tím kódem, který odpovídá součtu plošek.

Může pojištěnec trvat na výplni z amalgámu?

Poskytovatel je podle smlouvy o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb vždy povinen nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady. Do konce roku 2025 existovala u stálých zubů dospělých pojištěnců pouze varianta výplně, která byla buď plně hrazená ze zdravotního pojištění, anebo zcela nehrazená ze zdravotního pojištění. Od roku 2026 je k dispozici jak plně, tak i částečně hrazená varianta ošetření stálého zubu plastickou výplní; ošetření stálého zubu výplní, které by bylo zcela nehrazené ze zdravotního pojištění, od roku 2026 u smluvního poskytovatele přichází v úvahu jen ve zcela specifických případech (k tomu podrobněji dále). **Poskytovatel zdravotních služeb je povinen pojištěnce seznámit se všemi legálními variantami ošetření, které s ohledem na jeho zdravotní stav a potřeby přicházejí z medicínského hlediska v úvahu;** doporučí přitom tu, která je podle jeho odborného názoru pro pojištěnce nejvhodnější, a připojí i informaci o rozsahu úhrady všech v úvahu přicházejících variant. Pojištěnci poskytne takové ošetření, se kterým pojištěnec vysloví informovaný souhlas.

Je na místě připomenout, že povinnost seznámit pojištěnce (stejně jako kteréhokoliv jiného pacienta) s variantami ošetření vyplývá z obecných předpisů upravujících poskytování zdravotních služeb, nejedná se tedy o novinku související se změnami v úhradách výplní. Variantami se přitom rozumí jen reálné varianty, které z medicínského a právního hlediska přicházejí v úvahu v dané konkrétní situaci konkrétního pojištěnce.

Specificky u amalgámu se u některých skupin pojištěnců již uplatňují a u všech pojištěnců od 1. července 2026 budou uplatňovat významná právní omezení rozebraná výše. Pro zubního lékaře tato omezení znamenají, že je-li v dané situaci k dispozici jiný materiál, nesmí amalgám použít, a to ani tehdy, pokud by z medicínského hlediska bylo použití amalgámu možné. Ze zákonných omezení amalgámu plyne i to, že **pojištěnec nemůže trvat na použití amalgámu, pokud existuje jiná varianta plastické výplně, a to ani tehdy, pokud by touto variantou byla pouze vrstvená výplň z fotokompozitu, tedy částečně hrazený výkon.** Je tomu tak proto, že v situaci, kdy lze výplň zhotovit z jiného plastického materiálu než z amalgámu, nesmí zubní lékař výplň z amalgámu pacientovi zhotovit, ba ani nabídnout. Amalgám tudíž není rovnocennou alternativou v tom smyslu, že by mohl zubní lékař dát pacientovi vybrat, zda si přeje výplň zhotovit z amalgámu či z jiného materiálu. Použití amalgámu je možné jen tehdy, pokud z důvodu specifických zdravotních potřeb pacienta žádné jiné alternativy plastické výplně neexistují.

Popsané důsledky neplynou z úhradových mechanismů či požadavků zdravotních pojišťoven, ale z právních předpisů upravujících nakládání se rtutí. Proto také platí, že výše popsané principy použití amalgámu jako materiálu poslední volby platí bez ohledu na to, zda a případně v jakém rozsahu jsou dostupné alternativy amalgámu hrazené ze zdravotního pojištění. Jinými slovy, **zubní lékař nesmí použít amalgám v situaci, kdy pojištěnci lze výplň zhotovit z fotokompozitu, přičemž nezáleží na tom, že výplň z fotokompozitu je jen částečně hrazená ze zdravotního pojištění.** Argument pojištěnce, že mu stačí amalgám, jen aby nemusel nic platit, nemůže zubní lékař v popsané situaci akceptovat. Porušil by tím totiž právní předpisy omezující používání amalgámu jako sloučeniny rtuti.

Nehrazená výplň z amalgámu

Od dosud užívaného rozdělení amalgámových výplní na základní a jiné provedení se upouští. Výplň z amalgámu je proto plně hrazená bez ohledu na provedení.

Amalgámová výplň nehrazená ze zdravotního pojištění (tedy taková, kterou by zaplatil sám pojištěnec) přichází od roku 2026 u smluvního poskytovatele v úvahu jen ve zcela specifickém případě. Jedná se o situaci, kdy by byla zhotovena dospělému pojištěnci na zubu, který byl před dobou kratší než 2 roky ošetřen výplní plně hrazenou ze zdravotního pojištění (tzv. zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce vysvětlené dále).

Zákaz použití amalgámu v situaci, kdy existuje lege artis možnost použití jiného materiálu výplně, platí bez ohledu na úhradový režim. Ošetření amalgámovou výplní, jsou-li k dispozici jiné alternativní materiály, je zakázáno, a proto je nelze poskytnout ani jako výkon hrazený ze zdravotního pojištění, ani jako výkon placený pacientem. Zákaz se vztahuje i na nesmluvní poskytovatele.

Pojištěnec musí být vždy informován, zda ošetření bude hrazeno plně, částečně či zda vůbec nebude hrazeno ze zdravotního pojištění. Tuto informaci musí poskytovatel pojištěnci sdělit před zahájením ošetření.

00830 – zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce

Na stálém zubu dospělého pojištěnce, na kterém byla počínaje rokem 2026 zhotovena a vykázána (některým z kódů 00829, 00830, 00836, 00837, 00838) **plně hrazená výplň**, lze **novou plně hrazenou výplň** zhotovit a kódem 00830 vykázat až **po uplynutí 2 let**. **Výplň zhotovená během těchto 2 let na stejném zubu**, který byl dříve ošetřen **plně hrazenou** výplní, **není vůbec hrazena ze zdravotního pojištění** a pojištěnec si ji musí zaplatit sám.

Jde o zcela nový princip, se kterým jsme se dosud u stomatologických výkonů nesetkávali. Do jisté míry se podobá množstevnímu limitu u stomatologických výrobků. Jedná se o skutečné omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní. Zákonné frekvenční omezení nároku znamená, že po zákonem stanovenou dobu není výkon vůbec hrazen ze zdravotního pojištění, a proto za jeho poskytnutí může poskytovatel požadovat od pojištěnce přímou úhradu. Proto také není uvedeno v textu úhradové vyhlášky (tabulka výše), neboť úhradová vyhláška nemůže omezit nárok pojištěnce, ale jen regulovat vykazování ze strany poskytovatele.

Zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce na ošetření zubu výplní lze blíže charakterizovat v těchto bodech:

- omezení se vztahuje na **stálý zub dospělého pojištěnce**, na kterém byla před dobou kratší než 2 roky zhotovena plně hrazená výplň vykázaná kódem 00829, 00830, 00836, 00837 nebo 00838. Výplň částečně hrazená (kód 00835) či dokonce nehrazená ze zdravotního pojištění tyto účinky nemá. Stejně tak tyto účinky nemá plně hrazená výplň zhotovená pojištěnci do 18 let (kódy 00832, 00833, 00834), s to ani pro dobu, kdy již dosáhl zletilosti,

- plně hrazená výplň, která způsobí omezení nároku pojištěnce, musí být zhotovena (a vykázána) nejdříve v roce 2026. Dříve zhotovené výplně, i kdyby byly plně hrazené ze zdravotního pojištění, nárok pojištěnce na ošetření stejného zubu neomezují,
- nárok pojištěnce je omezen tak, že **kterákoliv výplň zhotovená ve dvouleté lhůtě od zhotovení plně hrazené výplně na stejném zubu je nehrazená** ze zdravotního pojištění a **pojištěnec si ji musí celou zaplatit sám**. Není tudíž přípustná ani plná, ani částečná úhrada ze zdravotního pojištění; na stejném zubu tedy ve lhůtě 2 let od zhotovení plně hrazené výplně nelze vykázat kódy 00835 (částečně hrazené ošetření stálého zubu výplní) ani 00829, 00830, 00836, 00837 či 00838 (tyto kódy označují ošetření stálého zubu výplní, které je plně hrazené ze zdravotního pojištění),
- zákonné omezení nároku pojištěnce se vztahuje k pojištěnci, nikoliv k poskytovateli. Po dobu dvou let od ošetření zubu plně hrazenou výplní je tak opakované ošetření stejného zubu výplní vždy nehrazené ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na to, zda toto ošetření provede stejný poskytovatel nebo poskytovatel jiný (podobně funguje množstevní limit u stomatologických výrobků),
- **omezení nároku pojištěnce neplatí**, jde-li o **výplň zhotovenou v návaznosti na plně hrazené endodontické ošetření nebo o výplň zhotovenou u pojištěnce s vysokou kazivostí při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu**. V těchto případech proto bude ošetření stálého zubu výplní hrazeno ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kolik času uběhlo od předchozího zhotovení výplně plně hrazené ze zdravotního pojištění na stejném zubu. Ošetření se vykáže některým z kódů 00829, 00830, 00835, 00836, 00837 nebo 00838 podle toho, o jakou výplň se bude jednat a ze kterého materiálu bude zhotovena. Společně s těmito kódy pak je nutné vykázat příslušnou diagnózu, například K04.x apod.
Upozornění: Vykázání výplně před uplynutím 2 let od ošetření stejného zubu plně hrazenou výplní **není možno odůvodnit úrazem ani endodontickým ošetřením**, které by bylo **hrazeno** ze zdravotního pojištění **pouze částečně**. Podmínky prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce jsou tedy jiné (užší) než podmínky pro prolomení obvyčejného regulačního omezení (o tom v podrobnostech dále).

00830 – regulační omezení

Vedle zákonného frekvenčního omezení se u kódu 00830 uplatňují též některá regulační omezení. První z nich říká, že kód 00830 nelze vykázat v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838 (jde o kódy plně hrazených výplní z jiného materiálu než z amalgámu). Regulační omezení je nutno chápat tak, že omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Z toho plyne, že pokud by poskytovatel na jednom zubu zhotovil nevrstvenou výplň z fotokompozitu (kód 00838) a současně ve stejném dni výplň například ze skloionomerního cementu (kód 00836), může zdravotní pojišťovně vykázat jen jednu z nich, ale po pojištěnci nesmí požadovat žádnou úhradu.

Je vhodné připomenout (bližší výklad k tomu výše v části Počet ošetřených plošek), že kód 00830 není možné na jednom zubu v jeden den vykázat v kombinaci s kódem 00829. Lze tak vyslovit obecný závěr, že **na jednom zubu lze v jeden den vykázat pouze jeden kód plně hrazené výplně** (tedy buď 00829, nebo 00830, nebo 00836, nebo 00837, anebo 00838; kterákoliv kombinace těchto kódů v jeden den na jednom zubu je vyloučena buď pravidly o počtu ošetřených plošek, nebo regulačním omezením).

Regulační omezení nedopadá na kombinaci kódu 00830 s kódem 00835 (částečně hrazená výplň z fotokompozitu). Přesto kódy 00830 a 00835 nelze vykázat na stejném zubu v jeden den (k tomu podrobněji dále v praktických poznámkách k vykazování).

Specificky pro rok 2026 pak platí ještě regulační omezení, které říká, že kód 00830 lze v roce 2026 vykázat až po uplynutí 365 dní od vykazání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025. Jde o uplatnění známého a do konce roku 2025 běžně užívaného principu jednoho vykázaného ošetření zubu výplní za 365 dní. Je třeba ovšem zdůraznit, že v tomto případě jde o klasické regulační omezení. Regulační omezení omezuje vykazování kódu poskytovatelem, nikoliv nárok pojištěnce. Regulační omezení je nutno chápat tak, že po dobu 365 dní od vykazání výplně nelze případnou další výplň na stejném zubu vykázat zdravotní pojišťovně ani naučtovat pojištěnci. Pokud by se stalo, že na stejném zubu bude třeba během 365 dní od vykazání výplně zhotovit výplň další, musí to poskytovatel udělat na své náklady. Toto regulační omezení se bude uplatňovat jen v roce 2026, neboť v dalších letech už uplyne 365 dní od zhotovení všech výplní zhotovených v roce 2025. Jde v podstatě o přechodné opatření, jehož cílem je překlenout přechod z dosavadní právní úpravy úhrad výplní na právní úpravu novou.

Regulační omezení se (na rozdíl od zákonného omezení nároku) vztahuje na poskytovatele. Znamená to, že regulační omezení dopadá jen na kódy vykazované stejným poskytovatelem.

Prolomení regulačního omezení

Toto regulační omezení neplatí, jde-li o zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. V těchto případech je možno kód 00830 v roce 2026 vykázat i dříve, než uplyne 365 dní od vykazání kódu 00921 v roce 2025 na stejném zubu (samozřejmě stále platí základní pravidlo, že amalgám lze použít jen výjimečně v situaci, kdy to je zcela nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce). Zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu se vykáže s příslušnou jinou diagnózou (např. K04.4 nebo S02.5). Stejně tak je třeba vykázat příslušnou diagnózu celkového závažného onemocnění, je-li důvodem pro dřívější vykazání kódu 00830.

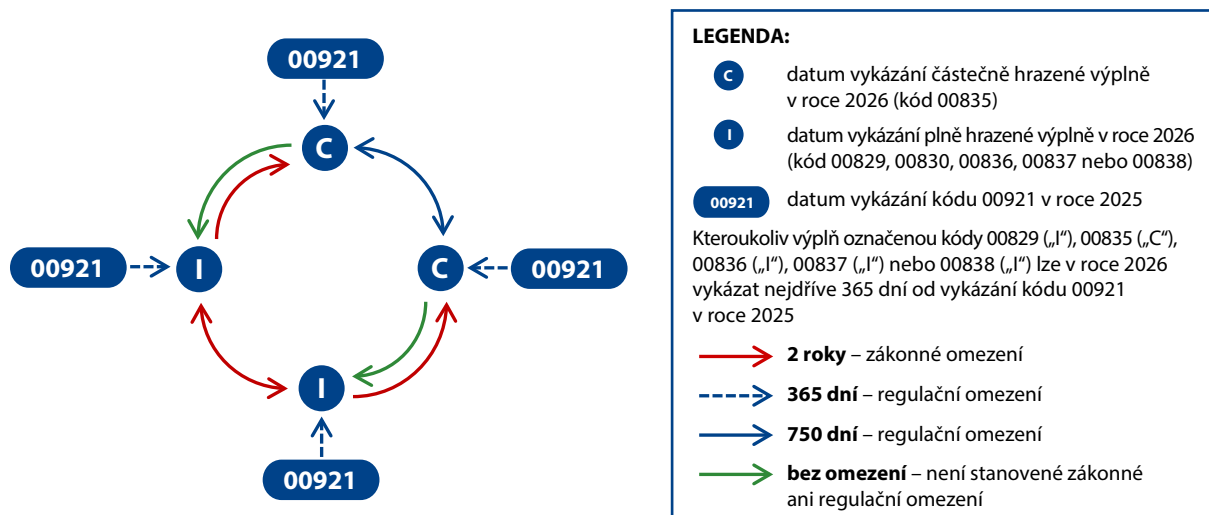
Jak řečeno již dříve, důvody prolomení regulačního omezení se liší od důvodů prolomení zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce. Rozdíly jsou následující:

- **komplikace ošetřeného zubního kazu.** Regulační omezení je prolomeno vždy, jde-li o řešení komplikací ošetřeného zubního kazu (tedy jak v případě, že komplikace je řešena plně hrazeným endodontickým ošetřením, tak i tehdy, je-li komplikace řešena částečně hrazeným endodontickým ošetřením). Naproti tomu zákonné frekvenční omezení neplatí jen v případě, je-li komplikace ošetřeného zubního kazu řešena endodontickým ošetřením plně hrazeným ze zdravotního pojištění,
- **úraz** je důvodem pro prolomení regulačního omezení, nikoliv však zákonného frekvenčního omezení nároku pojištěnce,
- **vysoká kazivost** při závažných celkových onemocněních nebo při profesionálních poškozeních chrupu prolamuje jak regulační omezení, tak zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce.

Vztah zákonného frekvenčního omezení nároku a regulačního omezení

Zákonné frekvenční omezení nároku a regulační omezení u výplní na stálých zubech dospělých pojištěnců a jejich vzájemný vztah lze vyjádřit i graficky na následujícím kruhovém diagramu. Tento diagram znázorňuje tato pravidla:

- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat plně hrazenou výplň (I) bez omezení (zelená barva),
- po částečně hrazené výplni (C) lze na stejném zubu vykázat novou částečně hrazenou výplň (C) až po uplynutí 730 dnů (modrá barva označuje regulační omezení),
- po plně hrazené výplni (I) lze na stejném zubu vykázat kteroukoliv výplň (I, C) až po uplynutí dvou let (červená barva označuje zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce),
- kteroukoliv výplň (I, C) lze vykázat až po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921 na stejném zubu v roce 2025 (modrá barva označuje regulační omezení).



00830 – lokalizace

zub

00830 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast pacienta v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00830 nejsou přípustné, stejně tak jako jeho podmínění výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00830 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pacient však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906.

Amalgámová výplň dočasného zubu se bez ohledu na věk pojištěnce vykazuje kódem 00831. Amalgámová výplň stálého zubu u pojištěnců do 18 let věku se vykazuje některým

z kódů 00832, 00833 nebo 00834. O podmínkách použití amalgámu při ošetření dočasných zubů a stálých zubů pojištěnců do 18 let více ve výkladu k těmto kódům.

Vykázání kódu 00830 v kombinaci s kódem 00835 v jeden den na jednom zubu není možné. Je tomu tak proto, že kód 00835 zahrnuje ošetření zubu výplní bez ohledu na počet ošetřených plošek a počet výplní. Vykázání další výplně na témže zubu by tak znamenalo dvojitou úhradu jednoho ošetření.

00840 – Primární endodontické ošetření dočasného zubu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00840	<u>Primární endodontické ošetření dočasného zubu</u> Primární endodontické ošetření dočasného zubu, který je klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorpce nejvýše do poloviny kořene. Zahrnuje všechny fáze definitivního endodontického ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	575 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad endodontického ošetření dočasného zubu od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- výkon nově nezahrnuje amputaci dřeně, která má nové kódy 00844 a 00845,
- výkon je nově označen kódem 00840, kód 00924, jímž se vykazovalo endodontické ošetření dočasného zubu do konce roku 2025, byl zrušen.

00840 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje definitivní endodontické ošetření dočasného zubu a zahrnuje všechny jeho fáze, tedy zejména odstranění bolesti, mechanické opracování kořenového kanálku, výplachový protokol, provizorní plnění a zhotovení primární kořenové výplně. Kód lze vykázat pouze tehdy, je-li dočasný zub klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorpce nejvýše do poloviny kořene.

Vykazuje se za každý definitivně zaplněný kořenový kanálek.

00840 – regulační omezení

Kód 00840 lze vykázat jednou na jeden kanálek a jeden zub. Znamená to, že na jeden zub lze kód 00840 vykázat tolikrát, kolik kořenových kanálků bylo primárně endodonticky ošetřeno. Opakování primárního ošetření téhož kořenového kanálku je vyloučeno, každý kořenový kanálek lze z povahy věci **primárně** endodonticky ošetřit jen jednou. Podle zákona se ze zdravotního pojištění hradí pouze **primární** endodontické ošetření. Z toho plyne, že omezení vykazování 1 / 1 kanálek / 1 zub je sice v úhradové vyhlášce zařazeno mezi regulační omezení, ve skutečnosti se však jedná o omezení nároku pojištěnce vyplývající zákona. Případné reendodontické ošetření je proto ošetřením nehrazeným ze zdravotního pojištění, které hradí v plném rozsahu pojištěnec.

Z výše uvedeného též vyplývá, že kód 00840 nelze vykázat ani na kanálek, na který byl dříve vykázan kód 00924. Kód 00840 lze naopak vykázat na zub, který byl dříve paliativně endodonticky ošetřen. Je tomu tak proto, že paliativní ošetření nelze považovat za endodontické ošetření ve smyslu kódu 00840.

00840 – lokalizace

zub

00840 – praktické poznámky k vykazování

Ze zdravotního pojištění se hradí jen primární endodontické ošetření. Tzv. reendodontické ošetření je jiným výkonem, který není hrazený ze zdravotního pojištění.

Spoluúčast ze strany pojištěnce není přípustná, stejně tak jako podmínění ošetření výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pojištěnci v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00840 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pojištěnec však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00841 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00841	<p><u>Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let</u></p> <p>Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnce do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu kteroukoliv metodou. Zahrnuje všechny fáze definitivního primárního endodontického ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek. I při ošetření zubu metodou apexifikace.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	2 000 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad endodontického ošetření stálého zubu u pojištěnců do 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do 18 let je vždy plně hrazeno ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na použitou metodu (plně hrazena je jak metoda centrální čepu, tak kterákoliv další metoda),
- primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do 18 let se hradí v celém rozsahu chrupu, tedy na každém stálém zubu včetně molárů,
- výkon je nově označen kódem 00841, kódy 00925 a 00926, jimiž se endodontické ošetření stálého zubu vykazovalo do konce roku 2025, byly zrušeny.

00841 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodontie (015). Výkon zahrnuje definitivní endodontické ošetření stálého zubu, a to všechny jeho fáze, tedy zejména odstranění bolesti, preendodontickou dostavbu zubu, mechanické opracování kořenového kanálku, výplachový protokol, provizorní plnění, provizorní výplně a zhotovení primární kořenové výplně, a to **bez ohledu na použitou metodu** a bez ohledu na počet návštěv. Kód se vykazuje po definitivním ošetření kteroukoliv metodou (tedy nejen při použití metody centrálního čepu, jako tomu bylo do konce roku 2025) za každý zaplněný kořenový kanálek. Lze vykázat i při ošetření zubu metodou apexifikace.

Primární endodontické ošetření u pojištěnců do 18 let je vždy plně hrazeno ze zdravotního pojištění, a to v rozsahu celého chrupu, tedy na všech stálých zubech. Poskytovatel proto nemůže pojištěnci smluvní zdravotní pojišťovny nabízet žádné nehrazené či částečně hrazené alternativy.

00841 – regulační omezení

Kód 00841 lze vykázat jednou na jeden kanálek a jeden zub. Znamená to, že na jeden zub lze kód 00841 vykázat tolikrát, kolik kořenových kanálků bylo primárně endodonticky ošetřeno. Opakování primárního ošetření téhož kořenového kanálku je vyloučeno, každý kořenový kanálek lze z povahy věci **primárně** endodonticky ošetřit jen jednou. Podle zákona se ze zdravotního pojištění hradí pouze **primární** endodontické ošetření. Z toho plyne, že omezení vykazování 1 / 1 kanálek / 1 zub je sice v úhradové vyhlášce zařazeno mezi

regulační omezení, ve skutečnosti se však jedná o omezení nároku pojištěnce vyplývající ze zákona. Případné reendodontické ošetření je proto ošetřením nehrazeným ze zdravotního pojištění, které hradí v plném rozsahu pojištěnec.

Z výše uvedeného též vyplývá, že kód 00841 nelze vykázat ani na kanálek, na který byl dříve vykázán kód 00925 nebo 00926. Kód 00841 lze naopak vykázat na zub, který byl dříve paliativně endodonticky ošetřen. Je tomu tak proto, že paliativní ošetření nelze považovat za endodontické ošetření ve smyslu kódu 00841.

Vyazuje-li se více než jeden zaplněný kanálek téhož zubu, je nutno doložit rentgenový snímek zhotovený po zaplnění kanálků. U těhotné ženy se rentgenový snímek zhotovuje až po skončení těhotenství.

00841 – lokalizace

zub

00841 – praktické poznámky k vykazování

Ze zdravotního pojištění se hradí jen primární endodontické ošetření. Tzv. reendodontické ošetření není hrazeno ze zdravotního pojištění.

Spoluúčast ze strany pojištěnce není přípustná, stejně tak jako podmínění ošetření výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pojištěnci v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00841 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pojištěnec však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00842 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00842	<u>Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let</u> Definitivní primární endodontické ošetření u pojištěnců od 18 let v rozsahu stálých řezáků, špičáků a premolárů kteroukoliv metodou s výjimkou metody centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	částečná úhrada ve výši úhrady kódu 00843

Přehled nejdůležitějších změn úhrad endodontického ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ze zdravotního pojištění se u pojištěnců od 18 let hradí (plně nebo částečně) primární endodontické ošetření řezáků, špičáků a premolárů, nikoliv však molárů,
- primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let je vždy částečně nebo plně hrazeno ze zdravotního pojištění (neexistuje žádná varianta endodontického ošetření, která by byla zcela nehrazená ze zdravotního pojištění),
- částečně hrazeno ze zdravotního pojištění je u pojištěnců od 18 let primární endodontické ošetření kteroukoliv metodou s výjimkou metody centrálního čepu (kód 00842),
- plně hrazeno ze zdravotního pojištění je u pojištěnců od 18 let primární endodontické ošetření metodou centrálního čepu (kód 00843),
- kódy 00925 a 00926, kterými se vykazovalo endodontické ošetření stálých zubů do konce roku 2025, byly zrušeny.

00842 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kód se vykazuje po definitivním ošetření kteroukoliv metodou s výjimkou metody centrálního čepu za každý zaplněný kořenový kanálek. Lze vykázat i při ošetření zubu metodou apexifikace.

Endodontické ošetření molárů není od roku 2026 hrazeno ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na použitou metodu.

Kód 00842 označuje výkon částečně hrazený ze zdravotního pojištění. Částečná úhrada znamená, že výkon se vykáže zdravotní pojišťovně, která za něj uhradí stanovenou částku, a zbytek ceny výkonu se vyúčtuje pojištěnci. Jde o podobný princip, jaký se již tradičně uplatňuje u stomatologických výrobků. U stomatologických výkonů jde však o zcela zásadní novinku.

Výše úhrady je stanovena odkazem na výši úhrady za endodontické ošetření metodou centrálního čepu. Zdravotní pojišťovna tak za vykázaný a uznaný výkon označený kódem 00842 zaplatí stejně jako za výkon označený kódem 00843 a zbytek ceny doplatí pojištěnec.

Částka, kterou zaplatí pojištěnec (dále jen „doplatek pojištěnce“), musí být uvedena v ceníku poskytovatele a musí odpovídat cenovým předpisům. Doplatek pojištěnce se může lišit

podle použité metody endodontického ošetření. Částečná úhrada ze zdravotního pojištění je stejná bez ohledu na použitou metodu endodontického ošetření.

Poskytovatel je podle smlouvy o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb vždy povinen nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady. Do konce roku 2025 existovala u stálých zubů dospělých pojištěnců pouze varianta endodontického ošetření, která byla plně hrazená ze zdravotního pojištění, anebo zcela nehrazená ze zdravotního pojištění. Od roku 2026 je k dispozici jak plně, tak i částečně hrazená varianta endodontického ošetření stálých řezáků, špičáků a premolárů; endodontické ošetření řezáků, špičáků a premolárů, které by bylo zcela nehrazené ze zdravotního pojištění, se od roku 2026 u smluvního poskytovatele nemůže vyskytnout. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen pojištěnce seznámit se všemi variantami ošetření, které s ohledem na jeho zdravotní stav a potřeby přicházejí z medicínského hlediska v úvahu; doporučí přitom tu, která je podle jeho odborného názoru pro pojištěnce nejvhodnější, a připojí i informaci o rozsahu úhrady všech v úvahu přicházejících variant. Pojištěnci poskytne takové ošetření, se kterým pojištěnec vysloví informovaný souhlas.

Je na místě připomenout, že povinnost seznámit pojištěnce (stejně jako kteréhokoliv jiného pacienta) s variantami ošetření vyplývá z obecných předpisů upravujících poskytování zdravotních služeb, nejedná se tedy o novinku související se změnami v úhradách endodontického ošetření. Variantami se přitom rozumí jen reálné varianty ošetření, které z medicínského hlediska přicházejí v úvahu v dané konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. V praxi to znamená, že lze-li konkrétní stálý zub dospělého pojištěnce zaplnit lege artis jak např. částečně hrazenou metodou vertikální kondenzace, tak plně hrazenou metodou centrálního čepu, je třeba pojištěnce seznámit s oběma těmito variantami a vysvětlit mu rozdíly mezi nimi.

Žádnou z variant endodontického ošetření, se kterými počítá zákon o veřejném zdravotním pojištění (jde v podstatě o všechny používané metody), není možno paušálně označit za non lege artis. Smluvní poskytovatel ani nemůže paušálně odmítat poskytování výkonů, které sjednal ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou, s obecným odkazem na to, že jsou non lege artis. Použitelnost konkrétní metody je nutno posuzovat vždy v konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. Od aktuálního zdravotního stavu pojištěnce pak bude odvíjet i paleta variant ošetření, o kterých musí poskytovatel pojištěnce informovat.

Pojištěnec musí být vždy informován, zda ošetření bude hrazeno plně, částečně či zda vůbec nebude hrazeno ze zdravotního pojištění. Tuto informaci musí poskytovatel pojištěnci sdělit před zahájením ošetření.

00842 – regulační omezení

Kód 00842 lze vykázat jednou na jeden kanálek a jeden zub. Znamená to, že na jeden zub lze kód 00842 vykázat tolikrát, kolik kořenových kanálků bylo primárně endodonticky ošetřeno. Opakování primárního ošetření téhož kořenového kanálku je vyloučeno, každý kořenový kanálek lze z povahy věci **primárně** endodonticky ošetřit jen jednou. Podle zákona se ze zdravotního pojištění hradí pouze **primární** endodontické ošetření. Z toho

plyne, že omezení vykazování 1 / 1 kanálek /1 zub je sice v úhradové vyhlášce zařazeno mezi regulační omezení, ve skutečnosti se však jedná o omezení nároku pojištěnce vyplývající ze zákona. Případné reendodontické ošetření je proto ošetřením nehrazeným ze zdravotního pojištění, které hradí v plném rozsahu pojištěnec.

Z výše uvedeného též vyplývá, že kód 00842 nelze vykázat ani na kanálek, na který byl dříve vykázán kód 00841, 00843, 00925 nebo 00926. Kód 00842 lze naopak vykázat na zub, který byl dřív paliativně endodonticky ošetřen. Je tomu tak proto, že paliativní ošetření nelze považovat za endodontické ošetření ve smyslu kódu 00842.

Vyazuje-li se více než jeden zaplněný kanálek téhož zubu, je nutno doložit rentgenový snímek zhotovený po zaplnění kanálků. U těhotné ženy se rentgenový snímek zhotovuje až po skončení těhotenství.

00842 – lokalizace

zub

00842 – praktické poznámky k vykazování

Ze zdravotního pojištění se hradí jen primární endodontické ošetření. Tzv. reendodontické ošetření není hrazeno ze zdravotního pojištění.

Při použití metody centrálního čepu se nevykazuje se kód 00842, ale kód 00843; ošetření je v takovém případě plně hrazené ze zdravotního pojištění.

U hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906.

00843 – Primární endodontické ošetření stálého zubu metodou centrálního čepu u pojištěnců od 18 let

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00843	<p><u>Primární endodontické ošetření stálého zubu metodou centrálního čepu u pojištěnců od 18 let</u></p> <p>Primární endodontické ošetření u pojištěnců od 18 let v rozsahu stálých řezáků, špičáků a premolárů metodou centrálního čepu. Zahrnuje všechny fáze definitivního primárního endodontického ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek. I při ošetření zubu metodou apexifikace.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	1 300 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad endodontického ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ze zdravotního pojištění se u pojištěnců od 18 let hradí (plně nebo částečně) primární endodontické ošetření řezáků, špičáků a premolárů, nikoliv však molárů,
- primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let je vždy částečně nebo plně hrazeno ze zdravotního pojištění (neexistuje žádná varianta endodontického ošetření, která by byla zcela nehrazená ze zdravotního pojištění),
- částečně hrazeno ze zdravotního pojištění je u pojištěnců od 18 let primární endodontické ošetření kteroukoliv metodou s výjimkou metodou centrálního čepu (kód 00842),
- plně hrazeno ze zdravotního pojištění je u pojištěnců od 18 let primární endodontické ošetření metodou centrálního čepu (kód 00843),
- kódy 00925 a 00926, kterými se vykazovalo endodontické ošetření stálých zubů do konce roku 2025, byly zrušeny.

00843 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje definitivní endodontické ošetření stálého řezáku, špičáku či premoláru **dospělého pojištěnce**, a to všechny jeho fáze, tedy zejména odstranění bolesti, preendodontickou dostavbu zubu, mechanické opracování kořenového kanálku, výplachový protokol, provizorní plnění, provizorní výplně a zhotovení primární kořenové výplně. Kód se vykazuje po definitivním ošetření **metodou centrálního čepu** za každý zaplněný kořenový kanálek. Lze vykázat i při ošetření zubu metodou apexifikace.

Endodontické ošetření molárů není od roku 2026 hrazeno ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na použitou metodu.

Poskytovatel je podle smlouvy o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb vždy povinen nabídnout pojištěnci ošetření hrazené ze zdravotního pojištění a informovat pojištěnce o dalších možnostech ošetření a jejich úhrady. Do konce roku 2025 existovala u stálých zubů dospělých pojištěnců pouze varianta endodontického ošetření, která byla plně hrazená ze zdravotního pojištění, anebo zcela nehrazená ze zdravotního pojištění. Od roku 2026 je k dispozici jak plně, tak i částečně hrazená varianta endodontického ošetření stálých řezáků, špičáků a premolárů; endodontické ošetření řezáků, špičáků a premolárů,

keré by bylo zcela nehrazené ze zdravotního pojištění, se od roku 2026 u smluvního poskytovatele nemůže vyskytnout. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen pojištěnce seznámit se všemi variantami ošetření, které s ohledem na jeho zdravotní stav a potřeby přicházejí z medicínského hlediska v úvahu; doporučí přitom tu, která je podle jeho odborného názoru pro pojištěnce nejvhodnější, a připojí i informaci o rozsahu úhrady všech v úvahu přicházejících variant. Pojištěnci poskytne takové ošetření, se kterým pojištěnec vysloví informovaný souhlas.

Je na místě připomenout, že povinnost seznámit pojištěnce (stejně jako kteréhokoliv jiného pacienta) s variantami ošetření vyplývá z obecných předpisů upravujících poskytování zdravotních služeb, nejedná se tedy o novinku související se změnami v úhradách endodontického ošetření. Variantami se přitom rozumí jen reálné varianty, které z medicínského hlediska přicházejí v úvahu v dané konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. V praxi to znamená, že lze-li konkrétní stálý zub dospělého pojištěnce zaplnit lege artis jak např. částečně hrazenou metodou vertikální kondenzace, tak plně hrazenou metodou centrálního čepu, je třeba pojištěnce seznámit s oběma těmito variantami a vysvětlit mu rozdíly mezi nimi.

Žádnou z variant endodontického ošetření, se kterými počítá zákon o veřejném zdravotním pojištění (jde v podstatě o všechny používané metody), není možno paušálně označit za non lege artis. Smluvní poskytovatel ani nemůže paušálně odmítat poskytování výkonů, které sjednal ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou, s obecným odkazem na to, že jsou non lege artis. Použitelnost konkrétní metody je nutno posuzovat vždy v konkrétní situaci konkrétního pojištěnce. Od aktuálního zdravotního stavu pojištěnce pak bude odvíjet i paleta variant ošetření, o kterých musí poskytovatel pojištěnce informovat.

Pojištěnec musí být vždy informován, zda ošetření bude hrazeno plně, částečně či zda vůbec nebude hrazeno ze zdravotního pojištění. Tuto informaci musí poskytovatel pojištěnci sdělit před zahájením ošetření.

00843 – regulační omezení

Kód 00843 lze vykázat jednou na jeden kanálek a jeden zub. Znamená to, že na jeden zub lze kód 00843 vykázat tolikrát, kolik kořenových kanálků bylo primárně endodonticky ošetřeno. Opakování primárního ošetření téhož kořenového kanálku je vyloučeno, každý kořenový kanálek lze z povahy věci **primárně** endodonticky ošetřit jen jednou. Podle zákona se ze zdravotního pojištění hradí pouze **primární** endodontické ošetření. Z toho plyne, že omezení vykazování 1 / 1 kanálek / 1 zub je sice v úhradové vyhlášce zařazeno mezi regulační omezení, ve skutečnosti se však jedná o omezení nároku pojištěnce vyplývající ze zákona. Případné reendodontické ošetření je proto ošetřením nehrazeným ze zdravotního pojištění, které hradí v plném rozsahu pojištěnec.

Z výše uvedeného též vyplývá, že kód 00843 nelze vykázat ani na kanálek, na který byl dříve vykázán kód 00841, 00842, 00925 nebo 00926. Kód 00843 lze naopak vykázat na zub, který byl dřív paliativně endodonticky ošetřen. Je tomu tak proto, že paliativní ošetření nelze považovat za endodontické ošetření ve smyslu kódu 00843.

Vyazuje-li se více než jeden zaplněný kanálek téhož zubu, je nutno doložit rentgenový snímek zhotovený po zaplnění kanálků. U těhotné ženy se rentgenový snímek zhotovuje až po skončení těhotenství.

00843 – lokalizace

zub

00843 – praktické poznámky k vykazování

Ze zdravotního pojištění se hradí jen primární endodontické ošetření. Tzv. reendodontické ošetření není hrazeno ze zdravotního pojištění.

Spoluúčast ze strany pojištěnce není přípustná, stejně tak jako podmínění ošetření výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamena, že zubní lékař nesmí pojištěnci v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00843 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pojištěnec však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

Při použití jiné metody plnění, než je metoda centrálního čepu, se primární endodontické ošetření vykáže kódem 00842.

U hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906.

00844 – Pulpotomie – dočasný zub

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00844	<u>Pulpotomie – dočasný zub</u> Úplné, případně částečné odstranění zubní dřeně z dřeňové dutiny dočasného zubu v rozsahu celého chrupu bez ohledu na pracovní postup a použitý materiál. Zahrnuje všechny fáze ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	500 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad amputace dřeně od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- amputace dřeně již není zahrnuta ve výkonu endodontického ošetření dočasného zubu,
- ze zdravotního pojištění se hradí pulpotomie u dočasného zubu (kód 00844) a pulpotomie u stálého zubu u pojištěnců do 18 let (kód 00845).

00844 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje všechny fáze odstranění zubní dřeně z dřeňové dutiny dočasného zubu v rozsahu celého chrupu bez ohledu na pracovní postup a materiál použitý k ošetření a zhotovení případné provizorní výplně.

00844 – regulační omezení

Kód 00844 lze vykázat jednou na jeden zub. Amputaci dřeně lze z povahy věci provést jen jednou a jen na zub, který dosud nebyl endodonticky ošetřen. Z toho plyne, že omezení vykazování 1 / 1 zub je sice v úhradové vyhlášce zařazeno mezi regulační omezení, ve skutečnosti se však jedná o omezení nároku pojištěnce vyplývající ze zákona. To znamená, že kód 00844 nelze vykázat ani na zub, na který byl dříve vykázán kód 00840 nebo 00924. Kód 00844 lze naopak vykázat na zub, který byl dříve paliativně ošetřen. Je tomu tak proto, že paliativní ošetření nelze považovat za pulpotomie ve smyslu kódu 00844.

00844 – lokalizace

zub

00844 – praktické poznámky k vykazování

Spoluúčast ze strany pojištěnce není přípustná, stejně tak jako podmínění ošetření výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pojištěnci v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00844 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pojištěnec však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825. U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00845 – Pulpotomie – stálý zub u pojištěnců do dne dosažení 18 let

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00845	<u>Pulpotomie – stálý zub u pojištěnců do dne dosažení 18 let</u> Úplné nebo částečné odstranění zubní dřevě z dřevěné dutiny stálého zubu u pojištěnců do 18 let v rozsahu řezáků a špičáků bez ohledu na zvolený pracovní postup a použitý materiál. Zahrnuje všechny fáze ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 001 Kč

Přehled nejdůležitějších změn úhrad amputace dřevě od 1. ledna 2026 podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

- ze zdravotního pojištění se nově hradí pulpotomie u stálého zubu (kód 00845); pulpotomie u dočasného zubu se nově vykazuje kódem 00844

00845 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodontie (015). Výkon zahrnuje všechny fáze odstranění zubní dřevě z dřevěné dutiny stálého zubu v rozsahu celého chrupu bez ohledu na pracovní postup a materiál použitý k ošetření a zhotovení případné provizorní výplně.

00845 – regulační omezení

Kód 00845 lze vykázat jedenkrát na zub. Amputaci dřevě lze z povahy věci provést jen jednou a jen na zub, který dosud nebyl endodonticky ošetřen. Z toho plyne, že omezení vykazování 1 / 1 zub je sice v úhradové vyhlášce zařazeno mezi regulační omezení, ve skutečnosti se však jedná o omezení nároku pojištěnce vyplývající ze zákona. To znamená, že kód 00845 nelze vykázat ani na zub, na který byl dříve vykázan kód 00841, 00925 nebo 00926. Kód 00845 lze naopak vykázat na zub, který byl dříve paliativně ošetřen. Je tomu tak proto, že paliativní ošetření nelze považovat za endodontické ošetření ve smyslu kódu 00845.

00845 – lokalizace

zub

00845 – praktické poznámky k vykazování

Spoluúčast ze strany pojištěnce není přípustná, stejně tak jako podmínění ošetření výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pojištěnci v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00845 nabídnout i péči nehrazenou ze zdravotního pojištění (např. nasazení koferdamu). Pojištěnec však musí mít možnost péči nehrazenou ze zdravotního pojištění odmítnout a čerpat jen péči hrazenou ze zdravotního pojištění.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825. U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00828 – zrušen (Signální kód zhotovení výplně – 1 ploška)

Signální kódy 00828, 00829 a 00830 vznikly v roce 2025 jako nástroj pro získání údajů o rozsahu výplní poskytovaných pojištěncům v rámci výkonu označeného kódem 00921. Kód 00921 totiž neumožňoval rozlišit poskytnuté výplně podle toho, zda se jedná o výplň na jedné, dvou, třech či více ploškách zubu, popř. o rekonstrukci růžku. Tyto údaje přitom zdravotní pojišťovny potřebovaly pro modelaci nákladů na další roky. Již v roce 2025 se totiž předpokládalo, že budou schváleny změny zákona o veřejném zdravotním pojištění, které budou v konečném důsledku znamenat významné navýšení úhrad výplní, a tedy i požadavek na rozdílnou výši úhrad podle rozsahu výplně. Proto zdravotní pojišťovny potřebovaly získat alespoň základní představu o tom, jaké výplně (z hlediska jejich rozsahu) byly kódem 00921 vykazovány.

S účinností od 1. ledna 2026 k předpokládaným změnám skutečně došlo. Kód 00921 označující ošetření zubu plastickou výplní byl zrušen a nahrazen kódy 00832, 00833 a 00834 u dětí a kódy 00829, 00830, 00835, 00836, 00837 a 00838 u dospělých. Tyto kódy tam, kde je to potřebné, samy nesou informaci o rozsahu výplně. Signální kód 00828 splnil svůj účel, nadále není potřeba, a proto byl zrušen. Signální kódy 00829 a 00830 pak byly změněny na kódy, jimiž se vykazují výplně z amalgámu (k tomu blíže ve výkladu u těchto kódů).

Parodontologické výkony

Tato část obsahuje výklad kódů, které označují parodontologické výkony.

00931	Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče
00932	Léčba chronických onemocnění parodontu
00933	Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu
00934	Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu
00935	Subgingivální ošetření
00936	Odebrání a zajištění přenosu transplantátu
00937	Artikulace chrupu
00938	Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem
00940	Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice
00941	Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice
00943	Měření galvanických proudů

00931 – Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00931	<p><u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče</u></p> <p>Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Součástí výkonu je parodontologický zápis do zdravotnické dokumentace. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903, 00909 a 00932.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.</p>	1 200 Kč

00931 – popis kódu

Výkon komplexního vyšetření vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) a u pacientů ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE), a to v rámci převzetí pojištěnce do pravidelné parodontologické péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu.

Výkon zahrnuje vyšetření parodontu a komplexní léčbu v rozsahu popsaném v popisu výkonu výše. Svým obsahem výkon nespadá do preventivní péče. Podmínkou jeho vykázaní je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace.

00931 – regulační omezení

Kód 00931 lze vykázat jedenkrát za dva kalendářní roky, při zhoršení zdravotního stavu pak maximálně jedenkrát za jeden kalendářní rok. Nelze kombinovat v jedné návštěvě s kódy 00903, 00909 a 00932.

00931 – lokalizace

bez lokalizace

00931 – praktické poznámky k vykazování

Při vykázaní kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00932 – Léčba chronických onemocnění parodontu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00932	<p><u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u></p> <p>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. Součástí výkonu je parodontologický zápis ve zdravotnické dokumentaci.</p>	<p>Lze vykázat 3 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900, 00901, 00903, 00909, 00931 a 00946. Odstup mezi vykázáním kódů 00900, 00901, 00931, 00932 a 00946 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazují zvlášť. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	339 Kč

00932 – popis kódu

Výkon vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Vykazuje se při vyšetření parodontu na základě diagnostiky onemocnění pomocí indexu CPITN, při které byl stanoven index CPI 2–3, případně na základě dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Svým obsahem výkon nespadá do preventivní péče. Kód se vykazuje u pojištěnců, kteří jsou u poskytovatele v pravidelné péči (včetně parodontologické).

Výkon zahrnuje péči popsanou v popisu výkonu výše. Jiné poskytnuté výkony, např. subgingivální ošetření (kód 00935) a přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938), se vykazují zvlášť.

Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace, při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN.

00932 – regulační omezení

Kód 00932 lze vykázat třikrát za jeden kalendářní rok. Odstup mezi vykázáním kódů 00932 a 00900, 00901, 00931 a 00946, resp. dalšího kódu 00932, musí být v intervalu prokazujícím účelnost léčby, minimálně v měsíčních odstupech. Věková hranice pro vykazování kódu 00932 není stanovena, je ovšem třeba klást důraz na zdokumentování při vykázání kódu u dětí. **Kód nelze v jedné návštěvě vykázat společně s kódy 00900, 00901, 00903, 00909, 00931 a 00946.**

00932 – lokalizace

bez lokalizace

00932 – praktické poznámky k vykazování

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykazovat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykazovat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00933 – Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00933	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti (např. gingivektomie s plastikou) navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu za každý zub. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	Lze vykázat – 1 / 1 zub / 730 dnů. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	524 Kč

00933 – popis kódu

Výkon vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) nebo ve stomatochirurgii (CH) a u pacientů ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem se vykazuje chirurgický výkon popsany výše v popisu výkonu.

Do popisu výkonu označeného kódem 00933 bylo počínaje rokem 2026 doplněno, že součástí je i případné odstranění stehů. Tato úprava textu však byla pouhým zachycením běžně akceptované praxe; i v minulosti platilo, že samozřejmou součástí chirurgických výkonů je případné odstranění stehů. Tato součást výkonu se nevykazuje zvlášť a poskytovatel za ni ani nemůže od pojištěnce požadovat žádnou úhradu.

00933 – regulační omezení

Kód 00933 lze vykázat na jeden zub jedenkrát za 730 dnů (2 roky).

00933 – lokalizace

zub

00933 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada nebo spoluúčast ze strany pojištěnce v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitou technologii) nejsou přípustné.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00934 – Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula, výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Implementace odebraného slizničního nebo mezenchymálního štěpu. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 348 Kč

00934 – popis kódu

Výkon vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) nebo ve stomatochirurgii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem se vykazují chirurgické výkony popsané výše v popisu výkonu. Pokud je výkon prováděn v rozsahu přesahujícím sextant, vykáže se za každý dotčený sextant jeden kód 00934.

Do popisu výkonu označeného kódem 00934 bylo počínaje rokem 2026 doplněno, že součástí je i případné odstranění stehů. Tato úprava textu však byla pouhým zachycením běžně akceptované praxe; i v minulosti platilo, že samozřejmou součástí chirurgických výkonů je případné odstranění stehů. Tato součást výkonu se nevykazuje zvlášť a poskytovatel za ni ani nemůže od pojištěnce požadovat žádnou úhradu.

00934 – regulační omezení

Nelze vykázat v souvislosti s implantací, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací (výkony nehrazené ze zdravotního pojištění).

00934 – lokalizace

bez lokalizace

00934 – praktické poznámky k vykazování

Odebrání slizničního nebo mezenchymálního štěpu, jehož implementace byla vykázána tímto kódem, se vyazuje kódem 00936 (Odebrání transplantátu).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00935 – Subgingivální ošetření

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CPI 3, 4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými nebo laserovými přístroji nebo jejich kombinací.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	107 Kč

00935 – popis kódu

Výkon vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem se vykazuje péče popsaná výše v popisu výkonu.

00935 – regulační omezení

Kód 00935 lze vykázat na jeden zub jedenkrát za 365 dní.

00935 – lokalizace

zub

00935 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada nebo spoluúčast ze strany pojištěnce v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitou technologii) není přípustná.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00936 – Odebrání a zajištění přenosu transplantátu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00936	<u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo mezenchymálního štěpu. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	719 Kč

00936 – popis kódu

Výkon vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) nebo ve stomatologii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedodontologii (PE). Kód označuje výkon popsany výše v popisu výkonu.

Do popisu výkonu označeného kódem 00936 bylo počínaje rokem 2026 doplněno, že součástí je i případné odstranění stehů. Tato úprava textu však byla pouhým zachycením běžně akceptované praxe; i v minulosti platilo, že samozřejmou součástí chirurgických výkonů je případné odstranění stehů. Tato součást výkonu se nevykazuje zvlášť a poskytovatel za ni ani nemůže od pojištěnce požadovat žádnou úhradu.

00936 – regulační omezení

bez omezení

00936 – lokalizace

bez lokalizace

00936 – praktické poznámky k vykazování

Následná implementace odebraného slizničního nebo mezenchymálního štěpu se vykazuje kódem 00934 (Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedodontologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedodontologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00937 – Artikulace chrupu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00937	<u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognátního systému. Podrobný zápis o průběhu a výsledku funkčního vyšetření a popis rámcového plánu artikulace ve zdravotnické dokumentaci.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	537 Kč

00937 – popis kódu

Výkon vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) a u pacientů ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem se vykazuje výkon popsáný výše v popisu výkonu. Podmínkou úhrady je provedení celkového zábrusu okluze. Stav před ošetřením a po něm musí být doložen podrobným zápisem o průběhu a výsledku funkčního vyšetření a popisem rámcového plánu artikulace. Modely, které právní předpisy k doložení stavu před a po ošetření vyžadovaly do konce roku 2020, již nyní nejsou nutné.

00937 – regulační omezení

Kód 00937 lze vykázat jedenkrát za jeden kalendářní rok.

00937 – lokalizace

bez lokalizace

00937 – praktické poznámky k vykazování

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00938 – Přejchodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00938	<u>Přejchodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> Přejchodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené z kompozitního materiálu. Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	120 Kč

00938 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem se vykazuje výkon popsáný výše v popisu výkonu. Podmínkou úhrady je použitý materiál, jímž je kompozitní pryskyřice bez ohledu na způsob polymerace.

00938 – regulační omezení

Kód 00938 lze vykázat jedenkrát za každý ošetřený zub za 365 dní.

00938 – lokalizace

zub

00938 – praktické poznámky k vykazování

U pojištěnců ve věku do 6 let (pokud se v praxi kód 00938 vůbec u těchto pacientů vyskytne) a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00940 – Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice</u> Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy. Součástí výkonu je zápis ve zdravotnické dokumentaci obsahující popis onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903 a 00909. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH.	990 Kč

00940 – popis kódu

Výkon vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Na ambulantním pracovišti poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie vykazuje výkon též zubní lékař s osvědčením v chirurgii (CH).

Kódem se vykazuje výkon popsáný výše v názvu a popisu výkonu. Vykazuje se při vyšetření pojištěnce v rámci převzetí do péče a dále při změně zdravotního stavu. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné dokumentace o onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.

00940 – regulační omezení

Kód 00940 lze vykázat jednou za dva kalendářní roky a při zhoršení zdravotního stavu maximálně jedenkrát za kalendářní rok. V jedné návštěvě nelze vykázat společně s kódy 00903 a 00909.

00940 – lokalizace

bez lokalizace

00940 – praktické poznámky k vykazování

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

00941 – Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00941	<u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení. Lze vykázat pouze v návaznosti na provedený kód 00940. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH.	368 Kč

00941 – popis kódu

Výkon vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Na ambulantním pracovišti poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie vykazuje výkon též zubní lékař s osvědčením v chirurgii (CH).

Výkon zahrnuje kontrolní vyšetření ústní sliznice a léčbu diagnostikovaného onemocnění ústní sliznice v průběhu léčby. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy, ústní sliznice a parodontu (ošetření parodontálního abscesu, aft, herpesu, dekubitu pod snímatelnými náhradami apod.) se tímto kódem (00941) ani jiným kódem nevykazuje, je hrazeno agregovanou úhradou a provádí je registrující poskytovatel.

00941 – regulační omezení

Vykázání kódu 00941 musí u konkrétního slizničního onemocnění předcházet kód 00940 vykázaný při diagnostice a zahájení jeho léčby.

00941 – lokalizace

bez lokalizace

00941 – praktické poznámky k vykazování

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se současně vykáže i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00943 – Měření galvanických proudů

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00943	<u>Měření galvanických proudů</u> Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	125 Kč

00943 – popis kódu

Výkon vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kód označuje výkon popsany v popisu výkonu výše.

00943 – regulační omezení

bez omezení

00943 – lokalizace

bez lokalizace

00943 – praktické poznámky k vykazování

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se současně vykáže i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

00948 – Sutura lůžka

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00948	<p>Sutura lůžka Provedení sutury s případnou aplikací lokálního hemostatika a) po extrakci zubu u pojištěnce s poruchou hemokoagulace, u pojištěnce na antiresorpční léčbě a u imunosuprimovaného pojištěnce, b) po extrakci zubu v oblasti terapeuticky ozářené čelisti, c) při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů, d) při stavění pozdního poextrakčního krvácení. Součástí výkonu je zdůvodnění provedení sutury ve zdravotnické dokumentaci. Bez ohledu na použitý druh materiálu a počet stehů. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódy 00949 nebo 00950. V případě uvedeném v popisu výkonu pod písmenem d) lze vykázat samostatně. Při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů lze vykázat jedenkrát s výjimkou případů uvedených v popisu výkonu pod písmeny a), b) a d), kdy lze vykázat nejvýše jedenkrát za každý extrahovaný zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	267 Kč

00948 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00948 se označuje provedení sutury po extrakci stálého nebo dočasného zubu, případně jejich radixů, a to pouze v indikovaných případech při stavění krvácení či jeho prevence u pojištěnců s poruchou hemokoagulace, pojištěnců na antiresorpční léčbě, pacientů imunosuprimovaných, při extrakci zubu v oblasti terapeuticky ozářené čelisti, při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů či při stavění pozdního poextrakčního krvácení, bez ohledu na použitý šicí nebo hemostatický materiál a počet stehů. Vícečetnou extrakcí se rozumí extrakce alespoň dvou zubů.

Do popisu výkonu označeného kódem 00948 bylo počínaje rokem 2026 doplněno, že součástí je i případné odstranění stehů. Tato úprava textu však byla pouhým zachycením běžně akceptované praxe; i v minulosti platilo, že samozřejmou součástí sutura lůžka je případné odstranění stehů. Tato součást výkonu se nevykazuje zvlášť a poskytovatel za ni ani nemůže od pojištěnce požadovat žádnou úhradu.

00948 – regulační omezení

Kód 00948 se vykazuje jedenkrát na jeden zub, a to pouze v kombinaci s kódem 00949 nebo 00950. Samostatně lze kód 00948 vykázat pouze v případě stavění pozdního poextrakčního krvácení.

Při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů vykázaných kódy 00949 nebo 00950 při jiné než výše uvedené diagnóze pojištěnce lze kód 00948 vykázat pouze jedenkrát, s lokalizací použitou u jednoho z kódů 00949 či 00950.

00948 – lokalizace

zub

00948 – praktické poznámky k vykazování

Vykazuje se se stejnou diagnózou jako související extrakce, tedy nikoliv s diagnózou Z40.9, která se vykazovala s kódem 00948 do konce roku 2021. V případě stavění pozdního krvácení se vykáže diagnóza Y60.8 (dle MKN-10).

V případě extrakce zubů u pojištěnce s poruchou hemokoagulace, u pojištěnce na antiresorpční léčbě, u imunosuprimovaného pojištěnce nebo extrakce zubu v terapeuticky ozářené čelisti lze kód 00948 vykázet ke každému vykázanému kódu 00949 nebo 00950, a to se stejnou lokalizací.

V případě stavění pozdního poextrakčního krvácení lze kód 00948 vykázet samostatně bez současného vykazání kódu 00949 či 00950, uvede se lokalizace zubu ošetřeného lůžka a diagnóza Y60.8 (dle MKN-10); kód 00948 se v tomto případě vykáže nejvýše jedenkrát za každé ošetřené lůžko.

Vykázání kódu 00948 musí být vždy průkazně zdůvodněno ve zdravotnické dokumentaci.

Úhrada nebo spoluúčast ze strany pojištěnce v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitý šicí materiál či lokální hemostatikum) nejsou přípustné.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázet v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázet kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázet kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00949 – Běžná extrakce dočasného zubu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00949	<u>Běžná extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu nebo kořene (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých a tvrdých tkání a sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat pouze při stvrzení čerpání hrazené služby podpisem zákonného zástupce nebo zletilé doprovázející osoby ve zdravotnické dokumentaci nebo fotodokumentaci ve zdravotnické dokumentaci. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	186 Kč

00949 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00949 se označuje extrakce dočasného zubu nebo radixu, včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.

Do popisu výkonu označeného kódem 00949 bylo počínaje rokem 2026 doplněno, že součástí je i úprava souvisejících měkkých a tvrdých tkání a případné odstranění stehů. Tato úprava textu však byla pouhým zachycením běžně akceptované praxe; i v minulosti platilo, že samozřejmě součástí extrakce je jak úprava souvisejících měkkých a tvrdých tkání, tak případné odstranění stehů. Tyto součásti výkonu se nevykazují zvlášť a poskytovatel za ně ani nemůže od pojištěnce požadovat žádnou úhradu.

00949 – regulační omezení

Kód 00949 se vykazuje jedenkrát na jeden zub.

U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat jen tehdy, je-li k dispozici podpis zákonného zástupce či zletilé doprovázející osoby nebo průkazná fotodokumentace (např. fotografie situace v ústech před a po extrakci zubu). Zákonný zástupce se podepíše do zdravotnické dokumentace tak, aby bylo zřejmé, že se se zápisem o provedené extrakci seznámil. Je-li zdravotnická dokumentace vedena elektronicky, lze využít elektronická zařízení pro záznam podpisu, případně k podepisování lze použít listinu, ze které bude zřejmé, že zákonný zástupce byl seznámen se zápisem o provedené extrakci. Listinu je pak možno digitalizovat nebo uchovat.

00949 – lokalizace

zub

00949 – praktické poznámky k vykazování

Extrakce dočasného moláru s neresorbovanými kořeny se vykazuje kódem 00950, jsou-li splněny podmínky pro vykázaní tohoto kódu (tedy zejména je-li k dispozici rentgenový

snímek prokazující, že kořeny nejsou resorbovány – viz podmínky u kódu 00950). Nejsou-li podmínky kódu 00950 splněny, vykazuje se extrakce dočasného moláru kódem 00949.

V případě potřeby sutury lůžka při stavění krvácení či jeho prevence u pojištěnců s poruchou hemokoagulace, pacientů imunosuprimovaných, pojištěnců na antiresorpční léčbě nebo při extrakci zubu v oblasti terapeuticky ozářené čelisti se po sutuře rány vykáže ke každému vykázanému kódu 00949 ještě kód 00948 s lokalizací extrahovaného zubu. Vykázání kódu 00948 musí být vždy zdůvodněno ve zdravotnické dokumentaci.

S kódem 00949 lze vykázat kód 00948 též při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů při jiné než výše uvedené diagnóze, avšak pouze jedenkrát, s lokalizací použitou u jednoho z extrahovaných zubů. Vykázání kódu 00948 musí být vždy zdůvodněno ve zdravotnické dokumentaci.

Chirurgická extrakce dočasného zubu či radixu se vykazuje kódem 00951.

Případná následná ošetření komplikací extrakce se vykazují kódem 00961.

Úhrada nebo spoluúčast ze strany pojištěnce v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitý šicí materiál či lokální hemostatikum) nejsou přípustné.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00950 – Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00950	<u>Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny</u> Extrakce stálého zubu, kořene stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny (bez následné chirurgické intervence), exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání a sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců od 8 let Lze extrakci dočasného moláru s neresorbovanými kořeny vykázat pouze při zdokumentování rentgenovým vyšetřením. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	445 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Extrakce vícekořenového zubu se separací kořenů (tzv. komplikovaná extrakce) je od roku 2026 přesunuta do kódu 00951. Důvodem je vyšší technická náročnost oproti prosté extrakci.

00950 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00950 se označuje extrakce stálého zubu nebo radixu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny bez následné chirurgické intervence, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.

Kód 00950 nezahrnuje extrakci se separací kořenů; tento výkon se vykazuje kódem 00951.

Do popisu výkonu označeného kódem 00950 bylo počínaje rokem 2026 doplněno, že součástí je i úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání a případné odstranění stehů. Tato úprava textu však byla pouhým zachycením běžně akceptované praxe; i v minulosti platilo, že samozřejmou součástí chirurgických výkonů je jak úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání, tak případné odstranění stehů. Tyto součásti výkonu se nevykazují zvlášť a poskytovatel za ně ani nemůže od pojištěnce požadovat žádnou úhradu.

00950 – regulační omezení

Kód 00950 se vykazuje jedenkrát na 1 zub.

00950 – lokalizace

zub

00950 – praktické poznámky k vykazování

V případě nutnosti chirurgického dokončení běžné extrakce interradykulární či intraalveolární separací kořenů nebo výkonem s odklopením mukoperiostálního laloku nebo při primárně chirurgické extrakci se místo kódu 00950 vykazuje kód 00951 či 00952 (podle pravidel vykazování těchto kódů).

V případě potřeby sutury lůžka při stavění krvácení či jeho prevence u pojištěnců s poruchou hemokoagulace, pacientů imunosuprimovaných, pojištěnců na antiresorpční léčbě nebo při extrakci zubu v oblasti terapeuticky ozářené čelisti se po sutuře rány vykáže ke každému vykázanému kódu 00950 ještě kód 00948 s lokalizací extrahovaného zubu. Vykázání kódu 00948 musí být vždy zdůvodněno ve zdravotnické dokumentaci.

S kódem 00950 lze vykázat kód 00948 též při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů při jiné než výše uvedené diagnóze, avšak pouze jedenkrát, s lokalizací použitou u jednoho z extrahovaných zubů. Vykázání kódu 00948 musí být vždy zdůvodněno ve zdravotnické dokumentaci.

Kód 00950 lze vykázat též při extrakci dočasného moláru bez resorpce kořenů. U pojištěnce od 8 let lze extrakci dočasného moláru vykázat kódem 00950 jen za předpokladu, že je k dispozici **ze zdravotní indikace** zhotovený rentgenový snímek prokazující, že kořeny extrahovaného moláru nejsou resorbovány. Pokud takový snímek není k dispozici, vykáže se extrakce dočasného moláru kódem 00949.

Případná následná ošetření komplikací extrakce se vykazují kódem 00961. Případná chirurgická revize extrakční rány se vyazuje kódem 00851.

Úhrada nebo spoluúčast ze strany pojištěnce v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitý šicí materiál či lokální hemostatikum) nejsou přípustné.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00951 – Chirurgická extrakce zubu nebo hemiextrakce

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00951	<p><u>Chirurgická extrakce zubu nebo hemiextrakce</u> Extrakce kořene zakončeného v úrovni či pod okrajem alveolu, extrakce kořene nebo zubu s kořeny s extrémním zakřivením, s hypercementózou, se sbíhavostí nebo divergencí, extrakce zubu ankylotického nebo jiná extrakce v podobně nepříznivých anatomických poměrech kořenů a okolní alveolární kosti</p> <p>a) s odklopením mukoperiostálního laloku, b) se separací kořenů vícekořenového zubu a případným odklopením mukoperiostálního laloku, nebo c) atraumatická s intraalveolární separací kořene. Hemiextrakce. Součástí výkonu je úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Při vícečetné extrakci sousedících zubů s odklopením mukoperiostálního laloku se vykazuje pouze 1 kód 00951, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00851 a 00852 ve stejné lokalizaci. Nelze vykázat, jde-li o chirurgickou extrakci v místě současně provedené egalizace alveolárního výběžku; chirurgická extrakce se v takovém případě vykazuje kódem 00950. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	802 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Výkony, které byly do 31. prosince 2025 agregované pod kódem 00951, jsou od roku 2026 rozděleny do 2 kódů:

- 1) **kódem 00951 se vykazuje extrakce zubu či kořene** spojená s odklopením mukoperiostálního laloku a/nebo separací kořenů vícekořenového zubu a/nebo intraalveolární separací kořene a dále hemiextrakce. Lokalizace se vykazuje na zub.
- 2) **kódem 00851 se vykazují neextrakční chirurgické výkony:** egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány. Lokalizace se vykazuje jen v případě chirurgické revize extrakční rány na zub v místě extrakce, u egalizace se lokalizace nevykazuje.

Důvodem této změny je především skutečnost, že z pouhého vykázání kódu 00951 nebylo dříve možné rozlišit, zda byl zub extrahován nebo zůstal zachován. Toto rozlišení je důležité zejména pro posouzení oprávněnosti vykazování některých výkonů (například výplň) a stomatologických výrobků (například korunka) v lokalizaci extrakce. Rozdělením do dvou kódů byl tento problém odstraněn; po vykázání extrakce zubu kódem 00951 již ve stejné lokalizaci nelze výkony a výrobky aplikované na zub vykazovat. Současně došlo k rozšíření úhrady ze zdravotního pojištění i na modernější způsoby zubní extrakce šetřící kost alveolárního výběžku, konkrétně atraumatické extrakce kořene intraalveolární separací. Rovněž došlo k přesunu pracnější tzv. komplikované extrakce vícekořenového zubu rozseparováním jednotlivých kořenů z kódu 00950 do kódu 00951. Kódem 00951 se tak

nově vykazují i extrakce, u kterých nebyl proveden řez a odklopení mukoperiostálního laloku.

00951 – popis kódu

Kód vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení. Kódem 00951 se vykazuje extrakce stálého či dočasného zubu či radixu s odklopením mukoperiostálního laloku, se separací kořenů vícekořenového zubu s případným odklopením mukoperiostálního laloku nebo atraumatická extrakce s intraalveolární separací kořene, případně extrakce vícekořenového zubu se separací kořenů a hemiextrakce. Podmínkou je nejen provedení chirurgické extrakce některým z uvedených způsobů, ale též nepříznivé anatomické poměry popsané v popisu výkonu. Úhradová vyhláška obsahuje výčet situací, kdy lze extrakci některým z uvedených způsobů vykázat kódem 00951: kořen v úrovni či pod okrajem alveolu, extrémní zakřivení kořenů, sbíhavost či divergence kořenů (rozumí se taková, která podstatně ovlivňuje průběh extrakce), hypercementóza či ankylóza. Tento výčet je však demonstrativní, kód 00951 lze vykázat (byla-li extrakce provedena některým z uvedených způsobů) i v jiných případech nepříznivých anatomických poměrů kořenů a okolní alveolární kosti. Tyto jiné případy však musí být z hlediska jejich vlivu na průběh extrakce srovnatelné s těmi, které jsou v popisu výkonu výslovně uvedeny.

Součástí výkonu je úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.

00951 – regulační omezení

Kód 00951 se vykazuje jedenkrát na 1 zub.

Nelze vykázat v souvislosti s implantacemi, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací (výkony nehrazené ze zdravotního pojištění).

Při vícečetné extrakci sousedících zubů se vykazuje pouze jedenkrát kód 00951 a ostatní extrakce se vykazují kódem 00950 (jde o jeden odklopený mukoperiostální lalok), případnou suturu pak lze v indikovaných případech vykázat pouze s kódem 00950.

Příklad: Chirurgická extrakce zubů 46 a 37, 36 a 35 u imunosuprimovaného pojištěnce se vykáže kódem 00951 s lokalizací 46 a např. 37 a kódy 00950 a 00948 s lokalizací 35 a 36.

Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00851 a 00852 ve stejné lokalizaci. Provádí-li se chirurgická extrakce v místě současně prováděné egalizace alveolárního výběžku, vykáže se egalizace kódem 00851 nebo 00852 a současně provedená chirurgická extrakce kódem 00950.

00951 – lokalizace

zub

00951 – praktické poznámky k vykazování

Při **hemiextrakci** se vykáže na první pozici kód příslušného kvadrantu a na druhé pozici číslo 9, tedy např. při hemiextrakci zubu 36 vykážeme lokalizaci 39 a případnou následnou korunku již ve standardní lokalizaci 36. V případě následně zhotoveného můstku se pilířová korunka vykáže v tomto případě lokalizací zubu 36, mezičlen, který nahradí hemiextrakcí ztracenou část zubu, lokalizací 39, další pilířová korunka např. lokalizací 35.

Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo **chirurgická revize extrakční rány s odklopením** mukoperiostálního laloku vykazované do konce roku 2025 kódem 00951 se od 1. ledna 2026 vyazuje kódem 00851.

Případná ošetření komplikací výkonu a další související následná ošetření či revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku se vykazují kódem 00961. Případná následná chirurgická revize extrakční rány se vyazuje kódem 00851.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykazat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykazat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykazat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00851 – Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní malého rozsahu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00851	<p><u>Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní malého rozsahu</u></p> <p>Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány. Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení.</p> <p>Lokalizace – zub v případě chirurgické revize extrakční rány, jinak bez lokalizace.</p> <p>Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00961 při ošetření stejné extrakční rány.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00852 ve stejném kvadrantu.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	802 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Kód 00851 je nový kód, který zahrnuje výkony, které byly do konce roku 2025 vykazovány kódem 00951, avšak nejedná se o extrakce. Nově se tedy kódem 00951 vykazují extrakce zubů a kořenů a hemiextrakce (vše za podmínek uvedených v popisu kódu 00951) a kódem 00851 neextrakční výkony malého rozsahu, tedy egalizace a chirurgická revize extrakční rány (za podmínek uvedených dále). Důvodem této změny byla potřeba odlišit výkony vedoucí ke ztrátě zubu od výkonů, které se ztrátou zubu spojeny nejsou.

00851 – popis kódu

Kód vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení. Kódem 00851 se vyazuje egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány. Součástí výkonu je případná úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.

00851 – regulační omezení

Kód 00851 lze vykázat bez frekvenčního omezení.

Nelze vykázat v souvislosti s implantacemi, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací (výkony nehrazené ze zdravotního pojištění).

Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00961 při chirurgickém ošetření té samé extrakční rány.

Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00852 při egalizaci ve stejném kvadrantu.

Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00951 ve stejné lokalizaci. Provádí-li se chirurgická extrakce v místě současně prováděné egalizace alveolárního výběžku, vykáže se egalizace kódem 00851 nebo 00852 a současně provedená chirurgická extrakce kódem 00950.

00851 – lokalizace

zub – v případě chirurgické revize extrakční rány

bez lokalizace – u egalizace bezzubého alveolárního výběžku

00851 – praktické poznámky k vykazování

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00952 – Chirurgická extrakce zadržného či zaklíněného zubu a další chirurgické výkony velkého rozsahu spojené s extrakcí zubu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00952	<p><u>Chirurgická extrakce zadržného či zaklíněného zubu a další chirurgické výkony velkého rozsahu spojené s extrakcí zubu</u></p> <p>Chirurgická extrakce zubu nebo kořene zadržného nebo zaklíněného nebo v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, exstirpace cysty nad 1 cm spojená s extrakcí zubu, primární uzávěr oroantrální komunikace. Vždy s odklopením mukoperiostálního laloku. Indikace výkonu vždy na základě rentgenového vyšetření. Součástí výkonu je úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat – 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Při vícečetné chirurgické extrakci sousedních zubů se vykazuje pouze 1 kód 00952, zbylé extrakce jsou vykážány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. V případě uzávěru oroantrální komunikace u téhož poskytovatele bezprostředně po extrakci se celé ošetření včetně extrakce vykazuje kódem 00952. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00851 a 00852 ve stejné lokalizaci. Nelze vykázat, jde-li o chirurgickou extrakci v místě současně provedené egalizace alveolárního výběžku; extrakce se v takovém případě vykazuje kódem 00950. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.</p>	1 535 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Výkony agregované do 31. prosince 2025 pod kódem 00952 jsou od roku 2026 rozděleny do 3 kódů:

- 1) **kódem 00952 se vykazují chirurgické kódy velkého rozsahu spojené se ztrátou zubu:** chirurgická extrakce zubu či kořene a primární uzávěr oroantrální komunikace. Lokalizace se vykazuje na zub.
- 2) **obnověným kódem 00954 se vykazují chirurgické výkony velkého rozsahu se zachováním zubu:** resekce kořenového hrotu a tunelizace neprořezaného zubu. Lokalizace se vykazuje na zub.
- 3) **novým kódem 00852 se vykazují chirurgické výkony velkého rozsahu nesouvisející se zuby:** egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu, antrotomie a jiné podobné výkony. Lokalizace se vykazuje na čelist.

Důvodem této změny je především skutečnost, že z pouhého vykážání kódu 00952 nebylo dříve možné rozlišit, zda byl zub extrahován nebo zůstal zachován. Toto rozlišení je důležité zejména pro posouzení oprávněnosti vykazování některých výkonů (například výplň) a stomatologických výrobků (například korunka) v lokalizaci extrakce. Vyčleněním výkonů spojených se ztrátou zubu do samostatného kódu 00952 byl tento problém odstraněn;

po vykázání extrakce zubu kódem 00952 již ve stejné lokalizaci nelze výkony a výrobky aplikované na zub vykazovat. Vyčlenění výkonů nesouvisejících se zuby do samostatného kódu 00852 pak umožní přehlednější vykazování lokalizace: u kódů 00952 a 00954, které se vztahují k zubu, se lokalizace vyazuje na zub, u kódu 00852, který se nevztahuje k zubu, se lokalizace vyazuje na čelist.

00952 – popis kódu

Vyazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) nebo ve stomatochirurgii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem 00952 se označuje chirurgická extrakce zubu nebo kořene zadržného nebo zaklíněného nebo v blízkosti rizikových anatomických struktur (např. mandibulární kanál, f. mentale, maxilární sinus) nebo vyžadující snesení větší části kosti a provádí se vždy s odklopením mukoperiostálního laloku. Dále pod tento kód patří primární uzávěr oroantrální komunikace nebo exstirpace cysty nad 1 cm spojená s extrakcí zubu. Součástí výkonu je případná úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.

Z definice výkonu vyplývá, že jej nelze provést bez předchozího rentgenového vyšetření. Rentgenogram musí být uložen ve zdravotnické dokumentaci pojištěnce, jinak zdravotní pojišťovna výkon neuhradí.

00952 – regulační omezení

Kód 00952 lze vykázat jedenkrát na 1 zub.

Při vícečetné chirurgické extrakci sousedících zubů se vyazuje pouze 1x kód 00952 a ostatní extrakce se vyazuje kódem 00950 (jde o jeden odklopený mukoperiostální lalok).

Příklad: Při chirurgické extrakci zubu 48, 47 a 46 se vyáže kód 00952 obvykle v lokalizaci 48 a kód 00950 v lokalizaci 47 a 46.

Nelze vykázat v souvislosti s implantacemi, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací (výkony nehrazené ze zdravotního pojištění).

Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00851 a 00852 ve stejné lokalizaci. Provádí-li se chirurgická extrakce v místě současně prováděné egalizace alveolárního výběžku, vyáže se egalizace kódem 00851 nebo 00852 a současně provedená chirurgická extrakce kódem 00950.

V případě uzávěru oroantrální komunikace u téhož poskytovatele bezprostředně po extrakci se celé ošetření včetně extrakce vyazuje kódem 00952.

00952 – lokalizace

zub

00952 – praktické poznámky k vykazování

Exstirpace cysty nad 1 cm spojená s extrakcí zubu se vyáže pouze kódem 00952 s příslušnou diagnózou (např. K04.8) s lokalizací extrahovaného zubu.

Při primárním uzávěru oroantrální komunikace se doporučuje vykázat diagnózu Y60.8 Nehody u pacientů při zdravotní péči.

Případná ošetření komplikací výkonu a další související následná ošetření (např. výměny plastického obvazu apod.) se vykazují kódem 00961. Případná chirurgická revize extrakční rány se vyazuje kódem 00851.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče pro výše uvedená osvědčení a specializace (blíže viz kód 00908).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00953 – Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami</u> Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a případná mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání). Součástí výkonu je sutura a případné odstranění stehů.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE, odbornost 015 podle seznamu výkonů.	738 Kč

00953 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením ve stomatochirurgii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Dále vykazuje zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00953 se označuje snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání), tedy fenestrace či patefakce. Součástí výkonu je případná sutura a odstranění stehů.

Do popisu výkonu označeného kódem 00953 bylo počínaje rokem 2026 doplněno, že součástí je i sutura a případné odstranění stehů. Tato úprava textu však byla pouhým zachycením běžně akceptované praxe; i v minulosti platilo, že samozřejmou součástí těchto chirurgických výkonů je sutura a případné odstranění stehů. Tyto součásti výkonu se nevykazují zvlášť a poskytovatel za ně ani nemůže od pojištěnce požadovat žádnou úhradu.

00953 – regulační omezení

Kód 00953 lze vykázat jedenkrát na jeden zub.

00953 – lokalizace

zub

00953 – praktické poznámky k vykazování

Ošetření zubní retence uzavřenou metodou (tunelizace) se vykazuje kódem 00954.

Případná ošetření komplikací výkonu a další související následná ošetření (např. výměny plastického obvazu apod.) se vykazují kódem 00961.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00954 – Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu se zachováním zubu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00954	<p><u>Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu se zachováním zubu</u></p> <p>Resekce kořenového hrotu s odstraněním okolní patologické tkáně včetně kořenové cysty, doplněná retrogradní výplní nebo peroperačním plněním kořenového kanálku (vykazuje se za každý ošetřený kořen). Ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu. Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení.</p> <p>Lokalizace – zub</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.</p>	1 535 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Kód 00954 je nově jedním z kódů, do kterých byly rozděleny výkony vykazované do konce roku 2025 kódem 00952. Jedná se o tyto výkony a kódy:

- 1) **kódem 00952 se vykazují chirurgické kódy velkého rozsahu spojené se ztrátou zubu:** chirurgická extrakce zubu či kořene a primární uzávěr oroantrální komunikace. Lokalizace se vykazuje na zub.
- 2) **obnoveným kódem 00954 se vykazují chirurgické výkony velkého rozsahu se zachováním zubu:** resekce kořenového hrotu a tunelizace neprořezaného zubu. Lokalizace se vykazuje na zub.
- 3) **novým kódem 00852 se vykazují chirurgické výkony velkého rozsahu nesouvisející se zuby:** egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu, antrotomie a jiné podobné výkony. Lokalizace se vykazuje na čelist.

Důvodem této změny je především skutečnost, že z pouhého vykázání kódu 00952 nebylo dříve možné rozlišit, zda byl zub extrahován nebo zůstal zachován. Toto rozlišení je důležité zejména pro posouzení oprávněnosti vykazování některých výkonů (například výplň) a stomatologických výrobků (například korunka) v lokalizaci extrakce. Vyčleněním výkonů spojených se ztrátou zubu do samostatného kódu 00952 byl tento problém odstraněn; po vykázání extrakce zubu kódem 00952 již ve stejné lokalizaci nelze výkony a výrobky aplikované na zub vykazovat. Vyčlenění výkonů nesouvisejících se zuby do samostatného kódu 00852 pak umožní přehlednější vykazování lokalizace: u kódů 00952 a 00954, které se vztahují k zubu, se lokalizace vykazuje na zub, u kódu 00852, který se nevztahuje k zubu, se lokalizace vykazuje na čelist.

00954 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) nebo ve stomatochirurgii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem 00954 se od roku 2026 opět vykazuje periapikální chirurgie (resekce kořenového hrotu), která zahrnuje odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně,

amputaci kořenového hrotu (včetně případného peroperačního plnění, resp. retrogradní výplně), exkochleaci granulací či exstirpaci odontogenní cysty, toaletu kořene a kosti a suturu. Pokud nejsou kořenové kanálky uzavřeny ortogradní či retrogradní výplní z kalciumsilikátového cementu, není provedení výkonu dnes považováno za lege artis. Výkon byl v letech 2023 až 2025 vykazován kódem 00952.

Kódem 00954 se vykazuje i ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu. Výkon se do konce roku 2025 vykazoval kódem 00952.

Součástí výkonů vykazovaných kódem 00954 je i úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.

00954 – regulační omezení

bez omezení

00954 – lokalizace

zub

00954 – praktické poznámky k vykazování

Resekce kořenového hrotu se vykazuje za každý ošetřený kořen.

Případná ošetření komplikací výkonu a další související následná ošetření se vykazují kódem 00961.

Ošetření zubní retence otevřenými metodami (fenestrace, patefakce) se vykazuje kódem 00953.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00852 – Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu bez vztahu k zubu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00852	<p><u>Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu bez vztahu k zubu</u></p> <p>Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm bez extrakce zubu, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie. Jiné podobné výkony.</p> <p>Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení.</p> <p>Lokalizace – čelist</p> <p>Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00851 ve stejném kvadrantu.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.</p>	1 535 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Kód 00852 je nově jedním z kódů, do kterých byly rozděleny výkony vykazované do konce roku 2025 kódem 00952. Jedná se o tyto výkony a kódy:

- 1) **kódem 00952 se vykazují chirurgické kódy velkého rozsahu spojené se ztrátou zubu:** chirurgická extrakce zubu či kořene a primární uzávěr oroantrální komunikace. Lokalizace se vyazuje na zub.
- 2) **obnoveným kódem 00954 se vykazují chirurgické výkony velkého rozsahu se zachováním zubu:** resekce kořenového hrotu a tunelizace neprořezaného zubu. Lokalizace se vyazuje na zub.
- 3) **novým kódem 00852 se vykazují chirurgické výkony velkého rozsahu nesouvisející se zuby:** egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu, antrotomie a jiné podobné výkony. Lokalizace se vyazuje na čelist.

Důvodem této změny je především skutečnost, že z pouhého vykázání kódu 00952 nebylo dříve možné rozlišit, zda byl zub extrahován nebo zůstal zachován. Toto rozlišení je důležité zejména pro posouzení oprávněnosti vykazování některých výkonů (například výplň) a stomatologických výrobků (například korunka) v lokalizaci extrakce. Vyčleněním výkonů spojených se ztrátou zubu do samostatného kódu 00952 byl tento problém odstraněn; po vykázání extrakce zubu kódem 00952 již ve stejné lokalizaci nelze výkony a výrobky aplikované na zub vykazovat. Vyčlenění výkonů nesouvisejících se zuby do samostatného kódu 00852 pak umožní přehlednější vykazování lokalizace: u kódů 00952 a 00954, které se vztahují k zubu, se lokalizace vyazuje na zub, u kódu 00852, který se nevztahuje k zubu, se lokalizace vyazuje na čelist.

00852 – popis kódu

Vyazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) nebo ve stomatochirurgii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE).

Kódem 00852 se vykazují egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm bez současné extrakce zubu v oblasti rány, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a jiné podobné výkony.

Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů. Výše uvedené výkony se do konce roku 2025 vykazovaly kódem 00952.

Jiným podobným výkonem se rozumí například odstranění cizího tělesa z čelistní kosti po odklopení mukoperiostálního laloku apod. Cizím tělesem samozřejmě není implantát, ale např. projektil.

00852 – regulační omezení

Kód 00852 lze vykázat bez frekvenčního omezení.

Nelze vykázat v souvislosti s implantacemi, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací (výkony nehrazené ze zdravotního pojištění).

Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu se vyazuje kódem 00851. Kód 00852 nelze vykázat v kombinaci s kódem 00851 ve stejném kvadrantu.

00852 – lokalizace

čelist

00852 – praktické poznámky k vykazování

Exstirpace cysty o průměru nad 1 cm spojená s extrakcí zubu se vyazuje kódem 00952.

Při artrocentéze temporomandibulárního kloubu se vyazuje lokalizace dolní čelisti (02), při antrotomii lokalizace horní čelisti (01).

Případná ošetření komplikací výkonu a další související následná ošetření se vykazují kódem 00961.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00955 – Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00955	<p><u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u></p> <p>Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za 1 sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy, případně její náplň kontrastní látkou. Součástí výkonu je případně sutura a odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení.</p> <p>Nelze vykázat, jde-li o gingivektomii nebo o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací.</p> <p>Odbornosti 014, 015, podle seznamu výkonů.</p>	544 Kč

00955 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00955 se označuje provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene v rozsahu jednoho sextantu, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže orofaciální oblasti do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy či její náplň např. kontrastní látkou.

Do popisu výkonu označeného kódem 00955 bylo počínaje rokem 2026 doplněno, že součástí je i případná sutura a odstranění stehů. Tato úprava textu však byla pouhým zachycením běžně akceptované praxe; i v minulosti platilo, že samozřejmou součástí chirurgických výkonů je případná sutura a odstranění stehů. Tyto součásti výkonu se nevykazují zvlášť a poskytovatel za ně ani nemůže od pojišťovny požadovat žádnou úhradu.

00955 – regulační omezení

bez omezení

00955 – lokalizace

bez lokalizace

00955 – praktické poznámky k vykazování

Excize vlajícího hřebene většího rozsahu než 1 sextant, odstranění léze nad 2 cm anebo suturu rány delší 5 cm může vykázat zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) nebo ve stomatochirurgii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE), a to kódem 00956.

Kód nelze vykázat při gingivektomii (gingivektomie s plastikou je obsahem kódu 00933) a v souvislosti s implantacemi, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací (výkony nehrazené ze zdravotního pojištění).

Případná ošetření komplikací výkonu a další související následná ošetření (např. převazy, výměny plastického obvazu apod.) se vykazují kódem 00961.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00956 – Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00956	<p><u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u></p> <p>Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než 1 sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitomie, přístrojová sialoendoskopie se zprůchodněním vývodu. Součástí výkonu je případně sutura a odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat, jde-li o gingivektomii nebo o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.</p>	1 046 Kč

00956 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) nebo ve stomatochirurgii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem 00956 se označuje 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 orofaciální oblasti nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní, diagnostická excize, sialolitomie a přístrojová sialoendoskopie se zprůchodněním vývodu.

Do popisu výkonu označeného kódem 00956 bylo počínaje rokem 2026 doplněno, že součástí je i případná sutura a odstranění stehů. Tato úprava textu však byla pouhým zachycením běžně akceptované praxe; i v minulosti platilo, že samozřejmou součástí chirurgických výkonů je případná sutura a odstranění stehů. Tyto součásti výkonu se nevykazují zvlášť a poskytovatel za ně ani nemůže od pojištěnce požadovat žádnou úhradu.

00956 – regulační omezení

bez omezení

00956 – lokalizace

bez lokalizace

00956 – praktické poznámky k vykazování

Nelze vykázat v souvislosti s implantacemi, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací (výkony nehrazené ze zdravotního pojištění).

Případná ošetření komplikací výkonu a další související následná ošetření (např. převazy, výměny plastického obvazu apod.) se vykazují kódem 00961.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče pro výše uvedená osvědčení a specializace (blíže viz kód 00908).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00957 – Ošetření dentoalveolárního traumatu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00957	<u>Ošetření dentoalveolárního traumatu</u> Ošetření následků úrazu zubů a alveolárního výběžku v rozsahu maximálně 3 zubů, včetně replantace, jednoduché fixace plastickým materiálem, popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	566 Kč

00957 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00957 se označuje ošetření následků úrazu zubů a alveolu malého rozsahu (včetně replantace), jednoduché fixace plastickým materiálem, popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou.

00957 – regulační omezení

bez omezení

00957 – lokalizace

bez lokalizace

00957 – praktické poznámky k vykazování

Případná následná ošetření související s výkonem (včetně komplikací) se vyказují kódem 00961.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00958 – Ošetření zlomeniny čelisti

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00958	<u>Ošetření zlomeniny čelisti</u> Repozice a fixace zlomenin alveolárního výběžku horní nebo dolní čelisti v rozsahu 4 a více zubů, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace, včetně fixace pomocí nitrokoštně zaváděných šroubů (za každou poraněnou čelist).	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – čelist. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE.	906 Kč

00958 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař s osvědčením ve stomatochirurgii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem 00958 se označuje repozice a fixace zlomenin alveolu horní či dolní čelisti, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace.

00958 – regulační omezení

bez omezení

00958 – lokalizace

čelist

00958 – praktické poznámky k vykazování

Kód se vyказuje za každou ošetřenou čelist.

Případná následná ošetření související s výkonem (včetně komplikací) se vyказují kódem 00961.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče pro výše uvedená osvědčení a specializace (blíže viz kód 00908).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00959 – Intraorální incize nebo trepanace alveolu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00959	<u>Intraorální incize nebo trepanace alveolu</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu. Trepanace alveolu k zajištění odtoku zánětlivého exsudátu v oblasti hrotu kořene zubu.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – kvadrant. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	255 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění došlo k zařazení trepanace alveolu dosud hrazené pojištěncem mezi výkony hrazené ze zdravotního pojištění. Vzhledem k nízké frekvenci a terapeutické i technické podobnosti je výkon vložen do kódu 00959.

00959 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00959 se označuje léčba zánětu provedením intraorální incize s případnou dilatací rány, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu nebo provedení trepanace alveolu (alveolotomie) k zajištění odtoku zánětlivého exsudátu v oblasti apexu zubního kořene s případnou drenáží.

00959 – regulační omezení

bez omezení

00959 – lokalizace

kvadrant

00959 – praktické poznámky k vykazování

Následná ošetření rány po obou výkonech se vyказují kódem 00961.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 v odbornosti 014 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti vykáže současně kód 00826.

00960 – Zevní incize

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00960	<u>Zevní incize</u> Léčba kolemčelistního zánětu zevní incizí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE.	710 Kč

00960 – popis kódu

Vyžaduje zubní lékař s osvědčením ve stomatochirurgii (CH) a u pojištěnců ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem 00960 se označuje ambulantní léčba **kolemčelistního zánětu** provedením extraorální incize, včetně dilatace rány, vypuštění exsudátu a zavedení drénu.

00960 – regulační omezení

bez omezení

00960 – lokalizace

bez lokalizace

00960 – praktické poznámky k vykazování

Následná ošetření incizní rány se vykazují kódem 00961.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče pro výše uvedená osvědčení a specializace (blíže viz kód 00908).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00961 – Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00961	Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací Zavedení drénu nebo tamponády, přiložení plastického obvazu, výplach rány lokálním léčebným prostředkem, převaz rány, úprava nebo oprava dentální nebo intermaxilární fixace a odstranění nitrokostně zavedených šroubů použitých při fixaci zlomeniny čelisti, stavění pozdního poextrakčního krvácení bez sutury, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, a fyzikální terapie.	Lze vykázat 5 / 10 dnů. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	120 Kč

00961 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00961 se označuje zavedení a výměny drénu či tamponády, přiložení a výměny plastického obvazu, výplach rány lokálním léčebným prostředkem, stavění pozdního poextrakčního krvácení, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, svalové rehabilitační cvičení a fyzikální terapie.

00961 – regulační omezení

Kód lze vykázat pětkrát v průběhu deseti dnů. Počítá se den poskytnutí (vykázání) výkonu a devět dnů bezprostředně předcházejících dni vykázání.

Příklad: Má-li být výkon poskytnut 10. února, lze jej vykázat jen za předpokladu, že v předcházejících devíti dnech (tedy v období 1. až 9. února) byl poskytnut a vykázán nejvýše čtyřikrát.

00961 – lokalizace

bez lokalizace

00961 – praktické poznámky k vykazování

Kód lze v jedné návštěvě vykázat pouze jednou.

Kód 00961 nelze vykázat současně s kódem 00908. Ošetření komplikací chirurgických výkonů je totiž v kódu 00908 již obsaženo.

Příklad: Neregistrovaný (cizí) pojištěnec přichází v rámci neodkladné péče s poextrakční alveolitidou – po jeho vyšetření a konzervativním ošetření lůžka vykáže poskytovatel kód 00908, nikoliv však 00961. Bude-li následovat další konzervativní ošetření této alveolitidy u téhož poskytovatele v následujících dnech, vykáže se kódem 00961, nikoliv však již kódem 00908.

Nevyказuje se při odstranění stehů při normálním hojení rány.

Chirurgická revize extrakční rány s odklopením mukoperiostálního laloku se vykazuje kódem 00951.

Úhrada nebo spoluúčast ze strany pojištěnce v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitý materiál) nejsou přípustné.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00962 – Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> Vyšetření, zdokumentování a konzervativní léčba poruchy temporomandibulárního kloubu (například úprava artikulace, fyzikální terapie, nácvik správného stereotypu otevírání úst).	Lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00964. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	368 Kč

00962 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00962 se označuje vyšetření temporomandibulárního kloubu, zdokumentování onemocnění a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (například úpravou artikulace, fyzikální terapií nebo nácvikem správného stereotypu otevírání).

00962 – regulační omezení

Kód 00962 lze vykázat nejvýše dvakrát za jeden kalendářní rok, v jedné návštěvě nelze kombinovat s kódem 00964.

00962 – praktické poznámky k vykazování

Zubní lékař s osvědčením ve stomatochirurgii (CH) může vykázat při léčbě temporomandibulárních poruch kód 00964.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00964 – Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00964	<p><u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem</u></p> <p>Vyšetření, zdokumentování onemocnění, případná indikace a vyhodnocení cílené zobrazovací metody a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (např. indikace nákusné dlahy, provedení mezičelistní fixace, manuální repozice, indikace rehabilitace, cílené podání medikace).</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00962.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.</p>	701 Kč

00964 – popis kódu

Vyžaduje pouze zubní lékař s osvědčením ve stomatochirurgii (CH). Kódem 00964 se označuje vyšetření temporomandibulárního kloubu, zdokumentování onemocnění, případná indikace a vyhodnocení cílené zobrazovací metody a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (např. indikace nákusné dlahy, provedení mezičelistní fixace, manuální repozice, indikace rehabilitace, cílené podání medikace).

00964 – regulační omezení

Bez omezení frekvence. Nelze kombinovat s kódem 00962.

00964 – praktické poznámky k vykazování

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908) pro zubní lékaře s osvědčením ve stomatochirurgii (CH).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let držitel osvědčení ve stomatochirurgii (CH) vykáže současně kód 00826.

00968 – Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00968	<p><u>Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce</u></p> <p>Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb. Součástí výkonu je vystavení písemné zprávy.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den pouze v kombinaci s kódy 00851, 00852, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960 a 00964.</p> <p>Ošetření na základě písemného doporučení jiného lékaře při neodkladných stavech (při naléhavých stavech i bez doporučení).</p> <p>V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze jedenkrát. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.</p>	1 142 Kč

00968 – popis kódu

Kód vykazuje zubní lékař s osvědčením ve stomatologii (CH), který výkon poskytl na sjednaném pracovišti poskytovatele zařazeného do sítě stomatologických pracovišť a který splňuje podmínky uvedené v metodice pro nasmlouvání a vykazování kódu 00968 zveřejněné na webových stránkách zdravotních pojišťoven. Podle této metodiky může výkon vykázat jen držitel osvědčení ve stomatologii (CH), který toto osvědčení má nejméně 5 let, resp. 3 roky v regionech s nedostupností specializované stomatologické péče. Do této doby lze započítat i stomatologickou praxi před získáním osvědčení ve stomatologii (CH), kterou zubní lékař absolvoval u poskytovatele s lůžkovým či klinickým pracovištěm (společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy).

Je na místě připomenout obecné pravidlo, že kódy výkonů vykazuje vždy ten zubní lékař, který příslušný výkon poskytl. Kód 00968 tak může poskytovat a vykazovat jen držitel osvědčení ve stomatologii (CH), který toto osvědčení má po dobu uvedenou výše. Smysl je zřejmý: delegovanou stomatologickou péči má osobně poskytovat stomatolog s odpovídajícími znalostmi a zkušenostmi. Pokud by výkon poskytl zubní lékař, který tyto podmínky nesplňuje (např. by neměl osvědčení ve stomatologii, nebo by je sice měl, ale po kratší než požadované dobu), zdravotní pojišťovna jej neuhradí. To platí i tehdy, pokud by na pracovišti působil zubní lékař splňující požadované podmínky, který by ovšem osobně výkon neposkytoval, ale svěřoval by jeho poskytnutí zubním lékařům, kteří požadované podmínky nesplňují, případně by na ně dohlížel.

Kód 00968 je vyšetřovacím a bonifikačním kódem, který kompenzuje nutnost udržování určité volné kapacity a tím omezení objednávání běžné stomatologické péče v souvislosti s povinností přijmout pojištěnce odeslaného jiným pracovištěm k akutnímu stomatologickému ošetření (při naléhavých stavech i bez doporučení). Poskytovatel zařazený do sítě stomatologických pracovišť musí splňovat podmínky uvedené v metodice pro nasmlouvání a vykazování kódu 00968, která je zveřejněna na webových stránkách zdravotních pojišťoven.

Kód se vykazuje na základě písemného doporučení jiného zubního lékaře při neodkladných stavech, následuje písemná zpráva. V naléhavých případech, tedy v situaci, kdy doporučení jiného lékaře nelze bez prodloužení opatřit, lze výkon poskytnout a kód 00968 vykázat i bez doporučení.

Neodkladné stavy

Za neodkladný se považuje stav, kdy

- a) obtíže pojištěnce vyžadují bezprostřední stomatochirurgické ošetření nebo
- b) odklad stomatochirurgického ošetření by mohl vést ke zhoršení zdravotního stavu pojištěnce nebo
- c) odklad stomatochirurgického ošetření by mohl zkomplikovat strategii léčby (např. ortodontické).

Není-li stav neodkladný ve smyslu uvedeném výše v písm. a) až c), nelze kód 00968 vykázat. Například byl-li pojištěnec odeslán k provedení neakutního chirurgického výkonu (např. z ortodontické indikace), nepůjde o neodkladný stav a kód 00968 nebude možno vykázat. Jestliže by však odklad stomatochirurgického ošetření mohl zkomplikovat strategii ortodontické léčby, půjde o neodkladný stav ve smyslu výše uvedeného písm. c) a kód 00968 bude možno vykázat. Podmínkou úhrady kódu je zdůvodnění neodkladnosti doporučujícím lékařem nebo zubním lékařem na žádance a následné zapsání do zdravotnické dokumentace stomatochirurga.

Podmínka vyšetření a ošetření v jedné návštěvě

Obecně platí, že kód 00968 lze vykázat v případě, že pojištěnec odeslaný s neodkladným stavem je v jedné návštěvě vyšetřen a ošetřen. Pokud by stomatochirurg pojištěnce pouze vyšetřil a k ošetření jej objednal na jiný termín, kód 00968 vykázat nemůže.

Jestliže však ošetření nelze vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce provést (např. čelistní kontraktura, nevhodnost extrakce v zánětlivém prostředí, potřeba vyšetření hemokoagulace či jiného vyšetření nezbytného vzhledem k celkovému onemocnění pojištěnce vyplývajících z anamnézy), lze pacienta objednat k výkonu na nejbližší možný termín, kdy je možno ošetření provést, a kód 00968 lze pak s příslušnými provedenými výkony vykázat. Podmínkou úhrady kódu je zapsání skutečností vedoucích k odkladu do zdravotnické dokumentace. V tomto případě lze při první návštěvě, kdy je provedeno vyšetření, vykázat kód 00903. Při druhé návštěvě, ve které bude ošetření provedeno, lze vykázat kód 00968 s příslušnými provedenými výkony.

00968 – regulační omezení

Kód 00968 lze vykázat jedenkrát v jednom dni, a to pouze za předpokladu, že byl pacientovi poskytnut a současně vykázán alespoň jeden z kódů 00851, 00852, 00951, 00952, 00953, 00964, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960 a 00964. Kód 00968 nelze tedy vykázat samostatně, ale vždy jen v kombinaci s jinými kódy, mezi kterými musí být alespoň jeden z kódů uvedených v předchozí větě. Kombinace s dalšími kódy (např. 00910, 00917, 00950 atd.) je přípustná.

V souvislosti s léčením konkrétního neodkladného stavu lze kód 00968 vykázat pouze jedenkrát, v případě dalšího plánovaného stomatochirurgického ošetření téhož pojištěnce již kód 00968 znovu vykázat nelze.

Příklad: Pacient odeslán k extrakci retinovaných dolních zubů moudrosti, z nichž jeden způsobuje bolest. První extrakce provedena akutně při první návštěvě a vykázána kombinací kódů 00913, 00914, 00916, 00952 a 00968, druhá provedena jako odložená na základě objednání a vykázána kombinací kódů 00916 a 00952, tedy již bez kódu 00968. Pokud by však mezi oběma extrakcemi došlo ke zhoršení zdravotního stavu s potřebou neodkladného ošetření, které by si vyžádalo změnu objednaného termínu druhé extrakce, bylo by možno kód 00968 vykázat i s ní.

00968 – lokalizace

bez lokalizace

00968 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00968 je i kódem vyšetřovacím, proto s ním nelze současně vykázat kód 00903, 00908 ani 00909.

Kód nelze vykázat u pojištěnce registrovaného poskytovatelem v případě přeposlání mezi jednotlivými lékaři (IČP) tohoto poskytovatele.

Při vykazání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně i kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

Bylo-li provedeno **ošetření** pojištěnce ve věku od 6 do 15 let, vykáže se současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

Bylo-li provedeno **ošetření** pojištěnce ve věku od 15 do 18 let, vykáže se současně kód 00826.

00822 – Aplikace prefabrikované korunky na stálý zub u pacientů do dne dosažení 18 let

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00822	<p><u>Aplikace prefabrikované korunky na stálý zub u pacientů do dne dosažení 18 let</u></p> <p>Aplikace prefabrikované ocelové plášťové korunky na stálý molár nebo prefabrikované plastové stripové korunky na stálý řezák, špičák nebo premolár u pacientů do dne dosažení 18 let. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, pokud je nutná, a adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat a) u hypomineralizačních nebo hypoplastických postižení na třech a více ploškách na stálém moláru nebo stálém řezáku s diagnózou molárová a incizální hypomineralizace skloviny, b) v rozsahu celého stálého chrupu s diagnózou amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí a dentinogenesis imperfecta K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.</p>	865 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

S účinností od roku 2026 došlo k rozšíření obsahu výkonu. Nově lze kódem 00822 vykázat aplikaci prefabrikované ocelové plášťové korunky nejen na první stálý molár, ale na kterýkoliv stálý molár. U prefabrikované plastové stripové korunky pak lze nově tento kód použít i při aplikaci na stálé špičáky a premoláry, nikoliv pouze na stálé řezáky jako dosud.

00822 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem 00822 se označuje aplikace prefabrikované ocelové plášťové korunky na stálý molár nebo prefabrikované plastové stripové korunky na stálý řezák, špičák nebo premolár. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, je-li nutná, adaptaci a fixaci korunky a také cenu použitého materiálu a prefabrikátu.

00822 – regulační omezení

Kód 00822 lze vykázat nejvýše jedenkrát na zub.

Vykázat může pouze zubní lékař osvědčením v pedostomatologii (PE).

Lze vykázat u hypomineralizačních nebo hypoplastických postižení na třech a více ploškách na stálém moláru nebo stálém řezáku s diagnózou molárová a incizální hypomineralizace skloviny. Tato diagnóza není výslovně uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10, použije se diagnóza K00.3.

Počínaje rokem 2026 lze kód 00822 vykázat v rozsahu celého stálého chrupu s diagnózami amelogenesis imperfecta (K00.4 i K00.5) a dentinogenesis imperfecta (K00.5).

00822 – lokalizace

zub

00822 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada výkonu označeného kódem 00822 již zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření dětského pojištěnce. Vykazování bonifikačních kódů 00906, 00907, 00824, 00825 a 00826 výlučně v kombinaci s kódem 00822 proto není možné. Uvedené bonifikační kódy lze ve stejné návštěvě vykázat s kódem 00822 jen tehdy, pokud je současně vykázáán některý jiný výkon, který kombinaci s některým bonifikačním kódem umožňuje.

00970 – Sejmutí fixní náhrady

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00970	<u>Sejmutí fixní náhrady</u> Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací, v případě zkrácení mostu odseparování části mostu v místě mezičlenu (v tom případě se lokalizace vykazuje na tento mezičlen).	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní. Lokalizace – zub. Nelze vykázat u provizorních náhrad. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	175 Kč

00970 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00970 se označuje sejmutí definitivní fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací, případně odseparování části fixní práce v místě mezičlenu při zkrácení mostu.

00970 – regulační omezení

Kód 00970 lze ve stejné lokalizaci vykázat jedenkrát za 730 dní (2 roky), nelze jej vykázat u provizorních náhrad.

00970 – lokalizace

zub

00970 – praktické poznámky k vykazování

Vykazuje se lokalizace zubu, ze kterého byla korunka sejmuta, nikoliv separace mezičlenu. Pouze v případě zkrácení mostu kód zahrnuje i odseparování části mostu v místě mezičlenu a lokalizace se pak vykazuje na tento mezičlen.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00971 – Provizorní ochranná korunka

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00971	<u>Provizorní ochranná korunka</u> Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	383 Kč

00971 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00971 se označuje adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, odlomeného nebo jinak destruovaného zubu, případně zhotovení individuální ochranné korunky razidlovou metodou v ústech pojištěnce. Vždy se tedy jedná o provizorní korunku, která **nebyla zhotovena v zubní laboratoři**.

00971 – regulační omezení

Kód 00971 lze ve stejné lokalizaci vykázat jedenkrát za 730 dní (2 roky). S účinností od 1. ledna 2026 bylo do regulačního omezení doplněno výslovné ustanovení, které interval 730 dní vztahuje k 1 zubu. Jedná se však jen o upřesnění, nikoliv o faktickou změnu oproti dřívější úpravě. Nikdy totiž nebylo pochyb o tom, že regulační omezení se vztahuje k zubu. Jiný výklad by totiž byl zcela nesmyslný.

00971 – lokalizace

zub

00971 – praktické poznámky k vykazování

Při opakovaném nasazení korunky se kód nevyказuje.

V téže lokalizaci nelze vykazovat v kombinaci s provizorní korunkou zhotovenou v laboratoři (tedy s protetickým kódem 8030701, popř. 7030701).

Úhrada nebo spoluúčast ze strany pojištěnce v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitý materiál) není přípustná.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00973 – Úprava snímatelné náhrady v ordinaci

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00973	<u>Úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u> Jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.	Lze vykázat 5 / 1 kalendářní rok. Lokalizace – čelist. Lze vykázat nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	110 Kč

00973 – popis kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00973 se označuje jednoduchá úprava snímatelné náhrady, která je celá provedena v ordinaci. Kód nelze vykázat při odevzdání oprav či úprav stomatologického výrobku provedených v laboratoři. Kód nelze vykázat ani při úpravě snímatelného ortodontického aparátu. Je tomu tak proto, že snímatelný ortodontický aparát není snímatelnou náhradou; jde o zcela jiný typ zdravotnického prostředku.

00973 – regulační omezení

Kód 00973 lze vykázat nejvýše pětkrát za jeden kalendářní rok, nejdříve však dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady.

00973 – lokalizace

čelist

00973 – praktické poznámky k vykazování

Musí jít o nově vzniklou příčinu úpravy náhrady po úspěšném začlenění do úst.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

00974 – Odevzdání stomatologického výrobku

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
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. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	0 Kč

00974 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Jedná se o signální kód sloužící pro vykazování stomatologického výrobku. Kód má nulovou hodnotu a podle metodiky slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).

00974 – regulační omezení

bez omezení

00974 – lokalizace

bez lokalizace

00974 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00974 se vykáže (na dokladu 01s) jen v situaci, kdy se současně na dokladu 03s vykazuje zdravotní pojišťovně stomatologický nebo ortodontický výrobek odevzdaný pojištěnci. Pokud k odevzdání výrobku pojištěnci z jakéhokoliv důvodu nedošlo, výrobek se na dokladu 03s nevykazuje, a proto se nevykazuje ani kód 00974.

Kód 00974 se proto nevykazuje ani v těch případech, kdy se jedná o stomatologický výrobek plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění, který nebyl dokončen nebo odevzdan pojištěnci v důsledku jeho úmrtí. V těchto případech lze nedokončený, resp. neodevzdaný stomatologický výrobek vykázet některým z VZP kódů 00859 až 00879 (blíže k tomu ve výkladu k těmto VZP kódům dále v této publikaci). Kód 00974 se však společně s těmito kódy nevykazuje.

00977 – Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00977	<p><u>Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub</u></p> <p>Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na dočasný molár nebo prefabrikovaná plastová stripová korunka na dočasný řezák nebo dočasný špičák. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, pokud je nutná, a adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>Lze vykázat u defektu na třech nebo více ploškách na zubu s diagnózou zubního kazu K02 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po endodontickém ošetření s diagnózou K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po provedené vitální pulpotomii s diagnózami K02 nebo K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u defektů souvisejících s diagnózami amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí a dentinogenesis imperfecta K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů po ztrátě tvrdých zubních tkání v důsledku úrazu s diagnózou S02.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s diagnózami K03.0, K03.1, K03.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí a u hypomineralizace druhých dočasných molárů. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.</p>	815 Kč

00977 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem 00977 se označuje aplikace prefabrikované ocelové plášťové korunky na dočasný molár nebo prefabrikované plastové stripové korunky na dočasný řezák nebo dočasný špičák včetně tangenciální preparace, pokud je nutná, a adaptace a fixace korunky i ceny použitého materiálu a prefabrikátu.

00977 – regulační omezení

Kód 00977 lze vykázat nejvýše jedenkrát na zub.

Lze vykázat v těchto případech:

- u defektu na třech nebo více ploškách na zubu s dg. zubního kazu K02,
- u zubu po endodontickém ošetření s dg. K04,
- u zubu po provedené vitální pulpotomii s dg. K02 nebo K04,
- u defektů souvisejících s dg. amelogenesis či dentinogenesis imperfecta K00.4 i K00.5,
- u zubů po ztrátě tvrdých zubních tkání v důsledku úrazu s dg. S02.5,
- u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s dg. K03.0, K03.1, K03.2, anebo
- u hypomineralizace druhých dočasných molárů.

00977 – lokalizace

zub

00977 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00977 označuje výkon vázaný výlučně na osvědčení v pedostomatologii (PE). Jde tedy o výkon směřovaný na pojištěnce do 18 let věku (na tom nic nemění fakt, že to není výslovně vyjádřeno v popisu výkonu ani v regulačních omezeních). Úhrada tohoto výkonu již zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření dětského pojištěnce. Vykazování bonifikačních kódů 00906, 00907, 00824, 00825 a 00826 výlučně v kombinaci s kódem 00977 proto není možné. Uvedené bonifikační kódy lze ve stejné návštěvě vykázat s kódem 00977 jen tehdy, pokud je současně vykázán některý jiný výkon, který kombinaci s některým bonifikačním kódem umožňuje.

VZP kódy 00859 až 00879

Stomatologický výrobek, který nebyl odevzdán pojištěnci, nelze vykázat zdravotní pojišťovně. Výjimku představují případy, kdy k dokončení a odevzdání výrobku nedošlo, protože pojištěnec zemřel. V této specifické situaci lze použít VZP kódy 00859 až 00879. **Z technických důvodů jde o kódy výkonů, nikoliv výrobků.** Věcně jde však o nástroj pro vykazování stomatologických výrobků.

VZP kódy 00859 až 00879 lze vykázat, pokud jsou splněny všechny tyto podmínky:

- stomatologický výrobek byl indikován a jeho zhotovení zahájeno za života pojištěnce,
- jedná se o stomatologický výrobek plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění (I),
- pojištěnec zemřel a stomatologický výrobek proto nebylo možno dokončit, případně dokončený stomatologický výrobek pojištěnci odevzdat, a
- od úmrtí pojištěnce uplynulo nejvýše 365 dnů.

VZP kódy 00859 až 00879 se vykazují s lokalizací stomatologického výrobku, ke kterému se vztahují. Jde-li o stomatologický výrobek, který se (pokud by byl dokončen a odevzdán pojištěnci) vyazuje s lokalizací, je třeba stejnou lokalizaci vykázat u příslušného VZP kódu 00859 až 00879. Pokud se u stomatologického výrobku, pokud by byl dokončen a odevzdán, lokalizace nevyazuje, není třeba ji vykazovat ani u příslušného VZP kódu 00859 až 00879.

Na VZP kódy 00859 až 00879 je nutno aplikovat množstevní limit jako na stomatologické výrobky, ke kterým se vztahují, a to ke dni úmrtí pojištěnce. Příslušný VZP kód 00859 až 00879 tak lze vykázat jen tehdy, pokud ke dni úmrtí pojištěnce uplynula doba množstevního limitu předchozího stomatologického výrobku stejného druhu a stejné lokalizace, jako je stomatologický výrobek vykazovaný VZP kódem 00859 až 00879, který byl pojištěnci dříve odevzdán.

Příklad: Pojištěnci byla dne 10. února 2023 odevzdána na zubu 36 korunka plášťová celokovová samostatná; tato korunka byla ke stejnému dni vykázána zdravotní pojišťovně kódem 8030101. Množstevní limit této korunky je 8 let. To znamená, že na zubu 36 lze nejen tuto, ale i kteroukoliv jinou korunku tomuto pojištěnci poskytnout jako hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a vykázat ji zdravotní pojišťovně nejdříve 11. února 2031. V lednu 2031 bylo zjištěno, že stávající korunka na zubu 36 již nevyhovuje. Poskytovatel a pojištěnec se dohodli na zhotovení nové korunky, a to opět korunky plášťové celokovové samostatné. Dosavadní korunka byla sejmuta, zub byl preparován, zhotoven otisk a nová korunka byla předepsána a objednána v zubní laboratoři. Termín odevzdání nové korunky pojištěnci byl dohodnut na 12. února 2031, tedy na dobu po uplynutí množstevního limitu předchozí korunky.

Nová korunka byla zhotovena v zubní laboratoři a doručena do zubní ordinace 5. února 2031. 11. února 2031 se zubní lékař dozvěděl, že pacient 31. ledna 2031 zemřel.

Korunka plášťová celokovová samostatná, která byla připravená k odevzdání pojištěnci, avšak odevzdána nebyla z důvodu jeho úmrtí, se vyazuje zdravotní pojišťovně VZP kódem 00861. V popsaném případě však tento kód vykázat nelze, neboť pacient zemřel dříve, než uplynula doba množstevního limitu jeho dřívější korunky ve stejné lokalizaci.

Poskytovatel musí být schopen doložit laboratorní štítek a fakturu vystavenou zubní laboratoří a uhrazenou poskytovatelem, který stomatologický výrobek předepsal. Ve zdravotnické dokumentaci pojištěnce musí být záznamy o jednotlivých výrobních fázích zhotovování

stomatologického výrobku a návštěvách pojištěnce v zubní ordinaci včetně informace o tom, ve které fázi zhotovování stomatologického výrobku pojištěnec zemřel. Ve zhotovování stomatologického výrobku se nesmí pokračovat po dni, ve kterém se poskytovatel dozvěděl o úmrtí pojištěnce. Zhotovování stomatologického výrobku je nutno ukončit ke dni, ve kterém se poskytovatel dozvěděl o úmrtí pojištěnce. Zdravotní pojišťovně se vykáže příslušný VZP kód podle toho, o který výrobek šlo a ve které fázi byla jeho výroba v důsledku úmrtí pojištěnce ukončena.

K VZP kódům 00859 až 00879 se nevykazuje žádný další zdravotní výkon, jsou v nich zakalkulovány kompletní činnosti nutné ke zhotovení stomatologického výrobku (ordinační i laboratorní fáze) včetně materiálu. Nelze k nim vykázat ani signální kód 00974, neboť k odevzdání stomatologického výrobku nedošlo.

VZP kódy 00859 až 00879 nelze vykazovat za života pojištěnce, a to ani tehdy, pokud by z jakéhokoliv důvodu nedošlo k dokončení a odevzdání stomatologického výrobku pojištěnci.

VZP kódy 00859 až 00879 nelze použít pro ortodontické výrobky, a to ani tehdy, pokud se jednalo o ortodontické výrobky plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Je tomu tak proto, že každý z těchto VZP kódů je výslovně určen k vykázání určité fáze konkrétní varianty stomatologického výrobku, nikoliv výrobku ortodontického.

VZP kódy nelze nalézt v úhradové vyhlášce. Jde o sadu kódů vytvořených Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR a využívaných i ostatními zdravotními pojišťovnami pro specifickou úhradovou situaci, která reflektuje skutečnost, že úmrtí pojištěnce v průběhu zhotovování stomatologického výrobku vystavuje poskytovatele obtížně řešitelné a mnohdy i neřešitelné situaci.

Bonifikační kódy

Tato část obsahuje výklad bonifikačních kódů. Jde o kódy, které zohledňují náročnost ošetření určitých skupin pojištěnců a vykazují se společně s jinými vyšetřovacími či ošetřovacími kódy. Kódy nejsou řazeny důsledně podle číselné řady, ale podle logických souvislostí.

00904	Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče
00906	Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce I
00824	Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce II
00907	Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let I
00825	Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let II
00826	Stomatologické ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let
00821	Bonifikační kód za ošetření pacienta s morbidní obezitou nad 180 kg ve stomatologii
00919	Ošetření pacienta s vysoce rizikovou infekcí na specializovaném pracovišti
00976	Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna)

00904 – Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00904	<u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče</u>	Lze vykázat pouze v souvislosti s preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, tj. v kombinaci s kódy 00901 a 00946, a s kódem 00900, pokud v daném roce byl pojištěnec u poskytovatele registrován. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	190 Kč

00904 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Vykázat lze jen u registrovaného pojištěnce.

00904 – regulační omezení

Kód lze vykázat pouze u registrovaného pojištěnce. Registrací se rozumí evidenční úkon, který následuje po přijetí pojištěnce do pravidelné péče a který spočívá ve vyplnění registračního listu poskytovatelem a jeho podepsání pojištěncem; podepsaný registrační list se uchová ve zdravotnické dokumentaci vedené o pojištěnci. Poskytovatel zdravotních služeb v oboru zubní lékařství, který přijal pojištěnce do pravidelné péče, je vždy povinen registraci provést. Provedenou registraci je pak třeba oznámit příslušné zdravotní pojišťovně zasláním registračního listu dávkou 80.

Pokud poskytovatel svoji zákonnou povinnost registrovat pojištěnce přijatého do pravidelné péče v minulosti nesplnil nebo registrační list neodeslal zdravotní pojišťovně, je nezbytné, aby toto pochybení napravil. Způsob nápravy bude záležet na okolnostech: jestliže poskytovatel v minulosti vyplnil registrační list, který pacient podepsal, ale neodeslal jej zdravotní pojišťovně, bude náprava spočívat jen v prostém odeslání dávky 80. Poskytovatel si však musí být jist, že dotčený pojištěnec je stále jeho pacientem, a proto je vhodné s odesláním dávky vyčkat na jeho nejbližší návštěvu. Pokud ale poskytovatel v minulosti ani nevyplnil registrační list, je třeba registraci řádně provést při nejbližší návštěvě pojištěnce a následně registrační list odeslat zdravotní pojišťovně dávkou 80.

Kód 00904 (stejně tak jako kódy 00901, 00905, 00946 a 00823) vykázaný na pojištěnce, který není u poskytovatele řádně registrován nebo jehož registraci poskytovatel neoznámil zdravotní pojišťovně dávkou 80, zdravotní pojišťovna neuhradí.

Kód nelze vykázat samostatně, ale jen současně s kódem 00901 nebo 00946 anebo s kódem 00900 při registraci pojištěnce. Je-li kód 00904 vykázán samostatně či bez vazby na kódy 00901 nebo 00946, zdravotní pojišťovna úhradu odmítne.

00904 – lokalizace

bez lokalizace

00906 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00906	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce I</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu.	Lze vykázat 1 / 1 den. U hendikepovaného pojištěnce se kód vykazuje s příslušnou diagnózou. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00824 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	217 Kč

00906 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Jedná se o bonifikační kód zohledňující zvýšenou časovou náročnost při vyšetření a ošetření pacienta do dne dosažení 6 let nebo pacienta hendikepovaného. V případě pacientů hendikepovaných se musí jednat o zdravotní hendikep, který komplikuje a prodlužuje stomatologické ošetření a který je třeba spolu s diagnózou podle lékařské zprávy uvést ve zdravotnické dokumentaci. Kód se pak vykazuje s příslušnou konkrétní řádkovou diagnózou hendikepu s kódem dle mezinárodní klasifikace nemocí (např. H54.0 Slepota binokulární, G35 Roztroušená skleróza – sclerosis multiplex apod.).

00906 – regulační omezení

Kód lze vykázat jedenkrát za 1 den.

Nelze vykázat ve spojení s kódy 00824 a 00976.

00906 – lokalizace

bez lokalizace

00906 – praktické poznámky k vykazování

Od roku 2024 není kód 00906 vázán na registraci a při dodržení pravidel kódu jej může vykázat každý zubní lékař u každého pojištěnce mladšího 6 let, tedy např. i v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

Vykazuje se společně s kódy vyšetření i ošetření. Kód lze tedy vykázat při vyšetření, i když současně nebylo provedeno žádné ošetření. Lze vykázat i v případě samostatně provedeného ošetření bez vyšetření. Poskytnuté výkony se vykazují příslušnými kódy.

Příklad 1: Při preventivní prohlídce pětiletého **registrovaného** pojištěnce se vykáže kód 00901 (resp. 00946), kód 00904 a 00906. Při následné sanaci v další návštěvě se pak vykáže například kód 00922 a 00906.

Příklad 2: Při vyšetření delegovaného pětiletého pojištěnce zubním lékařem s osvědčením CH se vykáže kód 00903, 00944 a 00906. Při následné sanaci v další návštěvě se pak vykáže například kód 00917, 00949 a 00906.

Příklad 3: Při neodkladném ošetření pětiletého **neregistrovaného** pojištěnce se při ošetření tržné rány rtu v pravidelné ordinační době vykáže kód 00908, 00944, 00917, 00955 a 00906.

Při následném ošetření rány (např. vyjmutí kapilárního drénu či výplach) se pak vykáže kód 00961 a 00906.

V kombinaci s kódem 00905 lze kód 00906 vykázat, jde-li o dospělého hendikepovaného pojištěnce.

Zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE) může od roku 2024 u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let vykázat místo kódu 00906 nový kód 00824.

00824 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce II

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00824	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce II</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu.	Lze vykázat 1 / 1 den. U hendikepovaného pojištěnce se kód vykazuje s příslušnou diagnózou. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00906 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	375 Kč

00824 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením PE. Jedná se o bonifikační kód zohledňující zvýšenou časovou náročnost při vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo pojištěnce hendikepovaného do dosažení 18 let věku. V případě pojištěnců hendikepovaných se musí jednat o zdravotní hendikep, který komplikuje a prodlužuje stomatologické ošetření a který je třeba spolu s diagnózou podle lékařské zprávy uvést ve zdravotnické dokumentaci. Kód se pak vykazuje s příslušnou konkrétní řádkovou diagnózou hendikepu s kódem dle mezinárodní klasifikace nemocí (např. H54.0 Slepota binokulární, G35 Roztroušená skleróza – sclerosis multiplex apod.).

00824 – regulační omezení

Kód lze vykázat jedenkrát za 1 den.

Vykázat může pouze zubní lékař osvědčením v pedostomatologii (PE).

Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00906 a 00976.

00824 – lokalizace

bez lokalizace

00824 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00824 není vázán na registraci a při dodržení pravidel kódu jej může vykázat zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE) u každého pojištěnce mladšího 6 let, resp. u hendikepovaného pojištěnce do dne dosažení 18 let věku, tedy např. i v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

Vykazuje se společně s kódy vyšetření i ošetření. Kód lze tedy vykázat při provedení vyšetření, i když současně nebylo provedeno žádné ošetření. Lze vykázat i v případě samostatně provedeného ošetření bez vyšetření. Poskytnuté léčebné výkony se vykazují příslušnými kódy.

Příklad 1: Při preventivní prohlídce pětiletého registrovaného pojištěnce se vykáže kód 00901, kód 00904 a 00824. Při následné sanaci v další návštěvě se pak vykáže například kód 00922 a 00824.

Příklad 2: Při vyšetření delegovaného pětiletého pojištěnce zubním lékařem s osvědčením PE se vykáže kód 00903, 00944 a 00824. Při následné sanaci v další návštěvě se pak vykáže například kód 00922 a 00824.

Příklad 3: Při neodkladném ošetření pětiletého **neregistrovaného** pojištěnce se při ošetření tržné rány rtu v pravidelné ordinační době vykáže kód 00908, 00944, 00917, 00955 a 00824. Při následném ošetření rány (např. vyjmutí kapilárního drénu či výplach) se pak vykáže kód 00961 a 00824.

Zubní lékaři bez osvědčení v pedostomatologii (PE) vykazují místo kódu 00824 kód 00906.

Pokud držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) ošetřuje hendikepovaného pojištěnce od 18 let věku, nevykazuje kód 00824, ale vykazuje kód 00906. Je tomu tak proto, že kódy vázané na osvědčení v pedostomatologii (PE) lze vykazovat pouze u pojištěnců do dne dosažení 18 let.

00907 – Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00907	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let I</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 den. Lze vykázat pouze v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00825 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	164 Kč

00907 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Jedná se o bonifikační kód zohledňující zvýšenou časovou náročnost při ošetření pojištěnce ve věku 6 až 15 let.

00907 – regulační omezení

Kód lze vykázat jedenkrát za 1 den, a to jen při návštěvě, ve které bylo provedeno ošetření hrazené ze zdravotního pojištění.

Kód 00907 lze tedy vykázat jen za předpokladu, že byl současně poskytnut alespoň jeden ošetřovací výkon nebo jeho fáze (například fáze endodontického ošetření před definitivním zaplněním kořenového kanálku) **hrazené ze zdravotního pojištění**. Ke kódu 00907 je třeba vykázat řádkovou diagnózu odpovídající léčenému onemocnění. Pokud byl pojištěnec jen vyšetřen (včetně vyšetření zobrazovacími metodami), aniž by bylo poskytnuto ošetření nebo jeho fáze hrazené ze zdravotního pojištění, kód 00907 vykázat nelze.

Příklad 1: Jedenáctiletý registrovaný pojištěnec přichází na plánovanou preventivní prohlídku, při které je současně diagnostikována nekróza dřeně zubu 36. Při této návštěvě je provedena první fáze endodontického ošetření, zub je uzavřen provizorní výplní. Dokončení endodontického ošetření je naplánováno na další návštěvu. Výkon 00841 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let bude možné vykázat až v další návštěvě po dokončení endodontického ošetření. Protože se jedná o ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let věku, lze v této návštěvě, ve které proběhla první fáze ošetření hrazeného ze zdravotního pojištění, vykázat kód 00907. Kód 00907 je nutné vykázat s diagnózou ošetřovaného onemocnění K04.1, která zdravotní pojišťovně signalizuje, že se jedná o návštěvu s ošetřením, i když ještě nemohl být vykázán kód hrazeného ošetření (výkonu). Diagnóza vykazovaná ke každému jednotlivému kódu se nazývá diagnózou řádkovou. Preventivní prohlídka se zdravotní pojišťovně vykáže kódem 00901 s řádkovou diagnózou. Z01.2. **Je důležité dbát na správné vyplnění řádkových diagnóz u jednotlivých kódů. Pokud by se vyplnila pouze řádková diagnóza Z01.2 u kódu 00901 a kód 00907 by byl vykázán bez řádkové diagnózy, byla by diagnóza Z01.2 považována za tzv. hlavní diagnózu a automaticky přiřazena i ke kódu 00907. Protože nebyl současně vykázán žádný kód ošetřovacího výkonu, byla by úhrada kódu 00907 s diagnózou Z01.2 odmítnuta pro nesplnění podmínky jeho vykázání v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění.**

Příklad 2: Čtrnáctiletý registrovaný pojištěnec se dostavil na neplánované ošetření pro občasnou bolest zubu 36. Byl ošetřen pro diagnózu nekróza dřeně zubu 36. Při této návštěvě byla provedena první fáze endodontického ošetření, zubu byl uzavřen provizorní výplní. Dokončení endodontického ošetření je naplánováno na další návštěvu. Výkon 00841 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let bude možné vykázat až v další návštěvě po dokončení endodontického ošetření. Protože se jedná o ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let věku, lze v této návštěvě, ve které proběhla první fáze ošetření hrazeného ze zdravotního pojištění, vykázat kód 00907. Kód je nutné vykázat s diagnózou ošetřovaného onemocnění K04.1, která zdravotní pojišťovně signalizuje, že se jednalo o návštěvu s ošetřením, i když ještě nemohl být vykázán kód hrazeného ošetření (výkonu). Diagnóza vykazovaná ke každému jednotlivému kódu se nazývá diagnózou řádkovou. Současně lze při této návštěvě vykázat kód 00944 – Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře se stejnou řádkovou diagnózou K04.1. **Je důležité dbát na správné vyplnění řádkových diagnóz u jednotlivých kódů. Pokud by byla u kódu 00907 vyplněna chybná řádková diagnóza například Z01.2 (Zubní vyšetření) nebo by nebyla vyplněna žádná diagnóza, a nebyl současně vykázán žádný kód ošetřovacího výkonu, byla by úhrada kódu 00907 odmítnuta pro nesplnění podmínky jeho vykázání v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění.**

Kód 00907 nelze nikdy vykázat v kombinaci s kódy 00825 a 00976.

00907 – lokalizace

bez lokalizace

00907 – praktické poznámky k vykazování

Od roku 2024 není kód 00907 vázán na registraci a při dodržení pravidel kódu jej může vykázat každý zubní lékař u každého pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let, tedy např. i v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

Zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE) může od roku 2024 vykázat místo kódu 00907 nový kód 00825.

00825 – Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let II

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00825	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let II</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 den. Lze vykázat pouze v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00907 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	300 Kč

00825 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Jedná se o bonifikační kód zohledňující zvýšenou časovou náročnost při ošetření pacienta ve věku 6 až 15 let.

00825 – regulační omezení

Kód lze vykázat jedenkrát za 1 den, a to jen při návštěvě, ve které bylo provedeno ošetření hrazené ze zdravotního pojištění.

Kód 00825 lze vykázat jen za předpokladu, že byl současně poskytnut alespoň jeden ošetřovací výkon nebo jeho fáze (například fáze endodontického ošetření před definitivním zaplněním kořenového kanálku) **hrazené ze zdravotního pojištění**. Ke kódu 00825 je třeba vykázat řádkovou diagnózu odpovídající léčenému onemocnění. Pokud byl pojištěnec jen vyšetřen (včetně vyšetření zobrazovacími metodami), aniž by bylo poskytnuto ošetření nebo jeho fáze hrazené ze zdravotního pojištění, kód 00825 vykázat nelze.

Příklad 1: Jedenáctiletý registrovaný pojištěnec přichází na plánovanou preventivní prohlídku, při které je současně diagnostikována nekróza dřeně zubu 36. Při této návštěvě je provedena první fáze endodontického ošetření, zub je uzavřen provizorní výplní. Dokončení endodontického ošetření je naplánováno na další návštěvu. Výkon 00841 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let bude možné vykázat až v další návštěvě po dokončení endodontického ošetření. Protože se jedná o ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let věku, lze v této návštěvě, ve které proběhla první fáze ošetření hrazeného ze zdravotního pojištění, vykázat kód 00825. Kód 00825 je nutné vykázat s diagnózou ošetřovaného onemocnění K04.1, která ZP signalizuje, že se jedná o návštěvu s ošetřením, i když ještě nemohl být vykázán kód hrazeného ošetření (výkonu). Diagnóza vykazovaná ke každému jednotlivému kódu se nazývá diagnózou řádkovou. Preventivní prohlídka se zdravotní pojišťovně vykáže kódem 00901 s řádkovou diagnózou Z01.2. **Je důležité dbát na správné vyplnění řádkových diagnóz u jednotlivých kódů. Pokud by se vyplnila pouze řádková diagnóza Z01.2 u kódu 00901 a kód 00825 by byl vykázán bez řádkové diagnózy, byla by diagnóza Z01.2 považována za tzv. hlavní diagnózu a automaticky přiřazena i ke kódu 00825. Protože nebyl současně vykázán žádný kód ošetřovacího výkonu, byla by úhrada**

kódu 00825 s diagnózou Z01.2 odmítnuta pro nesplnění podmínky jeho vykázání v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění.

Příklad 2: Čtrnáctiletý registrovaný pojištěnec se dostavil na neplánované ošetření pro občasnou bolest zubu 36. Byl ošetřen pro diagnózu nekróza dřeně zubu 36. Při této návštěvě byla provedena první fáze endodontického ošetření, zubu byl uzavřen provizorní výplní. Dokončení endodontického ošetření je naplánováno na další návštěvu. Výkon 00841 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let bude možné vykázat až v další návštěvě po dokončení endodontického ošetření. Protože se jedná o ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let věku, lze v této návštěvě, ve které proběhla první fáze ošetření hrazeného ze zdravotního pojištění, vykázat kód 00825. Kód je nutné vykázat s diagnózou ošetřovaného onemocnění K04.1, která ZP signalizuje, že se jednalo o návštěvu s ošetřením, i když ještě nemohl být vykázán kód hrazeného ošetření (výkonu). Diagnóza vykazovaná ke každému jednotlivému kódu se nazývá diagnózou řádkovou. Současně lze při této návštěvě vykázat kód 00944 – Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře se stejnou řádkovou diagnózou K04.1. **Je důležité dbát na správné vyplnění řádkových diagnóz u jednotlivých kódů. Pokud by byla u kódu 00825 vyplněna chybná řádková diagnóza například Z01.2 (Zubní vyšetření) nebo by nebyla vyplněna žádná řádková diagnóza a současně nebyl vykázán žádný kód ošetřovacího výkonu, byla by úhrada kódu 00825 odmítnuta pro nesplnění podmínky jeho vykázání v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění.**

Kód 00825 není vázán na registraci a při dodržení pravidel kódu jej může vykázat zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE) u každého pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let, tedy např. i v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

Kód 00825 nelze nikdy vykázat v kombinaci s kódy 00907 a 00976.

00825 – lokalizace

bez lokalizace

00825 – praktické poznámky k vykazování

Zubní lékaři bez osvědčení v pedostomatologii vykazují místo kódu 00825 kód 00907.

00826 – Stomatologické ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00826	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 den. Lze vykázat pouze v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	106 Kč

00826 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Jedná se o bonifikační kód zohledňující zvýšenou časovou náročnost při ošetření pacienta ve věku 15 až 18 let.

00826 – regulační omezení

Kód lze vykázat jedenkrát za 1 den, a to jen při návštěvě, ve které bylo provedeno ošetření hrazené ze zdravotního pojištění.

Kód 00826 lze vykázat jen za předpokladu, že byl současně poskytnut alespoň jeden ošetřovací výkon nebo jeho fáze (například fáze endodontického ošetření před definitivním zaplněním kořenového kanálku) **hrazené ze zdravotního pojištění**. Ke kódu 00826 je třeba vykázat řádkovou diagnózu odpovídající léčenému onemocnění. Pokud byl pojištěnec jen vyšetřen (včetně vyšetření zobrazovacími metodami), aniž by bylo poskytnuto ošetření nebo jeho fáze hrazené ze zdravotního pojištění, kód 00826 vykázat nelze.

Příklad 1: Šestnáctiletý registrovaný pojištěnec přichází na plánovanou preventivní prohlídku, při které je současně diagnostikována nekróza dřeně zubu 36. Při této návštěvě je provedena první fáze endodontického ošetření, zub je uzavřen provizorní výplní. Dokončení endodontického ošetření je naplánováno na další návštěvu. Výkon 00841 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let bude možné vykázat až v další návštěvě po dokončení endodontického ošetření. Protože se jedná o ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let věku, lze v této návštěvě, ve které proběhla první fáze ošetření hrazeného ze zdravotního pojištění, vykázat kód 00826. Kód 00826 je nutné vykázat s diagnózou ošetřovaného onemocnění K04.1, která ZP signalizuje, že se jedná o návštěvu s ošetřením, i když ještě nemohl být vykázán kód hrazeného ošetření (výkonu). Diagnóza vykazovaná ke každému jednotlivému kódu se nazývá diagnózou řádkovou. Preventivní prohlídka se zdravotní pojišťovně vykáže kódem 00901 s řádkovou diagnózou Z01.2. **Je důležité dbát na správné vyplnění řádkových diagnóz u jednotlivých kódů. Pokud by se vyplnila pouze řádková diagnóza Z01.2 u kódu 00901 a kód 00826 by byl vykázán bez řádkové diagnózy, byla by diagnóza Z01.2 považována za tzv. hlavní diagnózu a automaticky přiřazena i ke kódu 00826. Protože nebyl současně vykázán žádný kód ošetřovacího výkonu, byla by úhrada kódu 00826 s diagnózou Z01.2 odmítnuta pro nesplnění podmínky jeho vykázání v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění.**

Příklad 2: Sedmnáctiletý registrovaný pojištěnec se dostavil na neplánované ošetření pro občasnou bolest zubu 36. Byl ošetřen pro diagnózu nekróza dřeně zubu 36. Při této návštěvě byla provedena první fáze endodontického ošetření, zubu byl uzavřen provizorní výplní. Dokončení endodontického ošetření je naplánováno na další návštěvu. Výkon 00841 – Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let bude možné vykázat až v další návštěvě po dokončení endodontického ošetření. Protože se jedná o ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let věku, lze v této návštěvě, ve které proběhla první fáze ošetření hrazeného ze zdravotního pojištění, vykázat kód 00826. Kód je nutné vykázat s diagnózou ošetřovaného onemocnění K04.1, která ZP signalizuje, že se jednalo o návštěvu s ošetřením, i když ještě nemohl být vykázán kód hrazeného ošetření (výkonu). Diagnóza vykazovaná ke každému jednotlivému kódu se nazývá diagnózou řádkovou. Současně lze při této návštěvě vykázat kód 00944 – Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře se stejnou řádkovou diagnózou K04.1. **Je důležité dbát na správné vyplnění řádkových diagnóz u jednotlivých kódů. Pokud by byla u kódu 00826 vyplněna chybná řádková diagnóza_například Z01.2 (Zubní vyšetření) nebo by nebyla vyplněna žádná řádková diagnóza a současně nebyl vykázán žádný kód ošetřovacího výkonu, byla by úhrada kódu 00826 odmítnuta pro nesplnění podmínky jeho vykázání v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění.**

Kód 00826 není vázán na registraci a při dodržení pravidel kódu jej může vykázat každý zubní lékař u každého pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let, tedy např. v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

Kód 00826 nelze nikdy vykázat v kombinaci s kódem 00976.

00826 – lokalizace

bez lokalizace

00821 – Bonifikační kód za ošetření pacienta s morbidní obezitou nad 180 kg ve stomatologii

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00821	<u>Bonifikační kód za ošetření pacienta s morbidní obezitou nad 180 kg ve stomatologii</u>	Lze vykázat 1 / 1 den, max. 5 / 1 měsíc. Lze vykázat pouze u pojištěnců s diagnózou E66.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí (morbidní obezita) a s kódy provedení stomatologického ošetření. Podmínkou úhrady bude doložení technického vybavení pro pacienty s extrémní obezitou. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	840 Kč

00821 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení. Nejedná se o kód ze základního ani jiného souboru výkonů, což znamená, že jej může vykazovat jen poskytovatel, který jeho poskytování zvláště sjednal se zdravotní pojišťovnou ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny budou tento kód sjednávat s poskytovateli splňujícími podmínky uvedené v regulačním omezení.

Kód 00821 může vykázat jen poskytovatel, který prokáže, že disponuje takovým technickým vybavením, které umožňuje ošetřovat pojištěnce s morbidní obezitou.

Kód 00821 je určen pro úhradu zvýšených nákladů spojených s ošetřením pojištěnců s hmotností 180 kg a více. Zdravotní pojišťovny pro sjednání kódu 00821 vyžadují splnění těchto podmínek:

- pracoviště je schopno poskytnout komplexní stomatologické ošetření (celé spektrum stomatologických výkonů a výrobků) kterémukoliv pojištěnci vážícímu nad 180 kg, včetně pacientů s dalšími přidruženými onemocněními,
- poskytovatel prokázal, že má technické vybavení umožňující ošetření pojištěnců s tělesnou hmotností přesahující 180 kg. Jedná se zejména o stomatologické křeslo, které musí mít takovou nosnost, aby je bylo možno použít pro kteréhokoliv pojištěnce s hmotností přesahující 180 kg. Skutečná nosnost křesla tak musí dosahovat alespoň 260 kg,
- poskytovatel se zavázal, že bude schopen poskytnout ošetření kterémukoliv pojištěnci s tělesnou hmotností nad 180 kg,
- poskytovatel se zavázal, že tělesnou hmotnost pojištěnců bude zjišťovat anamnesticky a že zajistí, aby zápis do zdravotnické dokumentace s údajem o tělesné hmotnosti byl potvrzen podpisem pojištěnce.

Ani při splnění těchto podmínek nemá poskytovatel na sjednání kódu 00821 právní nárok. Záleží na zdravotní pojišťovně, zda pracoviště pro ošetřování pojištěnců s extrémní obezitou v daném místě potřebuje či nikoliv.

Obecně platí, že jakýkoliv zdravotnický prostředek, tedy i stomatologické křeslo, je třeba používat v souladu s jeho účelem a návodem k použití. To znamená, že je mimo jiné zakázáno přetěžovat stomatologické křeslo tím, že by na něm byly poskytovány zdravotní služby pacientovi, jehož hmotnost přesahuje nosnost křesla.

00821 – regulační omezení

Kód 00821 lze vykázat jedenkrát denně, nejvýše pětkrát za jeden měsíc. Kód lze vykázat jen u pojištěnců s diagnózou E66.8 (morbidní obezita). Ve smlouvě lze sjednat i akceptaci dalších diagnóz E66.x.

00821 – lokalizace

bez lokalizace

00919 – Ošetření pacienta s vysoce rizikovou infekcí na specializovaném pracovišti

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00919	<p><u>Ošetření pacienta s vysoce rizikovou infekcí na specializovaném pracovišti</u> Ošetření na specializovaném pracovišti za podmínek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pracoviště má dostupné služby vyjmenovaných odborností, 2. pracoviště má samostatnou ordinaci a čekárnu s nucenou cirkulací vzduchu a HEPA filtry, 3. ošetření je poskytováno za použití jednorázových ochranných pomůcek a oděvů. 	<p>Lze vykázat 1 / 1 den, maximálně 5 / 1 měsíc. Lze vykázat pouze při ošetřování pacientů s vysoce rizikovými infekcemi (diagnózy A15.9, A16.0, A51.3, A53.9, A54.9, B16.9, B17.1, B18.1, B18.2, B23.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí a infekční onemocnění podle §53 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb.). Na uvedené diagnózy lze vykázat i opakovaně v kombinaci s kódem 00909. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00903. Kód lze vykázat při ošetřování pacientů hospitalizovaných nebo dispenzarizovaných pro jednu z výše uvedených diagnóz. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	754 Kč

00919 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení. Nejedná se o kód ze základního ani jiného souboru výkonů, což znamená, že jej může vykazovat jen poskytovatel, který jeho poskytování zvlášť sjednal se zdravotní pojišťovnou ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny budou tento kód sjednávat jen zcela výjimečně s poskytovateli splňujícími podmínky uvedené v popisu výkonu.

Podle úhradové vyhlášky musí mít pracoviště dostupné služby vyjmenovaných odborností. Vyjmenovanými odbornostmi se rozumí ambulantní péče v odbornostech 222 (transfuzní lékařství), 801 (klinická biochemie), 802 (lékařská mikrobiologie), 806 (mamografický screening), 807 (patologická anatomie), 808 (soudní lékařství), 809 (radiologie a zobrazovací metody), 810 (radiologie a zobrazovací metody – skupina 1), 812 (laboratoř farmakologie a toxikologie léčiv), 813 (laboratoř alergologická a imunologická), 814 (laboratoř toxikologická), 815 (laboratoř nukleární medicíny), 816 (laboratoř lékařské genetiky), 817 (laboratoř klinické cytologie), 818 (laboratoř hematologická), 819 (laboratoř pro univerzální výkony) a 823 (laboratoř patologie) podle seznamu výkonů.

Kromě toho musí mít pracoviště samostatnou, tedy od jiných pracovišť oddělenou ordinaci i čekárnu, které jsou vybaveny nucenou cirkulací vzduchu a jeho filtrací HEPA filtry. Ošetření na pracovišti musí být poskytováno v jednorázových ochranných oděvech a za použití jednorázových ochranných pomůcek.

Zdravotní pojišťovny pro sjednání kódu 00919 požadují splnění těchto podmínek:

- a) jedná se o specializované ambulantní pracoviště lůžkového poskytovatele nebo případně o samostatného ambulantního poskytovatele,

- b) pracoviště disponuje technickým a věcným vybavením pro ošetřování rizikových a komplikovaných pacientů (hospitalizovaných či dispenzarizovaných pro některou z diagnóz uvedených v regulačních omezeních kódu 00919),
- c) je zajištěna bezprostřední místní návaznost na infekční oddělení lůžkového poskytovatele a na specializovaná pracoviště se zvláštní smlouvou na centrovou péči, kde probíhá léčba pacientů s HIV, chronickou hepatitidou C, popř. s dalšími onemocněními uvedenými v regulačních omezeních kódu 00919.

Ani při splnění těchto podmínek nemá poskytovatel na sjednání kódu 00919 právní nárok. Záleží na zdravotní pojišťovně, zda specializované pracoviště pro ošetřování vysoce rizikových pacientů v daném místě potřebuje či nikoliv.

00919 – regulační omezení

Kód 00919 lze u jednoho pojištěnce vykázat jedenkrát denně, a to nejvýše pětkrát za jeden měsíc.

Kód lze vykázat pouze při ošetření pojištěnce

- s diagnózou A15.9, A16.0, A51.3, A53.9, A54.9, B16.9, B17.1, B18.1, B18.2, B23.8, a
- s infekčním onemocněním podle § 53 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., tedy pojištěnce s nákazou vyvolanou virem lidského imunodeficitu, s břišním tyfem či paratyfem nebo s chronickým onemocněním virovým zánětem jater B nebo C.

Samotná diagnóza však k vykázání kódu 00919 nestačí. Další podmínkou je, aby se jednalo o vysoce rizikového pojištěnce. Záleží tedy na konkrétní situaci každého konkrétního pojištěnce, na stavu jeho léčby, na tom, zda a případně v jaké míře může nakazit další osoby apod. Tak např. pojištěnec s nákazou vyvolanou virem lidského imunodeficitu, který se podrobuje léčbě, vůbec nemusí být vysoce rizikový. Takový pojištěnec může a má právo být ošetřen v běžné stomatologické ambulanci; poskytovatel nesmí pojištěnce odmítnout ošetřit jen proto, že je HIV pozitivní.

Lze tak shrnout, že kód 00919 není určen pro stomatologické ošetření zaléčených a stabilizovaných pojištěnců, kteří již nejsou zvýšeně riziková z pohledu možného přenosu infekce a které lze proto ošetřit v běžné stomatologické ordinaci. Vykazuje se pouze při ošetření pojištěnců s vysokou infekční náloží a zvýšeným rizikem komplikací.

Kód 00919 nelze kombinovat s kódem 00903, kombinace s kódem 00909 je možná.

00919 – lokalizace

bez lokalizace

00919 – praktické poznámky k vykazování

Spoluúčast na výkonu ze strany pojištěnce (např. za použité jednorázové prostředky) není přípustná.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se vykáže současně kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může u pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se vykáže současně kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykazat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se vykáže současně kód 00826.

00976 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna)

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00976	<p><u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna)</u></p> <p>Výkon zohledňuje zvýšenou časovou náročnost v souvislosti se stomatologickým vyšetřením a ošetřením pacienta s poruchou autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchou F84 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna).</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00824, 00825, 00826, 00906 a 00907.</p> <p>Lze vykazovat s hrazenými výkony vyšetření a ošetření. Lze vykázat u pojištěnce</p> <p>a) s průkazem autisty (PAS) nebo s jiným dokladem vystaveným psychiatrem nebo klinickým psychologem prokazujícím poruchu autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchu,</p> <p>b) s jinou psychiatrickou diagnózou, který podle doporučení psychiatra není ošetřitelný v běžném režimu,</p> <p>c) s psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna), který podle doporučení neurologa není ošetřitelný v běžném režimu, přičemž lze akceptovat i doporučení praktickým lékařem pro děti a dorost nebo praktickým lékařem, který má v dokumentaci odpovídající zprávu od psychiatra, klinického psychologa nebo neurologa.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra a jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.</p>	678 Kč

00976 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař s potvrzením o absolvování kurzu zahrnujícího ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra nebo jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů. Kód 00976 zohledňuje zvýšenou časovou náročnost v souvislosti se stomatologickým vyšetřením a ošetřením pojištěnce s poruchou autistického spektra (pervazivní vývojová porucha F84) či jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna).

00976 – regulační omezení

Kód lze vykázat nejvýše jedenkrát za den, nelze kombinovat s kódy 00824, 00825, 00826, 00906 a 00907 a lze vykazovat pouze s výkony vyšetření a ošetření hrazenými z veřejného zdravotního pojištění.

00976 – praktické poznámky k vykazování

U pojištěnců s poruchou autistického spektra nebo s jinou pervazivní poruchou lze vykázat za předpokladu, že pojištěnec je držitelem průkazu autisty (PAS) nebo předloží jiný doklad

vystavený psychiatrem nebo klinickým psychologem prokazujícím poruchu autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchu. Akceptovat lze i písemné doporučení praktického lékaře pro děti a dorost či pediatra a u dospělých pojištěnců všeobecného praktického lékaře, který ve zdravotnické dokumentaci pojištěnce má odpovídající zprávu psychiatra nebo klinického psychologa. Neošetřitelnost v běžném režimu není u těchto pojištěnců třeba dokládat, postačí samotné potvrzení diagnózy některým z výše uvedených způsobů.

U pojištěnců s jinou psychiatrickou diagnózou se vyžaduje doporučení psychiatra, ze kterého bude vyplývat, že jde o pojištěnce, který není ošetřitelný v běžném režimu. Doporučení psychiatra lze nahradit obdobným doporučením praktického lékaře pro děti a dorost či pediatra a u dospělých pojištěnců všeobecného praktického lékaře, který má ve zdravotnické dokumentaci pojištěnce odpovídající zprávu psychiatra.

U pojištěnců s psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna) se vyžaduje doporučení neurologa, ze kterého bude vyplývat, že jde o pojištěnce, který není ošetřitelný v běžném režimu. Doporučení neurologa lze nahradit obdobným doporučením praktického lékaře pro děti a dorost či pediatra a u dospělých pojištěnců všeobecného praktického lékaře, který má ve zdravotnické dokumentaci pojištěnce odpovídající zprávu neurologa.

Výše uvedená doporučení psychiatra, klinického psychologa, neurologa, praktického lékaře pro děti a dorost, pediatra nebo všeobecného praktického lékaře je nutné založit do zdravotnické dokumentace pojištěnce. Jde-li o pojištěnce, který se prokazuje průkazem autisty (PAS), je vhodné ve zdravotnické dokumentaci uchovat kopii tohoto průkazu. Průkazem autisty se rozumí jakékoliv potvrzení diagnózy pervazivní vývojové poruchy F84.

Pro uznání vykázaného výkonu musí vykazující zubní lékař zdravotní pojišťovně doložit absolvování předepsaného kurzu.

Ortodontické výkony

Tato část obsahuje výklad kódů, které označují výkony v ortodontii. Kódy nejsou řazeny podle číselné řady, ale podle věcného obsahu a vzájemných souvislostí a návaznosti.

00981	Diagnostika ortodontických anomálií
00994	Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk
00802	Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk
00982	Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo fóliovým ortodontickým systémem (alignery) na 1 zubní oblouk II
00800	Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I
00801	Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I
00983	Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo fóliového ortodontického systému (alignery)
00984	Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu nebo fóliového ortodontického systému (alignerů)
00985	Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo fóliového ortodontického systému (alignerů)
00986	Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje
00987	Stanovení fáze růstu
00988	Analýza telorentgenového snímku Ibi
00989	Analýza ortodontických modelů
00990	Diagnostická přestavba ortodontického modelu
00991	Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku
00992	Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky
00993	Navázání parciálního oblouku
00803	Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti
00995 – 00999	ZRUŠENY

00981 – Diagnostika ortodontických anomálií

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00981	<p><u>Diagnostika ortodontických anomálií</u> Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015 podle seznamu výkonů. Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykazáním kódu 00981.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 pojištěnce, v případě, že pacient přichází opětovně po více než 2 letech od poslední návštěvy, lze 2 / 1 pojištěnce, přičemž k návštěvě, na které byl vykázán pouze kód 00986, se nepřihlíží. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelist, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	982 Kč

00981 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodontie (015). Výkon označený kódem 00981 zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Součástí kódu je plán ortodontické léčby při léčbě jak fixními aparáty, tak v případě léčby jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu.

Hradí se u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy a mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelist, nezapočítávají se třetí moláry). Při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné.

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

00981 – regulační omezení

Kód 00981 může jeden poskytovatel vykázat na jednoho pojištěnce maximálně dvakrát. Podruhé však pouze za podmínky, že pojištěnec se dostaví po více než 2 letech od poslední návštěvy. K návštěvám, při kterých se jen sleduje růst a vývoj (00986), se nepřihlíží. Další opakování tohoto kódu u stejného pojištěnce a poskytovatele není možné.

00981 – lokalizace

bez lokalizace

00981 – praktické poznámky k vykazování

Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování ortodontických kódů. Při převzetí již léčeného pojištěnce od jiného poskytovatele je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykázáním tohoto kódu.

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

00994 – Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00994	<p><u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u></p> <p>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu zejména pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku.</p> <p>Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 čelist do dne dosažení 10 let věku pojištěnce. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00802.</p> <p>Lokalizace – čelist.</p> <p>Nelze vykázat u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Materiál malého fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění.</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	1 421 Kč

00994 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00994 se označuje zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu. Jedná se o léčbu výrazných ortodontických vad nevhodných pro terapii snímatelnými aparáty.

Materiál malého fixního ortodontického aparátu ze zdravotního pojištění hrazen není.

Kódem nelze vykázat zahájení léčby fóliovým ortodontickým systémem (alignery).

00994 – regulační omezení

Kód 00994 může poskytovatel vykázat u pojištěnců do dne dosažení 10 let věku.

Nelze vykázat u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících stálých zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Zahájení léčby malým fixním ortodontickým aparátem se u těchto pojištěnců vykazuje kódem 00802. Při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné.

Kód 00994 nelze vykázat v kombinaci s kódem 00802.

00994 – lokalizace

čelist

00802 – Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00802	<p><u>Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u></p> <p>Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý při zahájení léčby a v průběhu léčby.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 čelist.</p> <p>Lokalizace – čelist.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00800, 00801, 00982 a 00994. Lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) do dne dosažení 10 let věku pojištěnce.</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	7 878 Kč

00802 – popis kódu

Kód vykazuje zubní lékař se specializací ortodontie (015). Kódem se hradí veškerý přímý materiál malého fixního ortodontického aparátu použitý **při zahájení léčby i v jejím průběhu**. Je určen výlučně pro pojištěnce s rozštěpy či vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) do dne, kdy pojištěnec dosáhl 10 let věku. Při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné.

Kódem nelze vykázat zahájení léčby fóliovým ortodontickým systémem (alignery).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

Úhrada zahrnuje veškerý přímý materiál malého fixního ortodontického aparátu použitý při zahájení léčby i v jejím průběhu. Tím se rozumí veškerý materiál použitý v rámci kontrol (kontroly se vykazují kódem 00983), materiál prefabrikovaného intraorálního oblouku (nasazení se vyazuje kódem 00991) a materiál parciálního oblouku (navázání se vyazuje kódem 00993). Materiál ortodontického aparátu je u pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými

onemocněními hrazen ze zdravotního pojištění vždy, poskytovatel za žádných okolností nesmí od takového pojištěnce požadovat doplatky (např. za keramické zámky).

00802 – regulační omezení

Kód 00802 může poskytovatel vykázat jednou na jednu čelist na jednoho pojištěnce.

Kód 00802 nelze vykázat v kombinaci s kódem 00800, 00801, 00982 a 00994. Je tomu tak proto, že kód 00802 je (na rozdíl od kódů 00800, 00801 a 00982) určen pro léčbu malým fixním ortodontickým aparátem, a to (na rozdíl od kódu 00994) jen u pojištěnců s rozštěpy či jinými výše uvedenými závažnými onemocněními.

00802 – lokalizace

čelist

00982 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo fóliovým ortodontickým systémem (alignery) na 1 zubní oblouk II

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00982	<p><u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo foliovým ortodontickým systémem (alignery) na 1 zubní oblouk II</u></p> <p>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo foliovým ortodontickým systémem (alignery) – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu a attachmentů včetně přípravy zubů.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 čelist.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00800 a 00802. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat jen tehdy, jde-li o zahájení léčby ortodontických anomálií foliovým ortodontickým systémem (alignery), a to bez ohledu na věk pojištěnce. Materiál fixního ortodontického aparátu ani foliový ortodontický systém nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění.</p> <p>Lokalizace – čelist.</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	2 008 Kč

00982 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon označený kódem 00982 zahrnuje zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem v jedné čelisti. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.

Od roku 2026 se kódem 00982 vykazuje též zahájení léčby prostřednictvím fóliových ortodontických systémů (alignerů). V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto do konce roku 2025 ze zdravotního pojištění nebylo možno uhradit ani materiál (alignery), ani žádné výkony v rámci ortodontické léčby těmito systémy. Nově však zákon a v návaznosti na něj i úhradová vyhláška výslovně uvádějí, že léčba alignery je v rozsahu výkonů zahájení, kontrola a ukončení léčby hrazena ze zdravotního pojištění.

Materiál fixního ortodontického aparátu ani materiál fóliového ortodontického systému (alignery) ze zdravotního pojištění hrazeny nejsou.

Jde-li o zahájení léčby fixním ortodontickým aparátem, kód 00982 se vykazuje u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Pokud jde o léčbu fixním ortodontickým aparátem, kód není určen pro pojištěnce s rozštěpy, vrozenými celkovými vadami či systémovým onemocněním s ortodontickými projevy nebo mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry, při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné). U těchto pojištěnců kód nelze při zahájení léčby fixním ortodontickým aparátem vykázat vůbec, a to bez ohledu na jejich věk. Zahájení léčby fixním ortodontickým aparátem se u nich od roku 2023 vykazuje kódem 00800.

Zahájení léčby alignery se vykazuje kódem 00982 u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Věková hranice neplatí u pojištěnců s rozštěpy, vrozenými celkovými vadami či systémovým onemocněním s ortodontickými projevy nebo mnohočetnou hypodoncií, u kterých lze kód vykazovat bez ohledu na věk. Materiál fóliového ortodontického systému (alignery) se ze zdravotního pojištění nehradí u žádného pojištěnce, tedy ani u pojištěnce s rozštěpem či jinými výše uvedenými závažnými onemocněními; pojištěnci jej musí uhradit sami.

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případech, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

00982 – regulační omezení

Kód 00982 lze vykázat jedenkrát na jednu čelist. Nelze tudíž vykázat jednou při léčbě fixním ortodontickým aparátem a následně znovu při zahájení léčby alignery. Jde přitom o regulační omezení; případné opakované zahájení léčby proto nelze vykázat zdravotní pojišťovně, ani za něj požadovat úhradu platbu od pojištěnce. To se týká, pokud jde o zahájení léčby alignery, i pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními.

Kód 00982 nelze vykázat společně s kódem 00800 nebo 00802; to je dáno tím, že tyto kódy jsou určeny pro jinou skupinu pojištěnců (pro pojištěnce s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními).

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let) a vyloučení materiálu z úhrady ze zdravotního pojištění. Tato omezení však ve skutečnosti nejsou regulačními omezeními, která by měla regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonnými omezeními nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) i za materiál (s výjimkou materiálu fixního aparátu u pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00982 – lokalizace

čelist

00982 – praktické poznámky k vykazování

Vykázání kódu není omezeno rozsahem fixního aparátu. Zahájením léčby se rozumí pevná fixace jakýchkoliv prvků na zuby v rámci ortodontické léčby fixním ortodontickým aparátem.

Kód 00982 lze vykázat bez ohledu na to, zda byl pojištěnec dříve léčen malým fixním aparátem, a v jakémkoliv časovém odstupu od vykázaní kódu 00994.

00800 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00800	<p><u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u></p> <p>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu, včetně přípravy zubů. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý při zahájení léčby a při pokračování v léčbě v kalendářním roce, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát.</p>	<p>Lze vykázat 2 / 1 čelist.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00801, 00802, 00982 a 00994.</p> <p>Lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	10 505 Kč

00800 – popis kódu

Kód vykazuje zubní lékař se specializací ortodontie (015). Jde o kód, jímž se vykazuje výkon zahájení léčby fixním ortodontickým aparátem a který je určen výlučně pro pojištěnce s rozštěpy či vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné.

Kódem nelze vykázat zahájení léčby fóliovým ortodontickým systémem (alignery). Zahájení léčby alignery se u pojištěnců s rozštěpy a jinými závažnými onemocněními vykazuje kódem 00982.

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

Kód 00800 se vykazuje bez ohledu na věk pojištěnce. Úhrada zahrnuje veškerý přímý materiál použitý **při zahájení léčby** (tedy při nasazení fixního aparátu) **a dále při pokračování v léčbě v prvním kalendářním roce**, tedy v kalendářním roce, ve kterém byl fixní ortodontický

aparát nasazen. Materiál použitý v dalších letech bude hrazen pomocí kódu 00801. Materiál ortodontického aparátu je u pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými onemocněními hrazen ze zdravotního pojištění vždy, poskytovatel za žádných okolností nesmí od takového pojištěnce požadovat doplatky (např. za keramické zámky).

00800 – regulační omezení

Kód 00800 může poskytovatel vykázat dvakrát na jednu čelist na jednoho pojištěnce. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00982 a 00994; to je dáno tím, že kódy 00982 a 00994 jsou určeny pro jinou skupinu pojištěnců. Kód 00800 nelze vykázat ve stejném kalendářním roce jako kód 00801, kterým se uhradí náklady na materiál fixního aparátu v dalších letech, ve kterých bude léčba pokračovat. Kód 00800 nelze vykázat ani v kombinaci s kódem 00802, neboť kódem 00802 se vykazuje zahájené léčby malým fixním aparátem.

00800 – lokalizace

čelist

00800 – praktické poznámky k vykazování

Kódem lze vykázat zahájení léčby fixním aparátem jen u pojištěnců s rozštěpem či jiným výše uvedeným závažným onemocněním. U ostatních pojištěnců (pacienti do dne dosažení 22 let) se zahájení léčby fixním ortodontickým aparátem vykazuje kódem 00982. Zahájení léčby fóliovými ortodontickým systémem (alignery) se vykazuje kódem 00982 u všech pojištěnců.

Vykázání kódu není omezeno rozsahem fixního aparátu. Zahájením léčby se rozumí pevná fixace jakýchkoliv prvků na zuby v rámci ortodontické léčby fixním ortodontickým aparátem.

Kód 00800 lze vykázat bez ohledu na to, zda byl pojištěnec dříve léčen malým fixním aparátem, a v jakémkoliv časovém odstupu od vykázání kódu 00802.

00801 – Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00801	<p><u>Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u></p> <p>Zahrnuje náklady na veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý v průběhu léčby v jednom kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok.</p> <p>Lze vykázat při první kontrole léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu v kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl vykázán kód 00800, a to pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Nelze vykázat při kontrole léčby malým fixním ortodontickým aparátem podle kódu 00802.</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	1 827 Kč

00801 – popis kódu

Kód vykazuje zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Jde o kód, jímž se hradí materiál fixního ortodontického aparátu použitý při léčbě, která pokračuje po kalendářním roce, v němž byla zahájena. Kód je určen výlučně pro pojištěnce s rozštěpy či vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné.

Kódem nelze vykázat pokračování léčby fóliovým ortodontickým systémem (alignery).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

Kód 00801 se vykazuje při první kontrole (00983) pojištěnce s rozštěpem či jiným výše uvedeným onemocněním v každém kalendářním roce trvání léčby s výjimkou roku prvního, tedy s výjimkou roku, ve kterém byla léčba zahájena (fixní ortodontický aparát byl nasazen). Kód se vykazuje také u pojištěnců s rozštěpem nebo jiným výše uvedeným onemocněním, jejichž

léčba fixním aparátem byla zahájena před 1. lednem 2022. Jde v podstatě o paušální úhradu materiálu použitého na léčbu v kalendářním roce, ve kterém se kód 00801 vykazuje. Materiál použitý před rokem 2022 se tímto kódem nehradí (před rokem 2022 platily jiné předpisy a úhrada materiálu měla zcela jinou právní úpravu).

Kód 00801 se vykazuje bez ohledu na věk pojištěnce. Úhrada zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý **při pokračování v léčbě v jednom kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku**, ve kterém byl fixní ortodontický aparát nasazen. Tím se rozumí veškerý materiál použitý v rámci kontrol (kontroly se vykazují kódem 00983), materiál prefabrikovaného intraorálního oblouku (nasazení se vykazuje kódem 00991) a materiál parciálního oblouku (navázání se vykazuje kódem 00993). Materiál ortodontického aparátu je u pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými onemocněními hrazen ze zdravotního pojištění vždy, poskytovatel za žádných okolností nesmí od takového pojištěnce požadovat doplatky (např. za keramické zámky).

00801 – regulační omezení

Kód 00801 může poskytovatel v kalendářním roce vykázat jednou na jednu čelist na jednoho pojištěnce. Kód 00801 nelze vykázat ve stejném roce jako kód 00800. Je tomu tak proto, že kódem 00800 se uhradí (vedle vlastního výkonu) náklady na materiál fixního aparátu použitý při zahájení léčby a případný další materiál použitý v kalendářním roce, ve kterém byl fixní aparát nasazen.

Kód 00801 nelze vykázat v rámci léčby malým fixním ortodontickým aparátem. Přímý materiál malého fixního ortodontického aparátu na celou dobu léčby je zahrnut do úhrady kódu 00802.

00801 – lokalizace

čelist

00801 – praktické poznámky k vykazování

Kódem lze vykázat náklady na materiál fixního aparátu jen u pojištěnců s rozštěpem či jiným výše uvedeným závažným onemocněním. U ostatních pojištěnců není materiál fixního aparátu hrazen ze zdravotního pojištění.

Vykázání kódu není omezeno rozsahem fixního aparátu.

00983 – Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo fóliového ortodontického systému (alignery)

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00983	<p><u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo fóliového ortodontického systému (alignery)</u></p> <p>Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu, jakož i na všechny kontroly fóliového ortodontického aparátu (alignerů) v daném čtvrtletí.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení.</p> <p>Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00800, 00802, 00982 nebo 00994, podmínka návaznosti je splněna i tehdy pokud byly tyto kódy vykázány na pojištěnce jiným poskytovatelem.</p> <p>Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Fóliový ortodontický systém není hrazen ze zdravotního pojištění.</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	1 277 Kč

00983 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00983 se označuje kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jedné i obou čelistech. Od roku 2026 se kódem 00983 vykazují i kontroly fóliového ortodontického systému (alignerů). Kód zahrnuje všechny kontroly v kalendářním čtvrtletí. Znamená to, že kód se vykáže jen jednou, i kdyby kontrol v kalendářním čtvrtletí proběhlo ve skutečnosti více. Za žádnou z takto provedených kontrol nemůže smluvní poskytovatel požadovat od pojištěnce přímou úhradu; to se od roku 2026 týká i kontrol v rámci léčby ortodontickými fóliovými systémy (blíže k tomu dále v části 00983 – regulační omezení).

Kód 00983 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry, při posuzování počtu chybějících zubů se

uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné). To se týká i léčby ortodontickými fóliovými systémy (alignery).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případech, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

Materiál fixního ortodontického aparátu ze zdravotního pojištění standardně hrazen není. Jde-li však o pojištěnce s rozštěpem či jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, pak ze zdravotního pojištění hrazen je. Materiál fixního aparátu použitý v rámci kontroly, která se uskuteční ve stejném kalendářním roce, ve kterém byl fixní aparát nasazen, je zahrnut do úhrady výkonu zahájení léčby (kód 00800). Materiál fixního aparátu použitý v rámci kontroly, která se uskuteční v dalším kalendářním roce trvání léčby, se vykazuje kódem 00801, a to při první kontrole (při prvním vykázání kódu 00983) v příslušném kalendářním roce. Poskytovatel proto nemůže od pojištěnce s rozštěpem či jiným výše uvedeným závažným onemocněním žádat úhradu materiálu, i kdyby jej použil až v rámci další kontroly v kalendářním roce vykazované kódem 00983.

Materiál alignerů není hrazen ze zdravotního pojištění u žádného pojištěnce.

00983 – regulační omezení

Kód 00983 lze vykázat jen po vykázání kódu 00800, 00802, 00982 nebo 00994. Podmínka návaznosti na uvedené kódy je splněna i tehdy, pokud byly vykázány na pojištěnce jiným poskytovatelem nebo pokud aparát pojištěnci nasadil nesmluvní poskytovatel.

Jde-li o léčbu ortodontickým fóliovým systémem (alignery), platí, že kód 00983 lze vykázat jen po vykázání kódu 00982. Kódy 00800, 00802 a 00994 se vykazuje zahájení léčby (malým fixním aparátem, nikoliv zahájení léčby ortodontickým fóliovým systémem (alignery)). Uvedené kódy tedy vůbec nelze v souvislosti s alignery vykazovat. Proto ani nemohou být brány v úvahu jako podmínka vykázání kódu 00983. To se týká i pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními.

Kód 00983 může poskytovatel vykázat jedenkrát v jednom kalendářním čtvrtletí, maximálně však šestnáctkrát na pojištěnce. V případě pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními lze kód vykazovat bez omezení. Toto regulační omezení je nutno za současného právního stavu, který je v tomto směru neměnný již mnoho let, chápat tak, že omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Znamená to, že po vyčerpání šestnácti

kontrol není možné vyžadovat od pojištěnce za další případné kontroly žádnou úhradu. Zároveň platí, že při přechodu pojištěnce k jinému poskytovateli není nový poskytovatel omezen počtem výkonů vykázaných předchozím poskytovatelem.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let) a vyloučení materiálu z úhrady ze zdravotního pojištění. Tato omezení však ve skutečnosti nejsou regulačními omezeními, která by měla regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonnými omezeními nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) i za materiál (s výjimkou materiálu fixního aparátu u pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00983 – praktické poznámky k vykazování

Kód se vztahuje na všechny kontroly fixního aparátu v daném kalendářním čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímatelného aparátu, případně alignerů. Kód 00983 lze vykázat i po vykázání kódu 00985 (ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního aparátu), a to při řešení komplikací, nově vzniklých malformací malého rozsahu, recidivy apod., stále však platí, že poskytovatel může kód 00983 vykázat na jednoho pojištěnce nejvýše šestnáctkrát.

Kód 00983 může být vykázán ve stejném čtvrtletí jako kód 00984 jen tehdy, pokud byl mezi nimi oprávněně vykázán kód 00982, 00994 nebo kód 00985. Jde o případy, kdy

- probíhá léčba fixním aparátem, fóliovým systémem (alignery) nebo malým fixním aparátem (kontrola vykázána kódem 00983), která je ukončena (kód 00985), následuje aktivní léčba snímatelným aparátem (kontrola ve stejném čtvrtletí vykázána kódem 00984), nebo
- probíhá léčba snímatelným aparátem (kontrola vykázána kódem 00984), následuje zahájení léčby fixním aparátem nebo fóliovým systémem (alignery) (kód 00982) nebo malým fixním aparátem (kód 00994) a v jejím rámci kontrola vykázaná ve stejném čtvrtletí kódem 00983.

Kód 00983 lze vykázat ve stejném čtvrtletí jako kód 00986 v případě, že byl mezi nimi vykázán kód 00985. Jde o situaci, kdy po léčbě fixním aparátem následuje retenční fáze. Pokud je ale kódem 00986 vykazována nikoliv kontrola ve fázi retence, nýbrž aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje, lze jej vykázat ve stejném čtvrtletí jako kód 00983 bez vazby na vykázání kódu 00985.

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

Výše uvedené praktické poznámky k vykazování se nevztahují na pojištěnce s rozštěpem nebo jiným výše uvedeným závažným onemocněním, neboť u těchto pojištěnců lze kód 00983 vykazovat bez omezení. U těchto pojištěnců se při prvním vykázání kódu 00983 v kalendářním roce současně vykáže i kód 00801; to neplatí v kalendářním roce, ve kterém byl fixní aparát nasazen (vykázán kód 00800).

U pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022, platilo do konce roku 2023 tzv. přechodné období, během kterého bylo možno léčbu zahájenou před

1. lednem 2022 dokončit jako hrazenou ze zdravotního pojištění. Toto přechodné období však již skončilo, byly proto zrušeny tzv. přechodné kódy (kód 00995). To znamená, že u pojištěnců starších 22 let nejsou od 1. ledna 2024 kontroly léčby fixním ortodontickým aparátem ani alignery hrazeny ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kdy byla léčba zahájena. To však neplatí pro pojištěnce s rozštěpem nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž se kontroly léčby fixním aparátem nebo alignery bez ohledu na věk vykazují běžným kódem 00983.

Od roku 2026 nelze kód 00983 použít pro vykazování výkonů následné kontroly po ortognátní operaci na klinickém pracovišti. Klinické pracoviště tyto výkony vykazuje novým kódem 00803.

00984 – Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu nebo fóliového ortodontického systému (alignerů)

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00984	<p><u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu nebo fóliového ortodontického systému (alignerů)</u></p> <p>Kontrola postupu léčby podle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy.</p> <p>Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu.</p> <p>Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) Lze vykázat bez omezení.</p> <p>Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby.</p> <p>Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	409 Kč

00984 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodontie (015). Kódem 00984 se označuje kontrola postupu léčby podle individuálního léčebného postupu a funkce snímatelných aparátů včetně jejich úpravy. Kódem lze vykázat též kontrolu uskutečněnou pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu.

Kód 00984 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry, při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

Kód nelze použít v průběhu léčby prostřednictvím ortodontických fóliových systémů (alignery). To platilo i dříve, od roku 2026 je léčba alignery z výkonu označeného kódem 00984 výslovně vyloučena. Kontroly alignerů se od roku 2026 vykazují kódem 00983.

00984 – regulační omezení

Kód 00984 lze vykázat jednou v kalendářním čtvrtletí bez ohledu na to, zda se kontrola v tomto kalendářním čtvrtletí uskutečnila jednou či vícekrát. Poskytovatel může kód 00984 vykázat na jednoho pojištěnce nejvýše šestnáctkrát. U pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními lze vykázat bez omezení. Toto regulační omezení je nutno za současného právního stavu, který je v tomto směru neměnný již mnoho let, chápat tak, že omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Znamená to, že po vyčerpání šestnácti kontrol není možné vyžadovat od pojištěnce za další případné kontroly žádnou úhradu. Zároveň platí, že při přechodu pojištěnce k jinému poskytovateli není nový poskytovatel omezen počtem výkonů vykazaných předchozím poskytovatelem.

Kód nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let). Toto omezení však ve skutečnosti není regulačním omezením, které by mělo regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonným omezením nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00984 – lokalizace

bez lokalizace

00984 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00984 může být vykázán ve stejném čtvrtletí jako kód 00983 jen tehdy, pokud byl mezi nimi oprávněně vykázán kód 00982, 00994 nebo kód 00985. Jde o případy, kdy

- probíhá léčba snímatelným aparátem (kontrola vykázána kódem 00984), následuje zahájení léčby fixním aparátem nebo fóliovým systémem (alignery) (kód 00982) nebo malým fixním aparátem (kód 00994) a v jejím rámci kontrola vykázána ve stejném čtvrtletí kódem 00983,
- probíhá léčba fixním aparátem, fóliovým systémem (alignery) nebo malým fixním aparátem (kontrola vykázána kódem 00983), která je ukončena (kód 00985), následuje aktivní léčba snímatelným aparátem (kontrola ve stejném čtvrtletí vykázána kódem 00984).

Kód 00984 lze vykázat ve stejném čtvrtletí jako kód 00986 v případě, že po ukončení aktivní léčby snímatelným aparátem následuje fáze retence, anebo tehdy, je-li kódem 00986 vykazována nikoliv kontrola ve fázi retence, nýbrž aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje.

Výše uvedené praktické poznámky k vykazování se nevztahují na pojištěnce s rozštěpem nebo jiným výše uvedeným závažným onemocněním, neboť u těchto pojištěnců lze kód 00984 vykazovat bez omezení.

Při vykazání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

U pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022, platilo do konce roku 2023 tzv. přechodné období, během kterého bylo možno léčbu zahájenou před 1. lednem 2022 dokončit jako hrazenou ze zdravotního pojištění. Toto přechodné období však již skončilo, byly proto zrušeny tzv. přechodné kódy (kód 00996). To znamená, že u pojištěnců starších 22 let nejsou od 1. ledna 2024 kontroly léčby snímatelným ortodontickým aparátem hrazeny ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kdy byla léčba zahájena. To však neplatí pro pojištěnce s rozštěpem nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž se kontroly léčby snímatelným aparátem bez ohledu na věk vykazují běžným kódem 00984.

00985 – Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo fóliového ortodontického systému (alignerů)

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00985	<p><u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo fóliového ortodontického systému (alignerů)</u></p> <p>Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu). Ukončení léčby s použitím fóliového ortodontického systému (alignerů).</p>	<p>Lze vykázat 2 / 1 čelist, z toho jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00994. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat v návaznosti na kód 00800 maximálně 2 / 1 čelist, v návaznosti na kód 00982 maximálně 1 / 1 čelist a v návaznosti na kód 00802, a to maximálně 1 / 1 čelist. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	1 128 Kč

00985 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00985 se označuje ukončení léčby ortodontických anomálií, sejmutí fixního ortodontického aparátu na jednu čelist, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů.

Od roku 2026 se kódem 00985 vykazuje též ukončení léčby s použitím fóliového ortodontického systému (alignerů).

Kód 00985 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry, při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné). To platí i u léčby alignery.

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,
Q38.0 až Q38.3,
Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,
Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případech, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

00985 – regulační omezení

Kód 00985 lze vykázat nejvýše dvakrát na jednu čelist. Přitom platí, že nejvýše jednou lze kód vykázat jako ukončení léčby tzv. malým fixním aparátem (léčba zahájená kódem 00994) a nejvýše jednou jako ukončení léčby fixním aparátem nebo léčby fóliovým ortodontickým systémem (alignery) zahájené kódem 00982. Kód lze vykázat i tehdy, bylo-li zahájení léčby (kód 00982, resp. 00994) pojištěnce vykázáno jiným poskytovatelem.

U pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními lze kód vykázat maximálně čtyřikrát na jednu čelist, z toho nejvýše jednou jako ukončení léčby tzv. malým fixním aparátem zahájené kódem 00802 a nejvýše dvakrát jako ukončení léčby fixním aparátem zahájené kódem 00800 a nejvýše jednou jako ukončení léčby fóliovým ortodontickým systémem (alignery) zahájené kódem 00982.

Kód 00985 lze vykázat i tehdy, bylo-li zahájení léčby (kód 00982 nebo 00800, resp. 00994) pojištěnce vykázáno jiným poskytovatelem.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let). Toto omezení však ve skutečnosti není regulačním omezením, které by mělo regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonným omezením nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00985 – lokalizace

čelist

00985 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00985 nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenogramu a ortopantomogramu. Vykázání kódu 00985 neznemožňuje pozdější vykazování kódu 00983.

U pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022, platilo do konce roku 2023 tzv. přechodné období, během kterého bylo možno léčbu zahájenou před 1. lednem 2022 dokončit jako hrazenou ze zdravotního pojištění. Toto přechodné období však již skončilo, byly proto zrušeny tzv. přechodné kódy (kód 00997). To znamená, že u pojištěnců starších 22 let není od 1. ledna 2024 ukončení léčby fixním ortodontickým aparátem nebo alignery hrazeno ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kdy byla léčba zahájena. To však neplatí pro pojištěnce s rozštěpem nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž se ukončení léčby fixním aparátem nebo alignery bez ohledu na věk vykazuje běžným kódem 00985.

00986 – Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00986	<p><u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u></p> <p>Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní pololetí, a to maximálně 12x na pojištěnce, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) Lze vykázat bez omezení.</p> <p>Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let Lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	424 Kč

00986 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00986 se označuje kontrola pacienta před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímatelnými nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu.

Kód 00986 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry, při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

Kód nelze použít po skončení aktivní fáze léčby prostřednictvím fóliových systémů. V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto ze zdravotního pojištění nelze uhradit ani materiál, ani žádné výkony, byť by se jednalo o výkony v rámci retenční fáze navazující na léčbu prostřednictvím fóliových systémů.

00986 – regulační omezení

Kód 00986 může poskytovatel vykázat jedenkrát za jedno kalendářní pololetí, a to nejvýše dvanáctkrát na jednoho pojištěnce. V případě pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními lze kód vykazovat bez omezení. Toto regulační omezení je nutno za současného právního stavu, který je v tomto směru neměnný již mnoho let, chápat tak, že omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Znamená to, že po vyčerpání dvanácti kontrol není možné vyžadovat od pojištěnce za další případné kontroly žádnou úhradu. Zároveň platí, že při přechodu pojištěnce k jinému poskytovateli není nový poskytovatel omezen počtem výkonů vykázaných předchozím poskytovatelem.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let). Toto omezení však ve skutečnosti není regulačním omezením, které by mělo regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonným omezením nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00986 – lokalizace

bez lokalizace

00986 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00986 lze vykázat ve stejném čtvrtletí jako kód 00983 v případě, že mezi kódy 00983 a 00986 byl vykázán kód 00985 (přechod na retenční fázi).

Kód 00986 může být vykázán ve stejném čtvrtletí jako kód 00984 při přechodu do retenční fáze.

Součástí kódu může být i použití pevných, nebo snímatelných dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů. Součástí kódu není oprava nebo opětovné zhotovení pevných dlah, fixních retainerů či snímatelných deskových aparátů a dlah.

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

U pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022, platilo do konce roku 2023 tzv. přechodné období, během kterého bylo možno léčbu zahájenou před 1. lednem 2022 dokončit jako hrazenou ze zdravotního pojištění. Toto přechodné období však již skončilo, byly proto zrušeny tzv. přechodné kódy (kód 00998). To znamená, že u pojištěnců starších 22 let nejsou od 1. ledna 2024 kontroly ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje hrazeny ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kdy byla léčba zahájena. To však neplatí pro pojištěnce s rozštěpem nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž se kontroly ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje bez ohledu na věk vykazují běžným kódem 00986.

00987 – Stanovení fáze růstu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00987	<u>Stanovení fáze růstu</u> Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	177 Kč

00987 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00987 se označuje určení růstové fáze pojištěnce (skeletální věk) zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.

Kód 00987 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

00987 – regulační omezení

Kód 00987 může poskytovatel vykázat na jednoho pojištěnce nejvýše dvakrát. Pokud by poskytovatel poskytl tento výkon pojištěnci vícekrát, nemohl by již kód 00987 vykázat zdravotní pojišťovně ani výkon na účtovat pojištěnci.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let). Toto omezení však ve skutečnosti není regulačním omezením, které by mělo regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonným omezením nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou

pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00987 – lokalizace

bez lokalizace

00988 – Analýza telerentgenového snímku lbi

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00988	<p><u>Analýza telerentgenového snímku lbi</u></p> <p>Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok.</p> <p>U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	271 Kč

00988 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00988 se označuje vyhodnocení profilového snímku lbi (telerentgenogramu), eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.

Kód 00988 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

00988 – regulační omezení

Kód 00988 může poskytovatel vykázat na jednoho pacienta jednou za kalendářní rok. U pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními lze však kód vykázat bez omezení.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let). Toto omezení však ve skutečnosti není regulačním omezením, které by mělo regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonným omezením nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00988 – lokalizace

bez lokalizace

00988 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00988 lze vykázat na jeden zhotovený snímek jen jednou. Vykázání kódu 00988 není podmíněno současným zhotovením telerentgenového snímku, analyzovat lze i snímek zhotovený dříve.

U pojištěnců nad 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními) není **analýza** profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi **pomocí speciálních měření** hrazena z veřejného zdravotního pojištění. **Zhotovení** telerentgenogramu (vykazuje se kódem 00915) však hrazeno ze zdravotního pojištění je, a to bez ohledu na věk pojištěnce a jeho diagnózu.

00989 – Analýza ortodontických modelů

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
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. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	562 Kč

00989 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00989 se označuje vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.

Kód 00989 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry, při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

00989 – regulační omezení

Kód 00989 může poskytovatel vykázat na jednoho pojištěnce jednou za kalendářní rok. U pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními lze však kód vykázat bez omezení.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let). Toto omezení však ve skutečnosti není regulačním omezením, které by mělo regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonným omezením nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00989 – lokalizace

bez lokalizace

00990 – Diagnostická přestavba ortodontického modelu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00990	<p><u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.</p>	<p>Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	796 Kč

00990 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00990 se označuje přestavba zubů ortodontického modelu z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.

Kód 00990 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případě, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

00990 – regulační omezení

Kód 00990 může poskytovatel vykázat u jednoho pojištěnce pouze dvakrát. U pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními lze však kód vykázat bez omezení.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let). Toto omezení však ve skutečnosti není regulačním omezením, které by mělo regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonným omezením nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00990 – lokalizace

bez lokalizace

00990 – praktické poznámky k vykazování

Za diagnostickou přestavbu nelze považovat automatickou digitální simulaci léčby a automatickou přestavbu digitálních modelů. Přestavba sádrových nebo digitálních modelů je součástí dokumentace pojištěnce. Poskytovatel musí doložit provedení přestavby prostřednictvím modelů, které je nutno uchovávat tři roky od ukončení léčby.

00991 – Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00991	<p><u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a nasazení do zařízení na krouzcích.</p>	<p>Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	355 Kč

00991 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00991 se označuje adaptace a nasazení palatinálního nebo lingválního kotevního nebo expanzního drátěného oblouku, eventuálně lip-bumperu, které jsou továrně zhotovené.

Kód 00991 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry, při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případech, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

Materiál fixního ortodontického aparátu ze zdravotního pojištění standardně hrazen není. Jde-li však o pojištěnce s rozštěpem nebo jiným výše uvedeným závažným onemocněním, pak ze zdravotního pojištění hrazen je a je na každý kalendářní rok zahrnut v úhradě výkonu vykazovaného kódem 00801 (vykazuje se při první kontrole v kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, kdy byl vykázán kód 00800). Poskytovatel proto nemůže od pojištěnce s rozštěpem či jiným výše uvedeným závažným onemocněním žádat úhradu materiálu, i kdyby se jednalo o prefabrikovaný intraorální oblouk, jehož nasazení se vykazuje kódem 00991.

00991 – regulační omezení

Kód 00991 může poskytovatel vykázat u jednoho pojištěnce pouze dvakrát. U pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními lze však kód vykázat bez omezení.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let) a vyloučení materiálu z úhrady ze zdravotního pojištění. Tato omezení však ve skutečnosti nejsou regulačními omezeními, která by měla regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonnými omezeními nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) i za materiál (s výjimkou materiálu fixního aparátu u pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00991 – lokalizace

bez lokalizace

00992 – Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00992	<u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení všech částí a typů extraorálních tahů (uzda a vysoký nebo nízký extraorální tah, obličejová maska typu Delaire, Hickham a podobně) včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	378 Kč

00992 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00992 se označuje nasazení všech částí a typů extraorálních tahů (uzda a vysoký nebo nízký extraorální tah, obličejová maska typu Delaire, Hickham a podobně), včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.

Kód 00992 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případech, že mají mimořádně výrazné

ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

00992 – regulační omezení

Kód 00992 může poskytovatel vykázat u jednoho pojištěnce dvakrát. U pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními lze však kód vykázat bez omezení.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let) a vyloučení materiálu z úhrady ze zdravotního pojištění. Tato omezení však ve skutečnosti nejsou regulačními omezeními, která by měla regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonnými omezeními nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) i za materiál (s výjimkou materiálu u pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00992 – lokalizace

bez lokalizace

00993 – Navázání parciálního oblouku

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00993	<p><u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku, nebo tvarování průběžného oblouku sloužící k segmentálnímu pohybu zubů.</p>	<p>Lze vykázat 4 / 1 kalendářní pololetí na pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	540 Kč

00993 – popis kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00993 se označuje příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.

Kód 00993 se hradí u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Po dosažení 22 let je kód hrazen pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry, při posuzování počtu chybějících zubů se uvažují výlučně stálé zuby, nikoliv zuby dočasné).

Pojištěncem s rozštěpem či s vrozenou celkovou vadou se rozumí pojištěnec s některou z těchto diagnóz podle MKN-10:

K00.0 (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry)

Q18.4, Q18.5, Q18.9,

Q35.1, Q35.3, Q35.7, Q35.9,

Q36.0, Q36.1, Q36.9,

Q37.0 až Q37.5, Q37.8, Q37.9,

Q38.0 až Q38.3,

Q75.0 až Q75.5, Q75.8, Q75.9,

Q87.0, Q87.1.

Vedle těchto diagnóz přicházejí v úvahu ještě diagnózy K00.5, Q18.6 až Q18.8, Q38.5, Q38.6, Q89.8 a Q89.9 (všechny dle MKN-10), avšak jen v případech, že mají mimořádně výrazné ortodontické projevy. Ortodontické projevy uvedených diagnóz musí být řádně popsány ve zdravotnické dokumentaci.

Materiál k navázání fixního ortodontického aparátu ze zdravotního pojištění standardně hrazen není. Jde-li však o pojištěnce s rozštěpem či jiným výše uvedeným závažným onemocněním, pak ze zdravotního pojištění hrazen je a je na každý kalendářní rok zahrnut v úhradě výkonu vykazovaného kódem 00801 (vykazuje se při první kontrole v kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, kdy byl vykázán kód 00800). Poskytovatel proto nemůže od pojištěnce s rozštěpem či jiným výše uvedeným závažným onemocněním žádat úhradu materiálu, i kdyby se jednalo o parciální oblouk, jehož navázání se vykazuje kódem 00993.

00993 – regulační omezení

Kód 00993 může poskytovatel vykázat u jednoho pojištěnce v kalendářním pololetí nejvýše čtyřikrát. U pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními lze vykázat bez omezení.

Vyhláška pro přehlednost zařazuje mezi regulační omezení též věkové omezení (do dne dosažení 22 let) a vyloučení materiálu z úhrady ze zdravotního pojištění. Tato omezení však ve skutečnosti nejsou regulačními omezeními, která by měla regulovat vykazování ze strany poskytovatele, ale zákonnými omezeními nároku pojištěnce. Znamená to, že za výkony poskytnuté pojištěnci staršímu 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž věkový limit obecně neplatí) i za materiál (s výjimkou materiálu u pojištěnců s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními) lze od pojištěnců požadovat přímou úhradu.

00993 – lokalizace

bez lokalizace

U pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022, platilo do konce roku 2023 tzv. přechodné období, během kterého bylo možno léčbu zahájenou před 1. lednem 2022 dokončit jako hrazenou ze zdravotního pojištění. Toto přechodné období však již skončilo, byly proto zrušeny tzv. přechodné kódy (kód 00999). To znamená, že u pojištěnců starších 22 let není od 1. ledna 2024 navázání parciálního oblouku hrazeno ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, kdy byla léčba zahájena. To však neplatí pro pojištěnce s rozštěpem nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž se navázání parciálního oblouku bez ohledu na věk vykazuje běžným kódem 00993.

00995 – 00999

Kódy 00995 až 00999 byly zrušeny. Jednalo se o tzv. přechodné kódy, kterými se vykazovaly některé výkony u pojištěnců starších 22 let v rámci léčby, která byla zahájena před 1. lednem 2022. Toto přechodné období však 31. prosince 2023 skončilo. To znamená, že u pojištěnců starších 22 let nejsou od 1. ledna 2024 kontroly léčby fixním ortodontickým aparátem, kontroly léčby snímatelným ortodontickým aparátem, ukončení léčby fixním ortodontickým aparátem, kontroly ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje ani navázání parciálního oblouku hrazeny ze zdravotního pojištění, a to bez ohledu na to, kdy byla léčba zahájena. To však neplatí pro pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy nebo mnohočetnou hypodontií, u nichž se tyto výkony vykazují příslušnými kódy 00983, 00984, 00985, 00986, resp. 00993.

00803 – Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00803	<u>Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti</u> Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti v souvislosti s ortognátní operací. Kontrola pooperační stability, artikulace a postupu léčby.	Lze vykázat 5 / 1 pojištěnec. Lze vykázat pouze u pojištěnců po provedené ortognátní operaci. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00983. Kód může vykázat poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	300 Kč

00803 – popis kódu

Kód vykazuje zubní lékař se specializací ortodontie (015). Kódem se vykazuje následná ortodontická kontrola na klinickém pracovišti po provedené ortognátní operaci. Jde o kontroly, při kterých se sleduje pooperační stabilita, artikulace a postup léčby. Nejedná se však o kontrolu a úpravu ortodontického aparátu ani o úpravu postavení jednotlivých zubů ortodontickými aparáty.

00803 – regulační omezení

Kód může vykázat jen poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, jímž se rozumí společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy. Kód tedy není určen pro běžné ambulantní poskytovatele ani pro nemocnice, které nejsou fakultními nemocnicemi.

Kód lze vykázat jen po provedené ortognátní operaci. Předpokládá se, že kód vykazuje ten poskytovatel, který provedl ortognátní operaci. Z popisu výkonu totiž vyplývá, že jde o následnou péči v souvislosti s ortognátní operací; souvislostí se zde rozumí jak souvislost časová, tak i věcná; kontrolu pooperační stability a artikulace provádí ten, kdo operaci uskutečnil.

Kód lze vykázat nejvýše pětkrát na jednoho pojištěnce. Přestože to není uvedeno v textu regulačního omezení výslovně, požadavek na souvislost s ortognátní operací naznačuje, že frekvenční omezení se vztahuje k jedné ortognátní operaci.

Kód nelze vykázat v kombinaci s kódem 00983. Je tomu tak proto, že kódem 00983 vykazuje kontroly léčby poskytovatel, který léčbu vede, zatímco kód 00803 je vyhrazen pro kontroly na klinickém pracovišti pouze u pojištěnců po ortognátní operaci.

00803 – lokalizace

bez lokalizace

00803 – praktické poznámky k vykazování

Kódem nelze vykazovat výkony zahrnuté do kódu 00983.

00827 – Premedikace (profylaxe) před stomatologickým ošetřením

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00827	<u>Premedikace (profylaxe) před stomatologickým ošetřením</u> Aktualizace anamnézy, vysvětlení potřeby premedikace nebo profylaxe, podání nebo vydání potřebné dávky léku, instruktáž podání profylaktické dávky, poučení.	Lze vykázat 1 / 1 případ. Lze vykázat pouze u pojištěnce, u kterého je premedikace nebo profylaxe před stomatologickým ošetřením nezbytná. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	170 Kč

Přehled a vysvětlení nejdůležitějších změn od 1. ledna 2026

Od roku 2026 je možné výkon při neodkladné péči vykázat společně s kódem 00908, je tak odstraněn nedostatek dřívějšího textu kódu 00908.

00827 – popis kódu

Účelem kódu je umožnit úhradu premedikace či profylaxe podáním léčivého přípravku před stomatologickým ošetřením. Poskytovatel podá nebo vydá pojištěnci jen potřebnou dávku léčivého přípravku. Dosavadní řešení, kdy se pojištěnci předepíše celé balení léčivého přípravku, ze kterého pojištěnec použije jen malé množství a zbytek se bez užítu zlikviduje, resp. zůstane pojištěnci volně k dispozici, je nevhodné a z hlediska zásad předepisování a užívání některých léčivých přípravků (např. antibiotik) i nevhodný.

Kód vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení.

Výkon zahrnuje

- odebrání anamnézy, resp. aktualizaci anamnézy s ohledem na plánované stomatologické ošetření,
- vyhodnocení rizik ošetření ve vztahu k základnímu onemocnění pojištěnce a zjištěným aktuálním anamnestickým údajům,
- poučení pojištěnce o účelu premedikace,
- určení léčivého přípravku a jeho dávky, která bude v rámci premedikace (profylaxe) podána. **V úvahu přitom přicházejí jen léčivé přípravky podávané perorálně;** injekční podání léčivého přípravku se vykazuje kódem 00963,
- určení doby, kdy bude před stomatologickým ošetřením podána, a
- podání či vydání dávky pojištěnci v ordinaci.

Má-li pojištěnec léčivý přípravek užít mimo ordinaci ve větším časovém odstupu před ošetřením, musí být pojištěnec poučen o době a způsobu užití přípravku. V takovém případě je mu léčivý přípravek v potřebné dávce vydán ve vhodném obalu, který je označen jménem pojištěnce, názvem léčivého přípravku a informací, kdy a jak má být užít. Užije-li pojištěnec léčivý přípravek mimo ordinaci, je třeba, aby před započítáním ošetření užití přípravku potvrdil.

Premedikace (profylaxe) před stomatologickým ošetřením samozřejmě musí být řádně indikována; kód lze vykázat jen v souvislosti s takovým ošetřením, u kterého premedikace (profylaxe) odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejím poskytnutím dosaženo, je pro pojištěnce přiměřeně bezpečná, je v souladu se současnými dostupnými

poznatky lékařské vědy a existují důkazy o její účinnosti vzhledem k účelu jejího poskytnutí. V praxi přichází jako premedikace hrazená z veřejného zdravotního pojištění v úvahu použití antibiotik při prevenci nežádoucích následků bakteriemi vznikající při chirurgických výkonech. Podání jiných léčivých přípravků (např. antihistaminik nebo anxiolytik) bude splňovat podmínky úhrady z veřejného zdravotního pojištění spíše výjimečně.

Poskytovatel objednává potřebné léčivé přípravky žádankou v lékárně a hradí je jako jiné léčivé přípravky pro ordinaci. Balení, ze kterého vydává jednotlivé dávky pojištěncům, uchovává v ordinaci podle pravidel pro nakládání s léčivými přípravky.

Za vydanou dávku léčivého přípravku nesmí poskytovatel od pojištěnce vybírat žádný poplatek.

00827 – regulační omezení

Kód 00827 lze vykázat 1x na jeden případ. Případem je zde nutno rozumět všechna ošetření uskutečněná v jedné návštěvě.

Pokud pojištěnec navštíví ordinaci ve stejný den znovu a bude zde ošetřen s premedikací, jedná se o nový případ a kód 00827 lze vykázat znovu. Při indikaci premedikace je v takovém případě nutno kromě výše uvedených hledisek brát v úvahu i odstup od předchozí premedikace. Ve zdravotnické dokumentaci je v podobných výjimečných případech nutno obzvláště pečlivě zaznamenat všechny okolnosti, které opakovanou premedikaci odůvodňují.

Kódem 00827 se vykazuje premedikace (profylaxe) podáním léčivého přípravku **před** stomatologickým ošetřením. To znamená, že kódem 00827 nelze vykázat podání léčivého přípravku, ke kterému došlo v průběhu ošetření nebo po jeho skončení.

00827 – lokalizace

bez lokalizace

00827 – praktické poznámky k vykazování

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

00963 – Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00963	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Injekční aplikace léčivého přípravku, včetně poskytnutého léčivého přípravku, nejde-li o zvlášť účtovaný léčivý přípravek.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	168 Kč

00963 – popis kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00963 se označuje injekční aplikace léčiva včetně ceny aplikovaného léčivého přípravku. Současný systém úhrad stomatologických výkonů v praxi nepřipouští vykázání aplikované látky zvlášť (např. jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek – ZULP).

00963 – regulační omezení

bez omezení

00963 – lokalizace

bez lokalizace

00963 – praktické poznámky k vykazování

Výkonem nelze vykázat aplikaci injekční anestezie.

Vykázaný počet kódů musí odpovídat počtu aplikovaných léčivých přípravků uvedených ve zdravotnické dokumentaci. Vykázání kódu 00963 dvakrát v jedné návštěvě tedy znamená aplikaci dvou různých léčivých přípravků.

Byl-li výkon poskytnut jako neodkladný, lze jej vykázat v kombinaci s kódem 00908 (blíže viz kód 00908). Neodkladnost výkonu musí vyplývat z okolností zaznamenaných ve zdravotnické dokumentaci.

U pojištěnců ve věku do 6 let a u hendikepovaných pojištěnců se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00906. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může v odbornosti 014 u pojištěnců ve věku do 6 let a hendikepovaných pojištěnců ve věku do 18 let místo kódu 00906 vykázat kód 00824.

U pojištěnců ve věku od 6 do 15 let se v odbornosti 014 současně vykáže kód 00907. Držitel osvědčení v pedostomatologii (PE) může místo kódu 00907 vykázat kód 00825.

U pojištěnců ve věku od 15 do 18 let se v odbornosti 014 vykáže současně kód 00826.

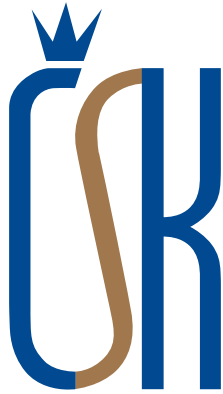
09545 – Signální výkon regulační poplatek za pohotovostní službu – poplatek uhrazen

09545 – popis kódu

Vyazuje se jako signální kód při vybrání regulačního poplatku za pohotovostní službu ve výši 90 Kč.

09545 – praktické poznámky k vykazování

Tento kód byl ve vyhlášce, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů, zrušen. Poskytovatel je však i nadále povinen zdravotní pojišťovně sdělit, že vybral regulační poplatek za pohotovostní službu s uvedením čísla pojištěnce, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže. Proto kód 09545 zůstává i přes vyřazení ze seznamu zdravotních výkonů zachován v číselníku zdravotních pojišťoven a bude se i v roce 2026 používat poskytovateli ke splnění informační povinnosti vůči zdravotním pojišťovnám.



ISBN 978-80-909493-2-4



9788090949324