

STOMATOLOGICKÉ VÝKONY V ROCE 2023

**Pravidla a podmínky
pro vykazování a úhradu
ambulantních stomatologických
služeb hrazených z veřejného
zdravotního pojištění pro rok 2023**

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



Na tvorbě publikace Stomatologické výkony v roce 2023 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.

MUDr. Eva Šrámková
předsedkyně spolku, Česká ortodontická společnost

©2023

MUDr. Robert Houba, Ph.D., MUDr. Hana Böhmová, MUDr. Jan Černý, MUDr. Hana Drahošová,
MUDr. Dorota Kadlecová, MUDr. Ludmila Macháčková, 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
Výroba: Helma Beta, spol. s r. o.
Počet stran 164
První vydání, Praha 2023

ISBN 978-80-907891-7-3 (online)
ISBN 978-80-907891-8-0 (print)

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

kniha, jejíž nové vydání držíte v ruce, nahradí v policích a na stolech již značně ohmatané vydání loňské. Stala se během několika let nepostradatelným pramenem informací. Ale též omezila frekvenci mylných či podvodně vykázaných výkonů, snížila frekvenci konfliktů mezi revizními lékaři a kolegy v ordinacích, potažmo pacienty. Je v našem systému ojedinělou ukázkou toho, jak by vše bylo mnohem jednodušší, kdyby si všechny strany odpracovaly to svoje a došly ke konsenzu. Autoři této publikace postupně vytvořili funkční tým, který každý rok systematicky pracuje na srozumitelném a fundovaném výkladu výsledků dohodovacího řízení, čímž nejen zásadním způsobem přispívá ke sjednocování praxe a k předvídatelnosti úhradových mechanismů, ale současně i přináší nové podněty a iniciuje diskusi pro další období. Jinde si vystačí s desítkami let starým seznamem výkonů, který je zastaralý prakticky ve všem, stomatologie však potřebuje každý rok zachytit pozitivní změny, kterých bylo dosaženo. Těšíme se, že i tato kniha beznadějně zastará a v roce 2024 budou nová vylepšení v konsenzu zájmů všech zúčastněných, tj. pacientů reprezentovaných zdravotními pojišťovnami i zubních lékařů zastoupených Zubohradem.

Velký dík patří celému týmu vedenému MUDr. Robertem Houbou, Ph.D. Nevyjmenovávám všechny autory, neboť jsou zachyceni v této knize. Je jich hodně a věřím, že za rok se zapojí další. Ať publikace zase skvěle slouží!

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.

prezident České stomatologické komory
předseda Zájmového a profesního sdružení smluvních poskytovatelů Zubohrad, z. s.

Obsah

Obsah	2
Úvod	7
Obecná část.....	8
Právní úprava	8
zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění	8
zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování	8
zákon č. 95/2004 Sb., o lékařských povoláních	8
vyhláška č. 315/2022 Sb., úhradová vyhláška pro 2023	8
cenový předpis ministerstva zdravotnictví č. 1/2023/CAU ze dne 11. listopadu 2022.....	8
Základní principy úhrady stomatologické péče ze zdravotního pojištění.....	9
Výkony nehrazené ze zdravotního pojištění	9
Výkony hrazené ze zdravotního pojištění při splnění podmínek.....	9
profylaktická kontrola ústní hygieny.....	9
profylaktické odstranění zubního kamene	9
lokální fluoridace s vysušením	9
výplň zubu.....	9
endodontické ošetření	10
přechodná dlaha bez preparace.....	10
přechodná dlaha s preparací	10
Smluvní poskytovatelé	10
Nesmluvní poskytovatelé	12
Vysvětlení základních pojmů používaných při vykazování stomatologických výkonů	14
Odbornost.....	14
odbornost 014 bez osvědčení o soustavné účasti na celoživotním vzdělávání	14
odbornost 014 s osvědčením o soustavné účasti na celoživotním vzdělávání	14
odbornost 015.....	14
odbornost 605.....	14
Diagnóza.....	15
Regulační omezení	16
frekvenční omezení	16
omezení vykazování výkonu v závislosti na věku	17
omezení vykazování kombinace výkonů.....	17
omezení vykazování výkonu vázané na doporučení lékaře jiné odbornosti.....	17
vykazování kódů výkonů vázané na doporučení jiného zubního lékaře	17
Lokalizace	17
lokalizace zubu.....	17
lokalizace kvadrantu.....	18
lokalizace čelisti	18
Regulační poplatek.....	18

Registrace pacientů	19
Trvání registrace pacienta	19
Kódy vázané na registraci	20
Ověřování trvání registrace	20
Průkazy pojištění a rozsah péče	21
Zvláštní část	23
Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce	23
00900 – Komplexní vyšetření při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace	25
00901 – Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce	31
00903 – Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou	34
00904 – Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do 10 let v rámci registrace a preventivní péče	37
00905 – Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let věku	38
00906 – Stomatologické vyšetření a ošetření reg. pojištěnce do 6 let nebo reg. hendikepovaného pojištěnce	40
00907 – Stomatologické ošetření registrovaného pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let	42
00908 – Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby	44
00909 – Klinické stomatologické vyšetření	46
00910 – Zhotovení intraorálního rentgenového snímku	47
00911 – Zhotovení extraorálního rentgenového snímku	48
00913 – Zhotovení ortopantomogramu	49
00914 – Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku	51
00915 – Zhotovení telerentgenového snímku lbi	52
00916 – Anestezie na foramen mandibulae a infraorbitale	53
00917 – Anestezie infiltrační	54
00919 – Ošetření vysoce rizikového pacienta na specializovaném pracovišti	55
00920 – Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní	57
00921 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní	58
00922 – Ošetření dočasného zubu plastickou výplní	60
00924 – Endodontické ošetření – dočasný zub	62
00925 – Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků a špičáků	63
00926 – Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů a premolárů	64
00931 – Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče	65
00932 – Léčba chronických onemocnění parodontu	66
00933 – Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu	68
00934 – Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu	69
00935 – Subgingivální ošetření	70
00936 – Odebrání transplantátu	71
00937 – Artikulace chrupu	72
00938 – Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem	73
00940 – Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice v rámci pravidelné specializované péče	74
00941 – Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice	75
00943 – Měření galvanických proudů	76
00944 – Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře	77

00946 – Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání	79
00948 – Sutura lůžka.....	82
00949 – Běžná extrakce dočasného zubu	84
00950 – Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny.....	86
00951 – Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu	88
00952 – Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu.....	89
00953 – Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami	91
00954 – Periapikální chirurgie	92
00955 – Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu	93
00956 – Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu	94
00957 – Ošetření dentoalveolárního traumatu.....	95
00958 – Ošetření zlomeniny čelisti	96
00959 – Intraorální incize	97
00960 – Zevní incize	98
00961 – Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací	99
00962 – Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch	101
00963 – Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.....	102
00964 – Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem.....	103
00968 – Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem.....	104
00970 – Sejmutí fixní náhrady	107
00971 – Provizorní ochranná korunka	108
00973 – Úprava snímatelné náhrady v ordinaci.....	109
00974 – Odevzdání stomatologického výrobku	110
00976 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou dg.	111
00977 – Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub	112
00978 – Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření.....	113
00979 – Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření	115
00821 – Bonifikační kód za ošetření pacienta s morbidní obezitou nad 180 kg ve stomatologii	117
VZP kódy 00859 až 00879	119
00980 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I	120
00800 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I	121
00801 – Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I	123
00981 – Diagnostika ortodontických anomálií.....	125
00982 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk II	127
00983 – Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu	129
00984 – Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu	132
00985 – Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu	134
00986 – Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje	136
00987 – Stanovení fáze růstu	138
00988 – Analýza telerentgenového snímku lbi.....	139
00989 – Analýza ortodontických modelů	141
00990 – Diagnostická přestavba ortodontického modelu	142

00991 – Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku	144
00992 – Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky	146
00993 – Navázání parciálního oblouku.....	148
00994 – Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk.....	150
00995 – Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu I.....	151
00996 – Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu I.....	154
00997 – Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu I	157
00998 – Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje I	159
00999 – Navázání fixního parciálního oblouku I	161
09545 – Signální výkon regulační poplatek za pohotovostní službu – poplatek uhrazen	163
99949 – Průkaz antigenu SARS-CoV-2 realizovaný v rámci plošného testování.....	164



Úvod

Následující text obsahuje pravidla a podmínky úhrad hrazených stomatologických služeb dle úhradové vyhlášky platné pro rok 2023 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. Pro úplnost jsou do zvláštní části zařazeny i kódy, které počínaje rokem 2023 zanikají (např. kód 00954). Kódy, které zanikly v dřívějších letech, naopak byly z textu již vypuštěny.

Text navazuje na publikaci Stomatologické výkony v roce 2022, kterou doplňuje a podstatně rozšiřuje o všechny novinky, které pro rok 2023 platí, a také o výklady některých důležitých institutů a pravidel.

Text vychází z právního stavu ke dni 1. ledna 2023.

Obecná část

Právní úprava

Úhrady ambulantní stomatologické péče jsou pro rok 2023 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. 4 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. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023**

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.

- **cenový předpis ministerstva zdravotnictví č. 1/2023/CAU ze dne 11. listopadu 2022**

Tento předpis stanovuje maximální ceny zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři a hrazených ze zdravotního pojištění. Znamená to, že zdravotní pojišťovna a poskytovatel se sice mohou dohodnout na jiné ceně, než která je uvedena v úhradové vyhlášce, musí však respektovat maximální cenu určenou ministerstvem zdravotnictví. V roce 2023 jsou maximální ceny hrazených služeb zubních lékařů uvedené v cenovém předpisu o cca 30 % vyšší než úhrady v úhradové vyhlášce.

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, anebo nehrazené ze zdravotního pojištění. V současné době neexistuje žádný výkon s částečnou úhradou. I v tom se výkony liší od stomatologických výrobků, které zákon rozděluje na plně hrazené, částečně hrazené a nehrazené ze zdravotního pojištění.

Výkony nehrazené ze zdravotního pojištění

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

Výkony hrazené ze zdravotního pojištění při splnění podmínek

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. Pokud by pacient požadoval třetí 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. Výplň, která nesplňuje podmínky uvedené v této tabulce, je nehrazená ze zdravotního pojištění a platí ji pacient.

dočasný chrup	řezáky, špičáky	moláry	kód
	skloionomerní cement		00922
	samopolymerující kompozitum	x	
	dózovaný amalgám ¹		
stálý chrup	řezáky, špičáky	premoláry, moláry	kód
do 15 let	skloionomerní cement		00921
	samopolymerující kompozitum	x	
	dózovaný amalgám ¹		
	fotokompozitum	x	00920
od 15 do 18 let ²	dózovaný amalgám (výplň v základním provedení)		00921
	samopolymerující kompozitum	x	
	fotokompozitum	x	00920
nad 18 let ²	dózovaný amalgám (výplň v základním provedení)		00921
	samopolymerující kompozitum	x	
těhotné a kojící	skloionomerní cement		00921
	samopolymerující kompozitum	x	
	dózovaný amalgám ¹		

¹ Dózovaný amalgám lze použít, jen pokud není možné použít skloionomerní cement z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. Odůvodnění použití dózovaného amalgámu musí vyplývat ze zdravotnické dokumentace pojištěnce. Dózovaným amalgámem se rozumí zubní amalgám v kapslové formě v předem určených dávkách.

² mimo těhotné a kojící

– endodontické ošetření

Hradí se ze zdravotního pojištění jen tehdy, jde-li o primární ošetření, které bylo provedeno metodou centrálního čepu. Endodontické ošetření jinou metodou hradí pacient.

– přechodná dlaha bez preparace

Hradí se ze zdravotního pojištění jen při použití samopolymerizující kompozitní pryskyřice. Byl-li použit jiný materiál, přechodnou dlahu bez preparace hradí pacient.

– přechodná dlaha s preparací

Hradí se ze zdravotního pojištění jen při použití samopolymerizující kompozitní pryskyřice. Byl-li použit jiný materiál, přechodnou dlahu s preparací hradí pacient.

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 v konkrétním místě (např. kódy 00919, 00968, 00976, 00978, 00979, 00821).

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. **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. Znamená to, že **smluvní poskytovatel nemůže odmítnat např. zhotovení amalgámové výplně nebo endodontické ošetření metodou centrálního čepu**, protože se ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou zavázal, že právě tyto výkony poskytovat bude. Je samozřejmě možné, aby pojištěncům nabízel i jiné metody ošetření (tedy i takové, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění), **pokud však pojištěnec trvá na řešení hrazeném ze zdravotního pojištění, musí mu smluvní poskytovatel vyhovět.**

Výkony hrazené ze zdravotního pojištění nesmí být podmíněny výkonem z pojištění nehrazeným (např. **preventivní prohlídku nelze podmínit ze zákona nehrazenou návštěvou dentální hygieny, registračním poplatkem** apod.). K výkonu hrazenému ze zdravotního pojištění není možné účtovat jakýkoliv doplatek, byť by byl z pohledu poskytovatele ekonomicky odůvodnitelný (to neplatí pro stomatologické výrobky, které jsou v některých případech hrazené ze zdravotního pojištění částečně a jejichž cenu tak pacient doplácí).

Smluvní poskytovatel v oboru zubní lékařství je poskytovatelem registrujícím. Po přijetí pacienta do péče vyplní registrační list, který pacient podepíše a který se stává součástí zdravotnické dokumentace. Registrace znamená, že smluvní poskytovatel poskytuje pacientovi pravidelnou primární péči.

Smluvní poskytovatel je povinen se na výzvu kraje podílet na zajištění pohotovostní služby zubních lékařů. Pohotovostní služba je takové poskytování ambulantní péče, které se děje mimo pravidelné ordinální hodiny poskytovatele. Výkony, které smluvní poskytovatel v rámci této pohotovostní služby poskytne, vykáže zdravotním pojišťovnám ošetřených pojištěnců. Za poskytnutí pohotovostní služby poskytovatel vybere regulační poplatek (více v části Regulační poplatek).

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 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.

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. Registrace znamená, že nesmluvní poskytovatel poskytuje pacientovi pravidelnou primární péči.

Nesmluvnímu poskytovateli zdravotní pojišťovna uhradí jen neodkladnou péči poskytnutou pojištěnci.

Neodkladnou péči 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 ordinálních hodinách povinen poskytnout neodkladnou péči každému pacientovi, který ji potřebuje. Takto poskytnutá neodkladná zdravotní péče bude i u nesmluvního poskytovatele zdravotní službou hrazenou ze zdravotního pojištění.

Nesmluvní poskytovatel vyúčtuje neodkladnou péči poskytnutou pojištěnci pojištěncově zdravotní pojišťovně. Za neodkladnou péči nesmí nesmluvní poskytovatel od pojištěnce

přijmout žádnou úhradu. **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.** Na tom nic nemění fakt, že ji některé zdravotní pojišťovny tolerují.

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 00908, 00910, 00911, 00913, 00914, 00916, 00917, 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00961, 00962, 00963, 00964, 00970, 00971 a kód 00944 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu). 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.

Nesmluvní poskytovatel je stejně jako poskytovatelé smluvní povinen se na výzvu kraje podílet na zajištění pohotovostní služby zubních lékařů. Pohotovostní služba je takové poskytování ambulantní péče, které se děje mimo pravidelné ordinární hodiny poskytovatele. Výkony, které nesmluvní poskytovatel v rámci této pohotovostní služby poskytne, vykáže zdravotním pojišťovnám ošetřených pojištěnců jako výkony neodkladné péče. I nesmluvní poskytovatel vybere za poskytnutí pohotovostní služby regulační poplatek (více v části Regulační poplatek).

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.

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 vykazání 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. 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 poskytovatel disponuje zubním lékařem 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 ortodoncie. Tuto odbornost mají absolventi specializačního vzdělávání v oboru ortodoncie.
Poskytovatel s touto odborností může sjednat základní soubor výkonů pro odbornost 015 (obligatorní a fakultativní výkony), který obsahuje i kódy odbornosti 014.
- **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 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 provedených 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 s pětiletým přechodným obdobím. (<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>). V České republice nyní probíhá proces implementace.

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 vykazovaných výkonů.

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 vykázat 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 vykázat 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 3. 12. 2020 lze znovu vykázat nejdříve 4. 12. 2023,
- „**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 vykázán 3. 3. 2023, uplyne měsíc 3. 4. 2023, tedy nejbližší den,

kdy lze stejný kód vykázat, je 4. 4. 2023. Byl-li však kód vykázan 31. 1. 2023, měsíc uplyne již 28. 2. 2023 a kód lze vykázat již 1. 3. 2023),

- „**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. 2023, lze jej znovu vykázat 10. 4. 2024.

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. (Je vhodné připomenout, že toto pravidlo neplatí u stomatologických výrobků, kde zákon vymezuje dobu, po jejímž uplynutí má pojištěnec nárok na stejný výrobek hrazený ze zdravotního pojištění; tato doba, tzv. množství 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 00920 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 nebo klinického psychologa (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 vykázaní 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 vykázaním jiného výkonu či odevzdáním protetického výrobku (např. při odevzdání korunky s lokalizací zubu v minulosti omylem vykázaného jako extrahovaný. Extrakce totiž blokuje vykázaní většiny výkonů či odevzdání některých fixních protetických výrobků na daný zub obecně, a to i tehdy, pokud byl zub vykázan jako extrahovaný 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**

Vyazuje se bez vazby na zub. Kvadrant se vyazuje 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**

Vyazuje 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, poručnícké 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 pojištění, 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 pojištění, 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. V případě, že u poskytovatele poskytuje zdravotní služby více zubních lékařů, je pacient zaregistrován ke konkrétnímu zubnímu lékaři.

Vyplněný a pacientem podepsaný registrační list poskytovatel uchová ve zdravotnické dokumentaci pacienta. 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.

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 při změně zdravotní pojišťovny pacientem 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. V případě, že u poskytovatele poskytuje zdravotní služby více zubních lékařů, je pacient zaregistrován ke konkrétnímu zubnímu lékaři. Pokud však takový zubní lékař u poskytovatele přestane pracovat (např. mu skončí pracovní poměr), registrace pacienta u tohoto poskytovatele nezaniká.

Kódy vázané na registraci

Je nutno vést v patrnosti, že kódy tzv. pravidelné péče (00900, 00901, 00904, 00905, 00906, 00907 a 00946) lze vykazovat k úhradě zdravotní pojišťovně pouze u registrovaných pojištěnců. Zdravotní pojišťovny počínaje rokem 2022 opustily dosavadní benevolentní praxi, kdy hradily kódy vázané na registraci bez ohledu na to, zda šlo o registrovaného pojištěnce (tj. zda byl pojištěnec nahlášen příslušné zdravotní pojišťovně a následně do kapitačního centra) či nikoliv, a 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 zavinil.

Poskytovatel proto musí své registrované pojištěnce, které u něj zdravotní pojišťovna neeviduje, 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 neeviduje. 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.

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 pojištěným 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.
- **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)	Zahraničí, registrován u české ZP	Plná péče	Samostatná dávka
	EU, EHP, CH bydlící v ČR ¹⁾			
	EU, EHP, CH pobývajících v ČR (např. student)		Nezbytná péče	
	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) 22 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 doloží, že registrující lékař pojištěnce je držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - b) 20 Kč v ostatních případech.
2. Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v příslušném kalendářním měsíci hodnoceného období a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle bodu 1.
3. Činnostmi zahrnutými do agregované úhrady za registrovaného pojištěnce jsou:
 - provizorní výplně, zábrusy a přeleštění ostrých hran zubů a výplní, aplikace slizniční anestezie, 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,
 - vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
 - odeslání pojištěnce na specializované pracoviště či konzultace praktického lékaře nebo specialisty všeobecné medicíny,
 - předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
 - poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.

Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce – 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 22 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 20 Kč za jednoho registrovaného pojištěnce a kalendářní měsíc v ostatních případech. Pravidla a lhůty pro předkládání osvědčení se v praxi obvykle odchyľují 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. Nejpozději bude agregovaná úhrada u všech zdravotních pojišťoven poskytovateli zaplacená při tzv. celkovém finančním vyhodnocení, k němuž dochází v dubnu následujícího roku.

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.

Druhá prohlídka v roce

Preventivní prohlídka se stejně jako v letech minulých i v roce 2023 hradí ze zdravotního pojištění u dospělých pojištěnců (s výjimkou preventivních prohlídek v době těhotenství) pouze jednou v roce (kódy 00901, resp. 00946). Tzv. druhá prohlídka (někdejší kódy 00902, resp. 00947) nebyla prohlídkou preventivní. Šlo o výkony s názvem Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku, které zahrnovaly kontrolu dentální hygieny, orientační vyšetření a motivaci pojištěnce a dále ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímatelnou náhradou aj.), konzervativní ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv a lokální aplikaci fluoridů.

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. Podrobnosti ke druhé prohlídce jsou uvedeny ve výkladu ke kódu 00905.

U pojištěnců do 18 let bude i v roce 2023 možno vykázat dvě preventivní prohlídky (kódy 00901, resp. 00946) v roce. Stejně tak zůstává zachována možnost vykázat dvě preventivní prohlídky (kód 00901, resp. 00946) u těhotných žen v průběhu těhotenství. Agregovanou úhradu bude zdravotní pojišťovna poskytovateli hradit samozřejmě i na tyto pojištěnce, budou-li u poskytovatele registrováni, a to bez ohledu na to, zda se v roce do ordinace dostaví či nikoliv.

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.

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.	555 Kč

00900 – obsah 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 přináší 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 2017. Pětiletá doba uchování běží od 1. ledna 2018 a skončí tedy 1. ledna 2023).

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 přináší 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. Akceptací 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. V kapitačním centru ale v okamžiku provedení záznamu o změně zdravotní pojišťovny dojde k administrativnímu ukončení registrace; jde jen o technické opatření, které se nijak nedotýká vztahu poskytovatele a pojištěnce. Zdravotní pojišťovna oznámí poskytovateli, že se pojištěnec přeregistroval k jiné zdravotní pojišťovně a že v důsledku toho byla registrace pojištěnce u poskytovatele administrativně ukončena. Oznámení má formu Protokolu ukončených registrací, ve kterém je jako důvod ukončení registrace uvedeno, že zdravotní pojišťovně a od kdy se pojištěnec přeregistroval. Je nutné, aby poskytovatel ihned poté, co obdrží tuto zprávu, zaslal nové zdravotní pojišťovně dotčeného pojištěnce novou registraci pojištěnce dávkou 80 – Dávka registrací pojištěnců, čímž dojde k obnovení registrace pojištěnce v kapitačním centru. Jak řečeno výše, vztah mezi poskytovatelem a pacientem není změnou zdravotní pojišťovny dotčen, pokračuje se ve vedení původní zdravotnické dokumentace, kód 00900 se nevykazuje.

Popsaný postup je ze strany poskytovatelů velmi kritizován, neboť neodůvodněně přenáší na poskytovatele administrativní zátěž, kterou by z povahy věci měly nést zdravotní pojišťovny. Ve věci probíhají intenzivní jednání a lze předpokládat, že snad od roku 2024 budou příslušné počítačové systémy změněny tak, aby při změně zdravotní pojišťovny zůstaly záznamy o registraci pojištěnce zachovány, popř. byly automaticky přeneseny k nové zdravotní pojišťovně.

Pozn.: 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 provádí ke konkrétnímu IČP ošetřujícího zubního lékaře. Mohou nastat situace:

1. Na pracovišti, na kterém je pacient registrovaný, se změní zubní lékař, ale zůstává stejné 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 v podmínkách nové úhradové praxe (existence agregované úhrady) 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 (00901, 00946), 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, 00906, 00907, 00946 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 vykázání kódu 00900 se současně vykáže kód 00944 (signální kód epizody péče).

00901 – Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00901	<u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce</u> U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v 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).	U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykazání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykazání kódu 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00946. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.	511 Kč

00901 – obsah 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. Registraci 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 00901 (stejně tak jako kódy 00904, 00905, 00906, 00907 a 00946) vykázaný 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 pacientů lze kód 00901 vykázat dvakrát v průběhu kalendářního roku. V kalendářním roce, ve kterém poskytovatel přijal nezletilého pacienta 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. 2023, lze na téhož pacienta vykázat kód 00901 poprvé 3. 7. 2023 a podruhé nejdříve 3. 10. 2023. Z medicínského hlediska je však třeba prohlídky organizovat podle možností tak, aby u každého nezletilého pacienta rovnoměrně pokryly období celého kalendářního roku).

Pojištěnec starší 18 let

U dospělých pacientů 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 vykazání kódu 00900. Pokud zdravotní stav pacienta odůvodněně vyžaduje provést preventivní prohlídku dříve, lze kód vykazat 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 vykazat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce. Při druhém vykazání 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 vykazat kód 00900 při přijetí do péče a pak v průběhu těhotenství dvakrát kód 00901.

Započítává se i vykazovaný kód 00946

Za vykazání kódu 00901 se pro účely regulace považuje i vykazání 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 pacienta započítat vykazovaný kód 00946 tak, jako by se jednalo o kód 00901. Jestliže tedy poskytovatel u dospělého pacienta vykáže v kalendářním roce kód 00946 a teprve pak získá osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL), nemůže už u téhož pacienta ve stejném kalendářním roce vykazat kód 00901. Stejně tak u nezletilého pacienta: vykáže-li poskytovatel bez osvědčení kód 00946 a teprve pak získá osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL), může v témže kalendářním roce vykazat kód 00901 již jen jednou.

00901 – lokalizace

bez lokalizace

00901 – praktické poznámky k vykazování

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

Kód 00901 nelze vykazat současně s některým z kódů 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 vykazávaným původní zdravotní pojišťovně pojištěnce. Poskytovatel tak může kód 00901 vykazat 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.

00903 – Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00903	<u>Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou</u> Vyšetření odborníkem nebo specialistou na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Kód nelze vykázat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem. Kód se vykazuje 2x na 1 případ, a to s odstupem nejméně 1 měsíce v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3 / 1 poj. / 1 rok. Nelze vykázat současně s kódem 00908, 00909, 00931, 00940, 00962, 00964, 00968 a 00981. 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.	398 Kč

00903 – obsah 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 ortodoncie (015). Vyšetření je vázáno na doporučení jiného 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

Text třetí věty regulačního omezení ministerstvo zdravotnictví změnilo oproti textu dohodnutému v dohodovacím řízení pro 2023 i oproti textu, který byl projednán v připomínkovém řízení předcházejícím vydání úhradové vyhlášky. Lze se důvodně domnívat, že se tak stalo omylem. Regulační omezení tak, jak je nyní uvedeno v úhradové vyhlášce (text uveden výše v rámečku), je věcně nesmyslné. Proto zdravotní pojišťovny zahrnují do úhradových dodatků pro rok 2023 ujednání, které chybu v textu regulačního omezení napravuje.

Podle úhradových dodatků bude možno kód 00903 vykázat **nejvýše** 2x na jeden případ, a to s odstupem nejméně 1 měsíce. Případem se rozumí konkrétní diagnostikované onemocnění či úraz. Další vykázaní 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 nasmlouván 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 kódy za provedené 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, v rámci jedné diagnózy však postačí doporučení prvního vyžádaného vyšetření (doporučení není nutné opakovat). Kód nelze v téže návštěvě kombinovat s kódy 00908, 00909, 00931, 00940, 00962, 00964, 00968 a 00981.

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.

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.

Kromě kódů uvedených v regulačních omezeních nelze kód 00903 kombinovat ani s kódy 00900, 00901, 00905, 00932 a 00946.

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

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. kódem 00901, resp. 00946 a s kódem 00900, pokud v daném roce byl pojištěnec u poskytovatele registrován. Je vykazováno s diagnózou Z01.2 – zubní vyšetření podle mezinárodní klasifikace nemocí. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	142 Kč

00904 – obsah kódu

Vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Vykázat lze jen u registrovaného pojištěnce.

00904 – regulační omezení

Kód lze vykázat pouze u registrovaného pojištěnce. Registraci 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, 00906, 00907 a 00946) vykázaný na pojištěnce, který není u poskytovatele řádně registrován nebo jehož registraci poskytovatel neoznámil zdravotní pojišťovně dávkou 80, zdravotní pojišťovna neuhradí.

Kód lze vykázat jen současně s kódem 00901 nebo 00946 anebo s kódem 00900 při registraci pojištěnce. Kód se vykazuje s diagnózou Z01.2 – zubní vyšetření.

00904 – lokalizace

bez lokalizace

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. Lze vykázat s kódem 00944. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	150 Kč

00905 – obsah 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. Stejně jako tzv. druhá prohlídka zahrnutá v roce 2022 do agregované úhrady musí i tzv. druhá prohlídka vykazovaná v roce 2023 kódem 00905 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, 00906, 00907 a 00946) 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 2023. Dne 10. února 2023 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 10. května 2023 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 2023 do konce roku 2023.

Kód nelze vykázat současně s některým z kódů 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.

00906 – Stomatologické vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo registrovaného hendikepovaného pojištěnce

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00906	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo registrovaného hendikepovaného pojištěnce</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 s kódem 00976. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE Lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	130 Kč

00906 – obsah kódu

Vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Jedná se o bonifikační kód zohledňující zvýšenou časovou náročnost při vyšetření a ošetření registrovaného 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 (s výjimkami uvedenými v následujícím odstavci) vykázat pouze u registrovaného pojištěnce.

Zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA), stomatochirurgii (CH) nebo pedostomatologii (PE) může kód vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce, tj. kód může být vykázán současně s kódem 00903, popř. 00909. I zde platí, že se musí jednat o pojištěnce ve věku do dne dosažení 6 let nebo o hendikepovaného pojištěnce. Zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) nebo stomatochirurgii (CH) může kód 00906 vykázat při vyžádané péči o neregistrovaného hendikepovaného pojištěnce bez ohledu na jeho věk. Zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE) může kód 00906 vykázat při vyžádané péči o neregistrovaného hendikepovaného pojištěnce ve věku do dne dosažení 18 let.

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 00906 (stejně tak jako kódy 00901, 00904, 00905, 00907 a 00946) vykázaný na pojištěnce, který není u poskytovatele řádně registrován nebo jehož registraci poskytovatel neoznámil zdravotní pojišťovně dávkou 80, zdravotní pojišťovna neuhradí. Výjimku představuje vyžádaná péče poskytnutá držitelem osvědčení CH, PA, PE, kdy je možno kód 00906 vykázat i u neregistrovaného pojištěnce.

Kód lze vykázat jedenkrát za 1 den.

Nelze vykázat ve spojení s kódy 00908 a 00976.

00906 – lokalizace

bez lokalizace

00906 – praktické poznámky k vykazování

Vykazuje se společně s kódy vyšetření i ošetření. Kód lze tedy vykázat při provedení vyšetření (např. s kódy 00900, 00901, 00946), a to tehdy, pokud současně nebylo provedeno žádné ošetření. Lze vykázat i v případě samostatně provedeného ošetření bez vyšetření. Poskytnuté léčebné výkony se vykazují příslušnými kódy.

Příklad: Při preventivní prohlídce pětiletého dítěte se vykáže kód 00901 (resp. 00946), kód 00904 a 00906. Při následné sanaci se pak vykáže například kód 00922 a 00906.

Kód 00906 lze u registrovaných dospělých hendikepovaných pojištěnců vykázat s tzv. druhou prohlídkou v roce, která se vykazuje zdravotní pojišťovně kódem 00905.

00907 – Stomatologické ošetření registrovaného pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00907	<u>Stomatologické ošetření registrovaného pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 den. Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat v kombinaci pouze s některým z kódů 00900, 00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z01.2 – zubní vyšetření podle mezinárodní klasifikace nemocí). Nelze vykázat s kódem 00976. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE Lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	102 Kč

00907 – obsah kódu

Vyказuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Jedná se o bonifikační kód zohledňující zvýšenou časovou náročnost při ošetření registrovaného pacienta ve věku 6 až 15 let.

00907 – regulační omezení

Kód lze (s výjimkami uvedenými v následujícím odstavci) vykázat pouze u registrovaného pojištěnce.

Zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA), stomatochirurgii (CH) nebo pedostomatologii (PE) může kód vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce, tj. kód může následovat po kódu 00903, popř. 00909.

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 00907 (stejně tak jako kódy 00901, 00904, 00905, 00906 a 00946) vykazaný na pojištěnce, který není u poskytovatele řádně registrován nebo jehož registraci poskytovatel neoznámil

zdravotní pojišťovně dávkou 80, zdravotní pojišťovna neuhradí. Výjimku představuje vyžádaná péče poskytnutá držitelem osvědčení CH, PA, PE, kdy je možno kód 00907 vykázat i u neregistrovaného pojištěnce.

Kód lze vykázat jedenkrát za 1 den, a to jen při návštěvě, ve které bylo provedeno ošetření.

Kód 00907 lze tedy vykázat jen za předpokladu, že byl současně poskytnut a vykázán alespoň jeden ošetřovací výkon. Pokud byl pacient jen vyšetřen (včetně vyšetření zobrazovacími metodami), aniž by byl poskytnut a vykázán k úhradě některý z ošetřovacích výkonů hrazených ze zdravotního pojištění, kód 00907 vykázat nelze. Kód nelze vykázat v případě, kdy byl pojištěnci poskytnut pouze výkon nehrazený ze zdravotního pojištění. Je tomu tak proto, že ze zdravotního pojištění nelze hradit zvýšenou časovou náročnost výkonu nehrazeného ze zdravotního pojištění.

Kód 00907 nelze nikdy vykázat ve spojení s kódy 00908 a 00976.

00907 – lokalizace

bez lokalizace

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 v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy/sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, ošetření komplikací chirurgických výkonů nebo opravu/úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Lze vykázat 1 / 1 den / 1 onemocnění. Lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s těmito kódy: 00910, 00911, 00913, 00914, 00916, 00917, 00944 (nelze vykázat v případě, že poskytovatel vybral regulační poplatek za pohotovostní službu) 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970 a 00971. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	399 Kč

00908 – obsah kódu

Vyказuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení. Jedná se o agregovaný výkon, který lze vykázat při neodkladném ošetření neregistrovaného pacienta, 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

- a) způsobují náhlou nebo intenzivní bolest,
- b) bezprostředně ohrožují život,
- c) 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.

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 00910, 00911, 00913, 00914, 00916, 00917, 00948, 00949, 00950, 00951, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962, 00963, 00970 a 00971.

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 pacientů do dne dosažení věku 18 let vykázat společně s kódem 00908 navíc ještě kódy 00952, 00956, 00958 a 00960.

Kromě toho lze kód vykázt 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 vykázt.

00908 – lokalizace

bez lokalizace

00908 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00908 nelze vykázt jedním z pracovišť (IČP) poskytovatele, pokud je pojištěnec zaregistrován u tohoto poskytovatele na jiném pracovišti (IČP).

V případě ošetření neregistrovaného pojištěnce, kdy nejsou splněny podmínky pro vykázení kódu 00908, kód 00908 vykázt nelze, ale je možné k úhradě vykázt 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 vykázt kód 00908 (zhotovení výplně není mezi kódy uvedenými výše). Ošetření lze provést, vykáže se kód 00921, 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 vykázt nelze).

Kód 00908 vykazuje zubní lékař i při provedení neodkladného konziliárního vyšetření **neregistrovanému** pojištěnci na žádost lékaře (nejen stomatologa), např. vyloučení fokální infekce na žádost revmatologa apod. Provedené vyšetření musí být zdokumentováno.

Konzilium **registrovaného** pojištěnce nelze vykázt kódem 00908, vykáže se kódem 00944.

00909 – Klinické stomatologické vyšetření

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00909	<u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Nelze kombinovat s kódy 00900, 00901, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946, 00962 a 00964. Kód může vykázat poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb. Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	498 Kč

00909 – obsah kódu

Kód je vymezen pouze pro smluvní lůžková pracoviště a klinická pracoviště lékařských fakult. Kód lze vykázat při vyšetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), vykazuje zubní lékař bez ohledu na osvědčení, včetně zubních lékařů se specializací ortodoncie: 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 regulacemi). Kód nelze vykázat současně s kódy 00900, 00901, 00903, 00908, 00931, 00932, 00940 a 00946. Kód nelze vykazovat u vlastních registrovaných pojištěnců.

00909 – lokalizace

bez lokalizace

00909 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00909 lze vykázat s kódem 00907 pouze v případě, že byl poskytnut léčebný výkon a je současně vykázán odpovídajícím kódem.

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

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).	85 Kč

00910 – obsah 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 pacientovi.

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 onemocnění 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 pacientů 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 pacientovi.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

00911 – Zhotovení extraorálního rentgenového snímku

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00911	<u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení rentgenového snímku lebky různých projekcí a u odbornosti 015 podle seznamu výkonů i rentgenového snímku ruky (stanovení fáze růstu skeletu). Vykazuje se každý zhotovený snímek.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	259 Kč

00911 – obsah kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00911 se označuje zhotovení extraorálního rentgenového snímku skeletu obličeje nebo jeho části ve 2D zobrazení. Vykazuje se zhotovení každého extraorálního rentgenového snímku bez ohledu na použitou projekci a záznamovou technologii, snímek musí být uchováván jako součást zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

Rentgenologické vyšetření, které zachycuje zvolený objem tkání ve všech rovinách (3D), obsahem kódu 00911 není a nelze je tímto kódem vykázat k úhradě z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

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 pacientovi.

Zubní lékař se specializací ortodoncie (015) může vykázat kódem 00911 i rentgenový snímek ruky ke stanovení fáze růstu skeletu.

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

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

00913 – Zhotovení ortopantomogramu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00913	<u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na zubním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky. V odbornosti 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornosti 015 podle seznamu výkonů lze v souvislosti se specializovanou péčí vykázat 2 / 1 kalendářní rok. Lze vykázat bez omezení v případech, kdy je vyšetření vyžádáno lékařem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření) v souvislosti s diagnózou Z01.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou (diagnóza M87.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí), a dále v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	315 Kč

00913 – obsah 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, snímek musí být uchováván jako součást zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

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 ortodoncie (015) mohou kód vykázat **dvakrát za 1 kalendářní rok**, ovšem pouze **v souvislosti se specializovanou péčí**, v ostatních případech (např. u vlastních registrovaných pacientů) 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.

00913 – 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 pacientovi.

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

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

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. Vyhodnocuje a vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a k zubnímu lékaři odbornosti 015 podle seznamu výkonů může kód vykázat i tento zubní lékař.	97 Kč

00914 – obsah kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00914 se označuje vyhodnocení a stručný popis panoramatického rentgenového snímku čelistí nebo ostatních extraorálních snímků ve zdravotnické dokumentaci, jde tedy v podstatě o doplněk kódů 00911, 00913 a 00915. Příklad stručného popisu snímku: *Nesanovaný chrup bez známek resorpce marginální kosti, chybí zub 16, periapikální projasnění u 25, kazy na 26 a 47, horizontální retenční 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 s osvědčením v parodontologii (PA), stomatologické (CH), pedostomatologii (PE) nebo se specializací ortodoncie (015), ke kterému byl pacient odeslán s konkrétním požadavkem. Z rentgenového vyšetření je nutno vždy vytěžít 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.

00914 – praktické poznámky k vykazování

Vykazuje poskytovatel, jehož zubní lékař vyšetření indikoval, a to i v případě zhotovení snímku na jeho žádost jiným poskytovatelem.

Je-li pacient odeslán k vyšetření či ošetření na jiné pracoviště k zubnímu lékaři s osvědčením v parodontologii (PA), stomatologické (CH) nebo se specializací ortodoncie (015) a v případě pacientů ve věku do dne dosažení 18 let též k zubnímu lékaři s osvědčením v pedostomatologii (PE), může vyhodnocení téhož snímku vykázat i tento zubní lékař. I zde platí regulační omezení, že kód 00914 může zubní lékař s osvědčením vykázat na jeden snímek jen jednou.

Každý zhotovený extraorální rentgenový snímek se vyhodnocuje samostatně. Za každé takovéto vyhodnocení vykázaného extraorálního snímku se vykáže kód 00914. Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

00915 – Zhotovení telerentgenového snímku lbi

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00915	<u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE, odbornosti 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	310 Kč

00915 – obsah kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením ve stomatochirurgii (CH) nebo zubní lékař se specializací ortodoncie (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 pacientovi archivován.

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 pacientovi.

00916 – Anestezie na foramen mandibulae a infraorbitale

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00916	<u>Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale</u> Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	136 Kč

00916 – obsah kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodontie (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 vykázání aplikované látky zvlášť (např. jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek – ZULP).

00916 – regulační omezení

bez omezení

00916 – lokalizace

bez lokalizace

00916 – praktické poznámky k vykazování

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

Spoluúčast na výkonu ze strany pacienta (např. za použité anestetikum) je nepřípustná.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

00917 – Anestezie infiltrační

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00917	<u>Anestézie infiltrační</u> Aplikace injekční anestézie do tkání v rozsahu jednoho sextantu zubního oblouku, včetně anestézie na foramen mentale, nervus palatinus maior a foramen incisivum a tuber maxillae. Počítá se anestetizovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	114 Kč

00917 – obsah 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 pro každý sextant včetně anestezie na foramen mentale, nervus palatinus maior (kdekoliv v jeho průběhu, nikoliv pouze v místě foramen palatinum maius), foramen incisivum a tuber maxillae, vždy 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“).

Spoluúčast na výkonu ze strany pacienta (např. za použité anestetikum) není přípustná.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

Intraligamentární anestezie není hrazena ze zdravotního pojištění.

00919 – Ošetření vysoce rizikového pacienta na specializovaném pracovišti

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00919	<u>Ošetření vysoce rizikového pacienta na specializovaném pracovišti</u> Ošetření na specializovaném pracovišti za podmínek: 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.	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 kombinovat s kódem 00903. Kód lze vykázat při ošetřování pacientů hospitalizovaných či dispenzarizovaných pro jednu z výše uvedených diagnóz. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	734 Kč

00919 – obsah 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 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.

Uvedené podmínky nebyly projednány v dohodovacím řízení, jsou věcně nepřiměřené a v praxi obtížně použitelné. Lze proto předpokládat, že při sjednávání kódu 00919 bude v příslušném dodatku ke smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb popis výkonu v souladu se zákonem formulován jinak.

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 vykázt jedenkrát denně, a to nejvýše pětkrát za jeden měsíc.

Kód lze vykázt 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 vykázaní 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.

00919 – lokalizace

bez lokalizace

00919 – praktické poznámky k vykazování

Spoluúčast na výkonu ze strany pacienta (např. za použité jednorázové prostředky) není přípustná.

00920 – Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00920	<u>Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní</u> Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu řezáků a špičáků, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	946 Kč

00920 – obsah kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu v rozsahu řezáků a špičáků fotokompozitní výplní u pacientů do dne dosažení 18 let, a to bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet menších výplní na stejném zubu.

Přehled podmínek úhrady ošetření stálých i dočasných zubů plastickou výplní obsahuje tabulka zařazená do výkladu ke kódu 00921.

00920 – regulační omezení

Kód 00920 lze vykázat na jednom zubu jedenkrát za 365 dní. Toto 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.

00920 – lokalizace

zub

00920 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast pacienta za zhotovení fotokompozitní výplně nezletilému pacientovi nejsou přípustné.

00921 – Ošetření stálého zubu plastickou výplní

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00921	<u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní</u> Ošetření stálého zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu, a) u pojištěnců do dne dosažení 15 let a u těhotných a kojících žen v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám, b) u pojištěnců, kteří nejsou uvedeni v písmenu a), v rozsahu celého chrupu při použití dózovaného amalgámu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	640 Kč

00921 – obsah kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje ošetření stálého zubu výplní bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet menších výplní na stejném zubu. Podmínky úhrady ošetření zubů (stálých i dočasných) plastickou výplní v členění podle použitého materiálu a věku pojištěnce znázorňuje tabulka:

dočasný chrup	řezáky, špičáky	moláry	kód
	skloionomerní cement		00922
	samopolymerující kompozitum	x	
	dózovaný amalgám ¹		
stálý chrup	řezáky, špičáky	premoláry, moláry	kód
do 15 let	skloionomerní cement		00921
	samopolymerující kompozitum	x	
	dózovaný amalgám ¹		
	fotokompozitum	x	00920
od 15 do 18 let ²	dózovaný amalgám (výplň v základním provedení)		00921
	samopolymerující kompozitum	x	
	fotokompozitum	x	00920
nad 18 let ²	dózovaný amalgám (výplň v základním provedení)		00921
	samopolymerující kompozitum	x	
těhotné a kojící	skloionomerní cement		00921
	samopolymerující kompozitum	x	
	dózovaný amalgám ¹		

¹ Dózovaný amalgám lze použít, jen pokud není možné použít skloionomerní cement z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. Odůvodnění použití dózovaného amalgámu musí vyplývat ze zdravotnické dokumentace pojištěnce. Dózovaným amalgámem se rozumí zubní amalgám v kapslové formě v předem určených dávkách.

² mimo těhotné a kojící

Použití nedózovaného amalgámu je zakázáno.

Při použití dózovaného amalgámu se ze zdravotního pojištění hradí jen výplň v základním provedení. Dózovaným amalgámem se rozumí zubní amalgám v kapslové formě v předem určených dávkách.

Základním provedením výplně z dózovaného amalgámu se rozumí výplň zhotovená na náležité odborné úrovni (tzv. lege artis) včetně provedení vyartikulování, ale bez dalšího detailního dotvarování či dalších úprav povrchu (které u amalgámu následují v další návštěvě), bez použití vazebných systémů apod.

Zhotovení zubní výplně z dózovaného amalgámu v základním provedení zahrnuje preparaci, případnou aplikaci podložkového materiálu (bez ohledu na jeho druh), aplikaci dózovaného amalgámu bez ohledu na její způsob, případné použití matric, kondenzaci a úpravy povrchu výplně ručními nástroji, odstranění artikulačních překážek a kontrolu skusu a konečnou úpravu povrchu výplně k zabránění dráždění okolních tkání.

Pojištěnec musí být informován o obou variantách úhrady zubní výplně (hrazené a nehrazené) před zhotovením výplně.

V zápisu o provedení výplně ve zdravotnické dokumentaci musí být jednoznačně uvedeno, jestli byla zhotovena výplň v základním nebo jiném provedení. Pokud si pacient zvolí výplň nehrazenou ze zdravotního pojištění, musí být poskytnutá péče jednoznačně identifikovatelná na vystaveném dokladu o úhradě.

00921 – regulační omezení

Kód 00921 lze na stejný zub vykázat jedenkrát za 365 dní. Toto 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) nebo při profesionálních poškozeních chrupu. Skutečnosti, které byly důvodem vykazání mimo stanovenou frekvenci, musí být zdokumentovány.

00921 – lokalizace

zub

00921 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast pacienta v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00921 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 00921 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.

V případě ošetření výplní u těhotných a kojících se neuvádí diagnóza označující těhotenství ani kojení; vykáže se příslušná stomatologická diagnóza a použitý materiál se zdůvodní zápisem ve zdravotnické dokumentaci.

00922 – Ošetření dočasného zubu plastickou výplní

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00922	<u>Ošetření dočasného zubu plastickou výplní</u> Bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	499 Kč

00922 - obsah kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje ošetření dočasného zubu výplní bez ohledu na počet jejích plošek či případný počet menších výplní na stejném zubu. Kód se vyказuje

- při použití skloionomerního cementu (kapslovaného i nekapslovaného, včetně světlem polymerizovaných materiálů) v celém rozsahu chrupu,
- při použití samopolymerujícího kompozitu v rozsahu řezáků a špičáků.

Dózovaný amalgám (tj. zubní amalgám v kapslové formě v předem určených dávkách) lze pro ošetření dočasného zubu použít jedině v případě, kdy není použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. Odůvodnění použití dózovaného amalgámu musí vyplývat ze zdravotnické dokumentace pacienta.

Přehled podmínek úhrady ošetření dočasných zubů plastickou výplní obsahuje tabulka zařazená do výkladu ke kódu 00921.

Použití nedózovaného amalgámu je zakázáno.

00922 – regulační omezení

Kód 00922 může poskytovatel vykázat jedenkrát na jeden zub v průběhu 365 dní. Regulační 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 daného onemocnění). Skutečnosti, které byly důvodem vykázaní mimo stanovenou frekvenci, musí být zdokumentovány.

00922 – lokalizace

zub

00922 – praktické poznámky k vykazování

Úhrada ani spoluúčast ze strany pacienta za zhotovení výplně z uvedených materiálů není přípustná, stejně tak jako její podmínění výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00922 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.

00924 – Endodontické ošetření – dočasný zub

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00924	<u>Endodontické ošetření – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu, který je klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorpce nejvýše do poloviny kořene, metodou amputace vitální nebo mortální dřene se vykazuje jedenkrát, při případné exstirpaci se vykazuje za každý zaplněný kořenový kanálek.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub při exstirpaci a 1 / 1 zub při amputaci. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	303 Kč

00924 – obsah kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje definitivní endodontické ošetření dočasného zubu způsobem popsáním v popisu výkonu výše. Ošetření je hrazené ze zdravotního pojištění, když je dočasný zub klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorpce nejvýše do poloviny kořene.

00924 – regulační omezení

V případě použití metody amputace vitální nebo mortální dřene se kód vykazuje jedenkrát na zub, v případě exstirpace dřene se vykazuje za každý definitivně zaplněný kořenový kanálek.

00924 – lokalizace

zub

00924 – praktické poznámky k vykazování

Ze zdravotního pojištění se hradí jen primární endodontické ošetření. Tzv. reendodontické ošetření se v praxi považuje za jiný zdravotní výkon, který není hrazený ze zdravotního pojištění.

Spoluúčast ze strany pacienta není přípustná, stejně tak jako podmínění ošetření výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00924 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.

00925 – Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků a špičáků

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00925	<u>Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků a špičáků</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	303 Kč

00925 – obsah kódu

Vyказuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Výkon zahrnuje primární endodontické ošetření stálého řezáku či špičáku včetně všech přípravných fází bez ohledu na počet návštěv v rozsahu popsaném v popisu výkonu výše. Kód se vyказuje po definitivním ošetření metodou centrálního čepu za každý zaplněný kořenový kanálek. Lze vykázat i při ošetření zubu metodou apexifikace.

00925 – regulační omezení

Kód 00925 lze vykázat jedenkrát na jeden kořenový kanálek. Vyказuje-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.

00925 – lokalizace

zub

00925 – praktické poznámky k vyказování

Ze zdravotního pojištění se hradí jen primární endodontické ošetření. Tzv. reendodontické ošetření se v praxi považuje za jiný zdravotní výkon, který není hrazený ze zdravotního pojištění.

Spoluúčast ze strany pacienta není přípustná, stejně tak jako podmínění ošetření výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00925 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.

00926 – Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů a premolárů

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00926	<u>Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů a premolárů</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	303 Kč

00926 – obsah kódu

Vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení a zubní lékař se specializací ortodontie (015). Výkon zahrnuje primární endodontické ošetření stálého premoláru či moláru včetně všech přípravných fází bez ohledu na počet návštěv v rozsahu popsaném v popisu výkonu výše. Kód se vykazuje po definitivním ošetření metodou centrálního čepu za každý zaplněný kořenový kanálek. Lze vykázat i při ošetření zubu metodou apexifikace.

00926 – regulační omezení

Kód 00926 lze vykázat jedenkrát na jeden kořenový kanálek. Vykazuje-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.

00926 – lokalizace

zub

00926 – praktické poznámky k vykazování

Ze zdravotního pojištění se hradí jen primární endodontické ošetření. Tzv. reendodontické ošetření se v praxi považuje za jiný zdravotní výkon, který není hrazený ze zdravotního pojištění.

Spoluúčast ze strany pacienta není přípustná, stejně tak jako podmínění ošetření výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění (např. nasazením koferdamu). To však neznamená, že zubní lékař nesmí pacientovi v souvislosti s poskytnutím výkonu označeného kódem 00926 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.

00931 – Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00931	<u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Součástí výkonu je parodontologický zápis ve zdravotnické dokumentaci. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903, 00909 a 00932. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	1 119 Kč

00931 – obsah 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 pacienta do pravidelné parodontologické péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu.

Výkon zahrnuje vyšetření parodontu a komplexní léčbu v rozsahu popsáném v popisu výkonu výše. Svým obsahem výkon nespadá do preventivní péče. Podmínkou jeho vykázání 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 vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

00932 – Léčba chronických onemocnění parodontu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00932	<u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u> Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2–3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Součástí výkonu je parodontologický zápis ve zdravotnické dokumentaci.	Lze vykázat 3 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat s kódy 00900, 00901, 00903, 00909, 00931 a 00946. Odstup mezi vykázáním kódů 00900, 00901, 00931, 00932 a 00946 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	338 Kč

00932 – obsah 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 pacientů, 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).

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.	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.	511 Kč

00933 – obsah 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 popsáný výše v popisu výkonu.

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 pacienta v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitou technologii) nejsou přípustné.

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.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 339 Kč

00934 – obsah 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 vykazují chirurgické výkony popsané výše v popisu výkonu.

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 vykazuje kódem 00936 (Odebrání transplantátu).

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 či laserovými přístroji či jejich kombinací.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	101 Kč

00935 – obsah 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 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 pacienta v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitou technologii) není přípustná.

00936 – Odebrání transplantátu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00936	<u>Odebrání transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo mezenchymálního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	679 Kč

00936 – obsah 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). Kód označuje výkon popsany výše v popisu výkonu.

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).

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.	492 Kč

00937 – obsah 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

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 podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	74 Kč

00938 – obsah 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 může být jen samopolymerující kompozitní pryskyřice.

00938 – regulační omezení

Kód 00938 lze vykázat jedenkrát za každý ošetřený zub za 365 dní.

00938 – lokalizace

zub

00940 – Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice v rámci pravidelné specializované péče

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice v rámci pravidelné specializované péče</u> Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy. Součástí výkonu je zápis ve zdravotnické dokumentaci obsahující popis onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903 a 00909. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH.	958 Kč

00940 – obsah 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). 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 pravidelné specializované 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).

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.	343 Kč

00941 – obsah 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). 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 specializované 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 platbou 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).

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.	106 Kč

00943 – obsah 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). Kód označuje výkon popsany v popisu výkonu výše.

00943 – regulační omezení

bez omezení

00943 – lokalizace

bez lokalizace

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 00900, 00903, 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 dlouhodobých zástupů registrujícího zubního lékaře ohlášených zdravotní pojišťovně. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	74 Kč

00944 – obsah kódu

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

00944 – regulační omezení

Kód 00944 se vykáže

- současně s vykázáním některého z kódů 00900, 00903, 00905 (v důsledku legislativně-technické chyby kód 00905 není ve výčtu kódů svázaných s kódem 00944 uveden, v textu kódu 00905 však možnost společného vykázání uvedena je), 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 obtíže 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.

00946 – Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00946	<u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání</u> U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v 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).	U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykazání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykazání kódu 00946 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00901. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	428 Kč

00946 – obsah 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. Registraci 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 00946 (stejně tak jako kódy 00901, 00904, 00905, 00906 a 00907) vykázaný 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 pacientů lze kód 00946 vykázat dvakrát v průběhu kalendářního roku. V kalendářním roce, ve kterém poskytovatel přijal nezletilého pacienta 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. 2023, lze na téhož pacienta vykázat kód 00946 poprvé 3. 7. 2023 a podruhé nejdříve 3. 10. 2023). Z medicínského hlediska je však třeba prohlídky organizovat podle možností tak, aby u každého nezletilého pacienta rovnoměrně pokryly období celého kalendářního roku.

Pojištěnec starší 18 let

U dospělých pacientů 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 pacienta 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 vykázaný 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 pacienta započítat vykázaný kód 00901 tak, jako by se jednalo o kód 00946. Jestliže tedy poskytovatel u dospělého pacienta vykáže v kalendářním roce kód 00901, pak pozbude osvědčení v praktickém zubním lékařství (PZL), nemůže už u téhož pacienta ve stejném kalendářním roce vykázat kód 00946. Stejně tak u nezletilého pacienta: 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 pacientů se uplatní jen v rámci jednoho kalendářního roku. Naproti tomu interval 3 měsíců u těhotných žen platí v rámci těhotenství bez ohledu trvání kalendářního roku.

Kód 00946 nelze vykázat současně s některým z kódů 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.

00948 – Sutura lůžka

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00948	<u>Sutura lůžka</u> Provedení sutury s případnou aplikací lokálního hemostatika a) po extrakci zubu u pojištění s poruchou hemokoagulace, u pojištění na antiresorpční léčbě a u imunosuprimovaného pojištění, 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.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódem 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) a b) a d), kdy lze vykázat nejvýše jedenkrát za každý extrahovaný zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	257 Kč

00948 – obsah 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 radixu, a to pouze v indikovaných případech při stavění krvácení či jeho prevence u pacientů s poruchou hemokoagulace, pacientů 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.

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.

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 pacienta s poruchou hemokoagulace, u pacienta na antiresorpční léčbě, u imunosuprimovaného pacienta nebo extrakce zubu v terapeuticky ozářené čelisti lze kód 00948 vykázat ke každému vykázanému kódu 00949 nebo 00950, a to se stejnou lokalizací.

Při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů vykázaných kódy 00949 nebo 00950 při jiné než výše uvedené diagnóze pacienta lze kód 00948 vykázat pouze jedenkrát, s lokalizací použitou u jednoho z kódů 00949 či 00950.

V případě stavění pozdního poextrakčního krváčení lze kód 00948 vykázat samostatně bez současného vykázaní 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.

Vykázaní kódu 00948 musí být vždy průkazně zdůvodněno ve zdravotnické dokumentaci.

Úhrada nebo spoluúčast ze strany pacienta v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitý šicí materiál či lokální hemostatikum) nejsou přípustné.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

00949 – Běžná extrakce dočasného zubu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00949	<u>Běžná extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je i sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.	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 fotodokumentací ve zdravotnické dokumentaci. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	169 Kč

00949 – obsah 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.

00949 – regulační omezení

Kód 00949 se vykazuje jedenkrát na jeden zub.

00949 – lokalizace

zub

00949 – praktické poznámky k vykazování

U pacientů do dne dosažení 18 let je podmínkou úhrady 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.

Extrakce dočasného moláru s neresorbovanými kořeny se vykazuje kódem 00950, jsou-li splněny podmínky 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 pacientů s poruchou hemokoagulace, pacientů imunosuprimovaných, pacientů 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 vykázt 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 dočasněho zubu či radixu se vykazuje kódem 00951.

Úhrada nebo spoluúčast ze strany pacienta v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitý šicí materiál či lokální hemostatikum) nejsou přípustné.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

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, radixu stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je i sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.	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.	416 Kč

00950 – obsah 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, včetně případné separace kořenů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.

00950 – regulační omezení

Kód 00950 se vykazuje jedenkrát na 1 zub.

00950 – lokalizace

zub

00950 – praktické poznámky k vykazování

V případě nutnosti chirurgického dokončení extrakce 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 pacientů s poruchou hemokoagulace, pacientů imunosuprimovaných, pacientů 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 pacienta 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.

Úhrada nebo spoluúčast ze strany pacienta v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitý šicí materiál či lokální hemostatikum) nejsou přípustné.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

00951 – Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00951	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Při vícečetné extrakci sousedících zubů se vykazuje pouze 1 kód 00951, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	737 Kč

00951 – obsah kódu

Kód vykazuje zubní lékař (014) bez ohledu na osvědčení. Kódem 00951 se označuje extrakce stálého či dočasného zubu či radixu s odklopením mukoperiostálního laloku nebo hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány s odklopením mukoperiostálního laloku.

00951 – regulační omezení

bez omezení

00951 – lokalizace

zub

00951 – praktické poznámky k vykazování

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 pacienta se vykáže kódem 00951 s lokalizací 46 a např. 37 a kódy 00950 a 00948 s lokalizací 35 a 36.

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.

V případě egalizace bezzubého alveolárního výběžku se lokalizace vykazuje číslem jednoho z již dříve extrahovaných zubů příslušného sextantu.

Případná následná ošetření komplikací extrakce či revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku se vykazují kódem 00961.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

00952 – Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00952	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti. Primární uzávěr oroantrální komunikace. Resekce kořenového hrotu s odstraněním okolní patologické tkáně včetně případného peroperačního plnění nebo retrográdní výplně (vykazuje se za každý ošetřený radix). Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu. Odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie. Jiné podobné výkony.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub v případě extrakce zubu nebo radixu, či mobilizaci zubu. Při vícečetné extrakci sousedních zubů se vykazuje pouze 1 kód 00952, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 446 Kč

00952 – obsah kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením v parodontologii (PA) nebo ve stomatochirurgii (CH) a u pacientů ve věku do dne dosažení 18 let těž zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Kódem 00952 se označuje extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur (např. mandibulární kanál, f. mentale, maxilární sinus) nebo vyžadující snesení větší části kosti. Dále pod tento kód patří primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než jeden sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu (tunelizace), odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.

Kódem 00952 se od roku 2023 vykazuje též periapikální chirurgie (resekce kořenového hrotu), která zahrnuje odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputaci kořenového hrotu (včetně případného peroperačního plnění, resp. retrográdní výplně), exkochleaci granulací či exstirpaci odontogenní cysty, toiletu kořene a kosti a suturu. Vykazuje se za každý ošetřený kořen. Pokud nejsou kořenové kanálky uzavřeny ortográdní či retrográdní výplní z kalciumsilikátového cementu, není provedení výkonu dnes považováno za lege artis.

Jiným podobným výkonem se rozumí například odstranění cizího tělesa z čelistní kosti po odklopení mukoperiostálního laloku (například v kosti vrostlý úlomek amalgámové výplně či jiného cizorodého materiálu) apod.

00952 – regulační omezení

bez omezení

00952 – lokalizace

Zub v případě extrakce zubu či radixu, mobilizace retence a resekce kořenového hrotu, v ostatních případech bez lokalizace.

00952 – praktické poznámky k vykazování

Nelze vykázat v souvislosti s implantacemi, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací (výkony nehrazené ze zdravotního pojištění).

Při vícečetné extrakci sousedících zubů se vykazuje pouze 1x kód 00952 a ostatní extrakce se vykazují kódem 00950 (jde o jeden odklopený mukoperiostální lalok). **Příklad:** při chirurgické extrakci zubu 48, 47 a 46 se vykáže kód 00952 obvykle v lokalizaci 48 a kód 00950 v lokalizaci 47 a 46.

Exstirpace cysty nad 1 cm spojená s extrakcí zubu se vykáže 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.

Ošetření zubní retence otevřenými metodami (fenestrace, patefakce) se vykazuje kódem 00953.

Případná následná ošetření komplikací chirurgického výkonu se vykazují kódem 00961.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče pro výše uvedená osvědčení a specializace (blíže viz kód 00908).

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).	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.	713 Kč

00953 – obsah kódu

Vyказuje zubní lékař s osvědčením ve stomatochirurgii (CH) a u pacientů ve věku do dne dosažení 18 let též zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). Dále vyказuje 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.

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 vyказuje kódem 00952. Případná následná ošetření komplikací výkonu se vyказují kódem 00961.

00954 – Periapikální chirurgie

Kód je zrušen, výkony periapikální chirurgie se vykazují kódem 00952.

00955 – Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00955	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za 1 sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy, případně její náplň kontrastní látkou.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat při gingivektomii ani v souvislosti s implantací, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	511 Kč

00955 – obsah 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.

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 pacientů 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 následná ošetření komplikací výkonu se vykazují kódem 00961.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

00956 – Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00956	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než 1 sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitomie, přístrojová sialoendoskopie se zprůchodněním vývodu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 015 Kč

00956 – obsah kódu

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 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.

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 následná ošetření komplikací výkonu se vykazují kódem 00961.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče pro výše uvedená osvědčení a specializace (blíže viz kód 00908).

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.	511 Kč

00957 – obsah 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 komplikací výkonu se vykazují kódem 00961.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

00958 – Ošetření zlomeniny čelisti

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00958	<u>Ošetření zlomeniny čelisti</u> Repozice a fixace zlomenin alveolárního výběžku horní či dolní čelisti v rozsahu 4 a více zubů, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace, včetně fixace pomocí nitrokostně zaváděných šroubů (za každou ošetřenou 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.	847 Kč

00958 – obsah kódu

Vyказuje zubní lékař s osvědčením ve stomatochirurgii (CH) a u pacientů 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 komplikací výkonu se vyказují kódem 00961.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče pro výše uvedená osvědčení a specializace (blíže viz kód 00908).

00959 – Intraorální incize

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00959	<u>Intraorální incize</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – kvadrant. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	174 Kč

00959 – obsah kódu

Vykazuje 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.

00959 – regulační omezení

bez omezení

00959 – lokalizace

kvadrant

00959 – praktické poznámky k vykazování

Následná ošetření incizní rány se vykazují kódem 00961.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

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.	679 Kč

00960 – obsah kódu

Vykazuje zubní lékař s osvědčením ve stomatochirurgii (CH) a u pacientů 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).

00961 – Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00961	<u>Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplach rány lokálním léčebným prostředkem, převaz rány, úprava nebo oprava dentální nebo intermaxilární fixace a odstranění nitrokostně zavedených šroubů použitých při fixaci zlomeniny čelisti, stavění pozdního postextrakčního krvácení bez sutury, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, a fyzikální terapie.	Lze vykázat 5 / 10 dnů. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	69 Kč

00961 – obsah 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) pacient 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 alveolity u téhož poskytovatele v následujících dnech, vykáže se kódem 00961, nikoliv však již kódem 00908.

Nevykazuje 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 pacienta v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitý materiál) nejsou přípustné.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče.

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 kombinovat s kódem 00964. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	343 Kč

00962 – obsah kódu

Vyказuje 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 ze stomatochirurgie (CH) může vykázat při léčbě temporomandibulárních poruch kód 00964.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

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.	162 Kč

00963 – obsah 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.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

00964 – Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00964	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem</u> 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).	Lze vykázat – bez omezení. Nelze kombinovat s kódem 00962. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	679 Kč

00964 – obsah kódu

Vyazuje 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).

00968 – Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00968	<u>Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem</u> Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb. Součástí výkonu je vystavení písemné zprávy.	Lze vykázat 1 / 1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00964. Ošetření na základě písemného doporučení jiného lékaře při neodkladných stavech (při naléhavých stavech i bez doporučení). V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze 1x. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat. Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb jakékoliv odbornosti. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	1 127 Kč

00968 – obsah kódu

Kód vykazuje zubní lékař s osvědčením ve stomatochirurgii (CH), pokud výkon poskytl na sjednaném pracovišti poskytovatele zařazeného do sítě stomatochirurgických pracovišť. Jde o vyšetřovací a bonifikační kód kompenzující nutnost udržování určité volné kapacity a tím omezení objednávání běžné stomatologické péče v souvislosti s povinností přijmout pacienta odeslaného jiným pracovištěm k akutnímu stomatochirurgickému ošetření (při naléhavých stavech i bez doporučení). Poskytovatel zařazený do sítě stomatochirurgických 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 prodlení opatřit, lze výkon poskytnout a kód 00968 vykázat i bez doporučení.

Neodkladné stavy

Za neodkladný se považuje stav, kdy

- obtíže pacienta vyžadují bezprostřední stomatochirurgické ošetření nebo
- odklad stomatochirurgického ošetření by mohl vést ke zhoršení zdravotního stavu pacienta nebo
- 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 pacient 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 pacient odeslaný s neodkladným stavem je v jedné návštěvě vyšetřen a ošetřen. Pokud by stomatochirurg pacienta pouze vyšetřil a k ošetření jej objednal na jiný termín, kód 00968 vykázat nemůže.

Jestliže však ošetření nelze vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta provést (např. čelistní kontraktura, nevhodnost extrakce v zánětlivém prostředí, potřeba vyšetření hemokoagulace či jiného vyšetření nezbytného vzhledem k celkovému onemocnění pacienta vyplývajícího 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 00951, 00952, 00953, 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 nebo 00908.

Kód nelze vykázat u pacienta registrovaného poskytovatelem v případě preposlání mezi jednotlivými lékaři (IČP) tohoto poskytovatele.

Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb, tzn. že kód není určen ani pro ambulance, kdy je poskytovatel ambulantních služeb současně i poskytovatelem lůžkových služeb jakékoliv odbornosti.

Při vykázání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

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.	164 Kč

00970 – obsah 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.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

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 / 730 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	369 Kč

00971 – obsah 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 pacienta. 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).

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 pacienta v souvislosti s provedením výkonu (např. za použitý materiál) není přípustná.

Kód patří mezi výkony neodkladné péče (blíže viz kód 00908).

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.	69 Kč

00973 – obsah 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 opravy či úpravy stomatologického výrobku provedených v laboratoři.

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.

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 – obsah 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

00976 – Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00976	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou</u> Výkon zohledňuje zvýšenou časovou náročnost v souvislosti se stomatologickým vyšetřením a ošetřením pacienta s poruchou autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchou F84 podle mezinárodní klasifikace nemocí či jinou psychiatrickou diagnózou.	Lze vykázat 1 / 1 den. Výkon nelze kombinovat s kódy 00906 a 00907. Lze vykazovat s hrazenými výkony vyšetření a ošetření. Lze vykázat u pojištěnců s průkazem autisty (PAS) nebo s jiným dokladem vystaveným psychiatrem nebo klinickým psychologem prokazujícím poruchu autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchu. U pacienta s jinou psychiatrickou diagnózou lze vykázat, jen pokud jde podle doporučení psychiatra o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra a jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.	565 Kč

00976 – obsah kódu

Vykazuje zubní lékař s potvrzením o absolvování kurzu zahrnujícího ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra nebo jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů. Kód 00976 zohledňuje zvýšenou časovou náročnost v souvislosti se stomatologickým vyšetřením a ošetřením pacienta s poruchou autistického spektra (pervazivní vývojová porucha F84) či jinou psychiatrickou diagnózou.

00976 – regulační omezení

Kód lze vykázat nejvýše jedenkrát za den, nelze kombinovat s kódy 00906 a 00907 a lze vykazovat pouze s výkony vyšetření a ošetření hrazenými z veřejného zdravotního pojištění.

00976 – praktické poznámky k vykazování

Lze vykázat, jen pokud jde podle doporučení psychiatra o pacienta, který není ošetřitelný v běžném režimu, a dále u pojištěnců s průkazem autisty (PAS).

Do zdravotnické dokumentace pacienta je v případě neošetřitelných pacientů nutné založit zprávu od psychiatra. Jde-li o pojištěnce, který se prokazuje průkazem autisty (PAS), je vhodné kopii tohoto průkazu uchovat ve zdravotnické dokumentaci. 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.

00977 – Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00977	<u>Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub</u> Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na dočasný molár nebo prefabrikovaná plastová stripová korunka na dočasný řezák nebo dočasný špičák. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. 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 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. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	679 Kč

00977 – obsah kódu

Vyказuje 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, 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, anebo
- u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s dg. K03.0, K03.1, K03.2.

00977 – lokalizace

zub

00978 – Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00978	<u>Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření</u> Perorální nebo intranazální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15 let a uložení pojištěnce po ošetření na lůžko v dospávací místnosti s monitorací pulzním oxymetrem. Součástí výkonu jsou monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a v dospávací místnosti a zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku.	Lze vykázat 2 / 365 dní. Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00979. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	1 015 Kč

00978 – obsah kódu

Vyказuje zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). 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 v dospávací místnosti se zajištěnou monitorací pulzním oxymetrem.

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 v dospávací místnosti a zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku.

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: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962. Vykázání jiných poskytnutých kódů není při dodržení všech regulací vyloučeno.

Nelze kombinovat s kódem 00979.

00978 – lokalizace

bez lokalizace

00978 – praktické poznámky k vykazování

Výkon může vykazovat pouze držitel osvědčení v pedostomatologii (PE). Zdravotní pojišťovny požadují též absolvování kurzu sedace dětských pacientů, které je třeba doložit potvrzením.

Pouhé absolvování kurzu sedace dětských pacientů však ke splnění podmínek úhrady kódu nepostačuje.

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

00979 – Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00979	<u>Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření</u> Podání farmakologicky připravené směsi oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1 náustkem nebo obličejovou maskou pojištěnci od 4 let do dne dosažení 15 let, zajištění monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a zajištění případného podání kyslíku.	Lze vykázat 2 / 365 dní. Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00978. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL. Odbornost 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	568 Kč

00979 – obsah kódu

Vyказuje zubní lékař s osvědčením v pedostomatologii (PE). 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: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962. Vykázání jiných poskytnutých kódů není při dodržení všech regulací vyloučeno.

Nelze kombinovat s kódem 00978.

00979 – lokalizace

bez lokalizace

00979 – praktické poznámky k vykazování

Kód může vykazovat pouze držitel osvědčení v pedostomatologii (PE). Zdravotní pojišťovny požadují též absolvování kurzu sedace dětských pacientů, které je třeba doložit potvrzením. Pouhé absolvování kurzu sedace dětských pacientů ke splnění podmínek úhrady kódu nepostačuje.

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.

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 provedeného stomatologického ošetření. Podmínkou úhrady bude doložení technického vybavení pro pacienty s extrémní obezitou. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	839 Kč

00821 – obsah 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 pacientovi vážícímu nad 180 kg, včetně pacientů s dalšími přidruženými onemocněními,
- poskytovatel prokázal, že má technické vybavení umožňující ošetření pacientů s tělesnou hmotností přesahující 180 kg. Jedná se zejména o stomatologické křeslo, které musí mít takovou nosnost, aby je bylo možno použít pro kteréhokoli pojištěnce s hmotností přesahující 180 kg. Skutečná nosnost křesla tak musí dosahovat alespoň 260 kg,
- poskytovatel se zavázal, že bude schopen poskytnout ošetření kterémukoli 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

VZP kódy 00859 až 00879

Stomatologický výrobek, který nebyl odevzdán pojištěnci, nelze vykázat zdravotní pojišťovně. Byly vytvořeny VZP kódy 00859 až 00879, jejichž pomocí lze vykazovat určité fáze stomatologických výrobků plně hrazených ze zdravotního pojištění nebo i dokončené výrobky v situaci, kdy výrobek není možné odevzdat pojištěnci z důvodu jeho úmrtí.

Z technických důvodů jde o kódy výkonů, nikoliv výrobků. Věcně jde však o nástroj pro vykazování stomatologických výrobků, a proto jejich bližší výklad nepatří do výkladu o výkonech. Kódy lze použít jen v případě, kdy rozpracovaný výrobek nebylo možno dokončit a dokončený výrobek pojištěnci odevzdat, protože pojištěnec zemřel.

Podmínkou pro vykázání kódů je doložitelnost objednávky stomatologického výrobku v zubní laboratoři (laboratorního štítku), faktury vystavené zubní laboratoří a uhrazené poskytovatelem, který výrobek objednal, zápis ve zdravotnické dokumentaci o jednotlivých výrobních fázích zhotovování stomatologického výrobku a návštěvách pojištěnce v zubní ordinaci včetně zápisu 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. V ten den musí poskytovatel informovat zubní laboratoř, ukončit zhotovování rozpracovaného stomatologického výrobku a učinit o tom zápis do zdravotnické dokumentace a neprodleně vykázat zdravotní pojišťovně k úhradě. Úhradu kódu nelze realizovat po uplynutí 365 dnů po úmrtí. Ke kódu se nevykazuje žádný další zdravotní výkon, jsou v něm zakalkulovány kompletní činnosti nutné ke zhotovení stomatologického výrobku (ordinační i laboratorní fáze) včetně materiálu.

00980 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I

Kód 00980 je zrušen a nevykazuje se.

00800 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00800	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý při zahájení léčby a při pokračování v léčbě v kalendářním roce, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát.	Lze vykázat 2 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s výkonem 00982 ani 00801. 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.	9 045 Kč

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). Kód vykazuje zubní lékař se specializací ortodoncie (015).

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 kódem 00982; to je dáno tím, že kód 00982 je určen 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.

00800 – lokalizace

čelist

00800 – praktické poznámky k vykazování

Kódem lze vykázat zahájení léčby fixním aparátem jen u pacientů s rozštěpem či jiným výše uvedeným závažným onemocněním. U ostatních pacientů (pacienti do dne dosažení 22 let) se zahájení léčby fixním ortodontickým aparátem vykazuje kódem 00982.

Vykázání kódu není omezeno rozsahem fixního aparátu. Zahájením léčby se rozumí pevná fixace jakýchkoliv prvků na zuby v rámci ortodontické léčby fixním ortodontickým aparátem.

00801 – Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00801	<u>Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u> 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.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. 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 hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 573 Kč

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 hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Kód vykazuje zubní lékař se specializací ortodoncie (015).

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 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).

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.

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 pacientů není materiál fixního aparátu hrazen ze zdravotního pojištění.

Vykázání kódu není omezeno rozsahem fixního aparátu.

00981 – Diagnostika ortodontických anomálií

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00981	<u>Diagnostika ortodontických anomálií</u> Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015 podle seznamu výkonů. Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykazáním kódu 00981.	Lze vykázt 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 vykázan pouze kód 00986, se nepřihlíží. Lze vykázt pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázt 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 čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	819 Kč

00981 – obsah kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (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 čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).

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 pacienta od jiného poskytovatele je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykazáním tohoto kódu.

Při vykazání kódu se současně vykáže i kód 00944 (signální kód epizody péče).

00982 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk II

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00982	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk II</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.	Lze vykázat 1 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00800. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let s výjimkou pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 703 Kč

00982 – obsah 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. Kód nelze použít v případě zahájení léčby prostřednictvím fóliových systémů (např. systém Invisalign, Spark, Reveal). V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto ze zdravotního pojištění nelze uhradit ani materiál (alignery), ani žádné výkony v rámci ortodontické léčby těmito systémy.

Kód 00982 se vykazuje u pojištěnců do dne dosažení 22 let. Kód však není určen pro pojištěnce s rozštěpy, vrozenými celkovými vadami či systémovým onemocněním s ortodontickými projevy nebo mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). U těchto pojištěnců kód nelze vykázat vůbec, a to bez ohledu na jejich věk. Zahájení léčby fixním ortodontickým aparátem se u nich v roce 2023 vykazuje výlučně VZP kódem 00800.

Materiál fixního ortodontického aparátu ze zdravotního pojištění hrazen není.

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.

00982 – regulační omezení

Kód 00982 lze vykázt jedenkrát na jednu čelist.

Kód 00982 proto nelze vykázt společně s kódem 00800; to je dáno tím, že kód 00800 je určen pro jinou skupinu pojištěnců (pro pojištěnce s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními).

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 vykázt bez ohledu na to, zda byl pojištěnec dříve léčen malým fixním aparátem, a v jakémkoliv časovém odstupu od vykazání kódu 00994.

00983 – Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.	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 hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) Lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze po vykazání kódu 00800, 00982 nebo 00994, podmínka návaznosti je splněna i tehdy pokud byly tyto kódy vykazány na pojištěnce jiným poskytovatelem. 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 fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými 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.	1 072 Kč

00983 – obsah 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.

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

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 rámci léčby prostřednictvím fóliových systémů (např. systém Invisalign, Spark, Reveal). V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto ze zdravotního pojištění nelze uhradit ani materiál (alignery), ani žádné výkony v rámci ortodontické léčby těmito systémy.

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 vykazání 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.

00983 – regulační omezení

Kód 00983 lze vykázat jen po vykazání kódu 00800, 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.

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 pacienta k jinému poskytovateli není nový poskytovatel omezen počtem výkonů vykázaných předchozím poskytovatelem.

00983 – praktické poznámky k vykazování

Kód se vztahuje na všechny kontroly fixního aparátu v daném kalendářním čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímatelného aparátu. Kód 00983 lze vykázat i po vykazání 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 nebo kód 00985. Jde o případy, kdy

- probíhá léčba 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 (kód 00982) 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).

U pojištěnců s rozštěpem či jiným výše uvedeným závažným onemocněním 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, jsou kontroly léčby fixním ortodontickým aparátem uskutečněné v roce 2023 i nadále hrazeny ze zdravotního pojištění. Vykazují se však tzv. přechodným kódem 00995 (blíže k tomu dále ve výkladu tohoto kódu). To však neplatí pro pojištěnce s rozštěpem nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž se kontroly léčby fixním aparátem i v roce 2023 bez ohledu na věk vykazují běžným kódem 00983.

00984 – Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00984	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1 / 1 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 hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, 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.	326 Kč

00984 – obsah kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (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 hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).

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 fóliových systémů (např. systém Invisalign, Spark, Reveal). V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto ze zdravotního pojištění nelze uhradit ani materiál (alignery), ani žádné výkony v rámci ortodontické léčby těmito systémy.

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 pacienta k jinému poskytovateli není nový poskytovatel omezen počtem výkonů vykázaných předchozím poskytovatelem.

Kód nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby.

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 nebo kód 00985. Jde o případy, kdy

- probíhá léčba snímatelným aparátem (kontrola vykázána kódem 00984), následuje zahájení léčby fixním aparátem (kód 00982) a v jejím rámci kontrola vykázána ve stejném čtvrtletí kódem 00983,
- probíhá léčba 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.

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, jsou kontroly léčby snímatelným ortodontickým aparátem uskutečněné v roce 2023 i nadále hrazeny ze zdravotního pojištění. Vykazují se však tzv. přechodným kódem 00996 (blíže k tomu dále ve výkladu tohoto kódu). To však neplatí pro pojištěnce s rozštěpem nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž se kontroly léčby snímatelným aparátem i v roce 2023 bez ohledu na věk vykazují běžným kódem 00984.

00985 – Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00985	<u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu).	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 a to max. 3 / 1 čelist. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, 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.	945 Kč

00985 – obsah 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.

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 čelist, nezapočítávají se třetí moláry).

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 při ukončení léčby prostřednictvím fóliových systémů (např. systém Invisalign, Spark, Reveal). V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto ze zdravotního pojištění nelze uhradit ani materiál (alignery), ani žádné výkony v rámci ortodontické léčby těmito systémy.

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 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 třikrát na jednu čelist, z toho nejvýše jednou jako ukončení léčby tzv. malým fixním aparátem zahájené kódem 00994 a nejvýše dvakrát jako ukončení léčby fixním aparátem zahájené kódem 00980. Kód lze vykázat i tehdy, bylo-li zahájení léčby (kód 00980 nebo 00800, resp. 00994) pojištěnce vykázáno jiným poskytovatelem.

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, je ukončení léčby fixním ortodontickým aparátem uskutečněné v roce 2023 i nadále hrazeno ze zdravotního pojištění. Vykazuje se však tzv. přechodným kódem 00997 (blíže k tomu dále ve výkladu tohoto kódu). To však neplatí pro pojištěnce s rozštěpem nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž se ukončení léčby fixním aparátem i v roce 2023 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	<u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u> Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní pololetí, a to maximálně 8x na pojištěnce. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, 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.	338 Kč

00986 – obsah 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).

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 (např. systém Invisalign, Spark, Reveal). V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto ze zdravotního pojištění nelze 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 osmkrát na jednoho pojištěnce. 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 osmi kontrol není možné vyžadovat od pojištěnce za další případné kontroly žádnou úhradu. Zároveň platí, že při přechodu pacienta k jinému poskytovateli není nový poskytovatel omezen počtem výkonů vykázaných předchozím poskytovatelem.

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, jsou kontroly ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje v roce 2023 i nadále hrazeny ze zdravotního pojištění. Vykazují se však tzv. přechodným kódem 00998 (blíže k tomu dále ve výkladu tohoto kódu). 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 v roce 2023 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, 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.	126 Kč

00987 – obsah 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).

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.

00987 – lokalizace

bez lokalizace

00988 – Analýza telerentgenového snímku lbi

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00988	<u>Analýza telerentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí 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 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). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	207 Kč

00988 – obsah 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).

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.

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 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). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	457 Kč

00989 – obsah kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodontie (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 hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).

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.

00989 – lokalizace

bez lokalizace

00990 – Diagnostická přestavba ortodontického modelu

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00990	<u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. 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). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	658 Kč

00990 – obsah 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 hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).

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.

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 pacienta. 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	<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 kroužcích.	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, vrozenými 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.	279 Kč

00991 – obsah 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).

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.

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 vykázan 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.

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, vrozenými 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.	299 Kč

00992 – obsah 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).

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.

00992 – lokalizace

bez lokalizace

00993 – Navázání parciálního oblouku

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00993	<u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku, nebo tvarování průběžného oblouku sloužící k segmentálnímu pohybu zubů.	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, 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, vrozenými 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.	439 Kč

00993 – obsah 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).

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.

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 vykázan 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.

00993 – lokalizace

bez lokalizace

U pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022, je navázání parciálního oblouku v roce 2023 i nadále hrazeno ze zdravotního pojištění. Vykazuje se však tzv. přechodným kódem 00999 (blíže k tomu dále ve výkladu tohoto kódu). To však neplatí pro pojištěnce s rozštěpy a jinými výše uvedenými závažnými onemocněními, u nichž se navázání parciálního oblouku v roce 2023 bez ohledu na věk vykazuje běžným kódem 00993.

00994 – Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu zejména pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku aj. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.	Lze vykázat 1 / 1 čelist do dne dosažení 10 let věku pojištěnce. Lokalizace – čelist. Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; kód se nevykazuje u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými 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.	1 197 Kč

00994 – obsah 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.

U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií se kód 00994 nevykazuje, zahájení léčby se u těchto pojištěnců bude vykazovat kódem 00800.

Materiál fixního ortodontického aparátu ze zdravotního pojištění hrazen není.

00994 – regulační omezení

Kód 00994 může poskytovatel vykázat u pacientů do dne dosažení 10 let věku.

00994 – lokalizace

čelist

00995 – Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00995	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu I</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, 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 po vykazání kódu 00982. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	963 Kč

00995 – obsah kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00995 se vykazuje kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jedné i obou čelistech.

Od 1. ledna 2022 je ortodontická péče hrazená ze zdravotního pojištění jen

- u pojištěnců do dne dosažení 22 let věku, a
- bez ohledu na věk též 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).

U ostatních pojištěnců jsou kontroly (stejně jako ostatní ortodontická péče) od 1. ledna 2022 nehrazené ze zdravotního pojištění.

Výjimku představují tzv. rozléčení pojištěnci, tedy pojištěnci starší 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022. U těchto pojištěnců je možno ještě v roce 2023 léčbu dokončit za stejných podmínek, za jakých byla zahájena. K tomu slouží tzv. přechodné kódy 00995 až 00999. Jim odpovídající běžné kódy (00983, 00984 atd.) není možno od 1. ledna 2022 pro pojištěnce starší 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními) použít.

Kód 00995 je tzv. přechodným kódem, který je možno vykazovat jen v průběhu let 2022 a 2023. Kódem 00995 se v průběhu let 2022 a 2023 vykazují kontroly v rámci léčby fixním aparátem u pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022.

Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění.

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.

Kód 00995 nelze použít v průběhu léčby prostřednictvím fóliových systémů (např. systém Invisalign, Spark, Reveal). V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto ze zdravotního pojištění nelze uhradit ani materiál (alignery), ani žádné výkony v rámci ortodontické léčby těmito systémy.

00995 – regulační omezení

Kód 00995 je tzv. přechodným kódem, jehož účelem je umožnit dokončení léčby pacienta staršího 22 let za stejných podmínek, za kterých byla před 1. lednem 2022 zahájena. Vykazovat jej lze jen v letech 2022 a 2023. Regulační omezení na šestnáct kontrol proto postrádá věcný smysl; vzhledem k omezení vykazování jednou za kalendářní čtvrtletí přichází v úvahu vykazání tohoto kódu nejvýše osmkrát. Regulační omezení je nutno chápat tak, že do celkového počtu kontrol se započítají i kontroly poskytnuté témuž pojištěnci před 1. lednem 2022 a vykázané kódem 00983. Toto regulační omezení omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Znamená to, že po vyčerpání šestnácti kontrol (součet 00983 a 00995) není možné vyžadovat od pojištěnce za další případné kontroly uskutečněné do konce roku 2023 žádnou úhradu.

Pokud léčba pojištěnce staršího 22 let zahájena před 1. lednem 2022 nebude v roce 2023 dokončena, budou další kontroly uskutečněné po 31. prosinci 2023 nehrazené ze zdravotního pojištění; pojištěnec je proto bude muset zaplatit. S tím je potřeba pojištěnce včas seznámit.

Kód 00995 lze vykázat pouze po vykazání kódu 00982, který byl vykázan před 1. 1. 2022, a to i tehdy, pokud byl vykázan jiným poskytovatelem.

00995 – lokalizace

bez lokalizace

00995 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00995 není určen pro pojištěnce do dne dosažení 22 let věku ani pro pojištěnce s rozštěpy nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními. U těchto pojištěnců se v roce 2022 i 2023 kontroly v rámci léčby fixním aparátem vykazují běžným kódem 00983. Vykazání kódu 00995 není přímo zakázáno, ale je pro poskytovatele nevýhodné. Z povahy věci vyplývá, že současné vykazání kódu 00983 a 00995 je nepřípustné.

Zahájením léčby se rozumí vykazání kódu 00982. Léčbou se rozumí léčba na jeden zubní oblouk. To, zda jde o rozléčeného pojištěnce, je proto třeba posuzovat u každého zubního oblouku zvlášť. Věk pojištěnce se pak posuzuje ke dni poskytnutí kontroly. Rozléčeným pojištěncem tedy může být jak pojištěnec, který 22 let dosáhl dávno v minulosti, tak i pojištěnec, který dosáhl věku 22 let teprve v roce 2022 nebo 2023.

Příklad: Pojištěnec narozený 10. dubna 1980, nikoliv s rozštěpovou nebo jinou závažnou vadou. Léčba v horním zubním oblouku zahájena v roce 2020, pojištěnci bylo 40 let, vykazán kód 00982. V průběhu let 2020 a 2021 provedeno 7 kontrol, vykazán sedmkrát kód 00983. Jde o rozléčeného pojištěnce, v roce 2022 lze vykazat nejvýše čtyřikrát kód 00995, nikoliv však kód 00983. Stejně tak v roce 2023 lze vykazat nejvýše čtyřikrát kód 00995, nikoliv však kód 00983. Pokud léčba nebude dokončena v roce 2023 a pojištěnci budou poskytovány kontroly nebo ukončení léčby v roce 2024 či v dalších letech, půjde o výkony nehrazené ze zdravotního pojištění; pojištěnec je bude muset zaplatit.

Příklad: Pojištěnec narozený 10. dubna 2000, nikoliv s rozštěpovou nebo jinou závažnou vadou. Léčba v horním zubním oblouku zahájena v roce 2020, pojištěnci bylo 20 let, vykazán kód 00982. V průběhu let 2020 a 2021 provedeno 7 kontrol, vykazán sedmkrát kód 00983. Jde o rozléčeného pojištěnce. Kontrola v březnu 2022 (pojištěnci ještě není 22 let) se vykáže kódem 00983, další kontroly v červnu, září a prosinci 2022 a všechny čtyři kontroly v roce 2023 se vykážou kódem 00995 (pojištěnci již bylo 22 let). Pokud léčba nebude dokončena v roce 2023 a pojištěnci budou poskytovány kontroly nebo ukončení léčby v roce 2024 či v dalších letech, půjde o výkony nehrazené ze zdravotního pojištění; pojištěnec je bude muset zaplatit.

Příklad: Pojištěnec narozený 10. dubna 2000, s rozštěpovou vadou. Léčba v horním zubním oblouku zahájena v roce 2020, pojištěnci bylo 20 let, vykazán kód 00982. V průběhu let 2020 a 2021 provedeno 7 kontrol, vykazán sedmkrát kód 00983. Nejde o rozléčeného pojištěnce ve smyslu přechodných kódů. Kontroly v roce 2022 a 2023 i v letech následujících se vykážou kódem 00983, a to bez ohledu na věk pojištěnce a bez dalších omezení.

00996 – Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00996	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu I</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázt 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 hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázt bez omezení. Lze vykázt pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Nelze vykázt pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	259 Kč

00996 – obsah kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00996 se označuje kontrola postupu léčby podle individuálního léčebného postupu a funkce snímatelných aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu.

Od 1. ledna 2022 je ortodontická péče hrazená ze zdravotního pojištění jen

- u pojištěnců do dne dosažení 22 let věku, a
- bez ohledu na věk též 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).

U ostatních pojištěnců jsou kontroly (stejně jako ostatní ortodontická péče) od 1. ledna 2022 nehrazené ze zdravotního pojištění.

Výjimku představují tzv. rozlčení pojištěnci, tedy pojištěnci starší 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022. U těchto pojištěnců je možno ještě v roce 2023 léčbu dokončit za stejných podmínek, za jakých byla zahájena. K tomu slouží tzv. přechodné kódy 00995 až 00999. Jim odpovídající běžné kódy (00983, 00984 atd.) není možno od 1. ledna 2022 pro pojištěnce starší 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními) použít.

Kód 00996 je tzv. přechodným kódem, který je možno vykazovat jen v průběhu let 2022 a 2023. Kódem 00996 se v průběhu roku 2022 a 2023 vykazují kontroly v rámci léčby jinými postupy než fixním aparátem u pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022.

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 00996 nelze použít v průběhu léčby prostřednictvím fóliových systémů (např. systém Invisalign, Spark, Reveal). V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto ze zdravotního pojištění nelze uhradit ani materiál (alignery), ani žádné výkony v rámci ortodontické léčby těmito systémy.

00996 – regulační omezení

Kód 00996 je tzv. přechodným kódem, jehož účelem je umožnit dokončení léčby pacienta staršího 22 let za stejných podmínek, za kterých byla před 1. lednem 2022 zahájena. Vykazovat jej lze jen v letech 2022 a 2023. Regulační omezení na šestnáct kontrol proto postrádá věcný smysl; vzhledem k omezení vykazování jednou za kalendářní čtvrtletí přichází v úvahu vykazání tohoto kódu nejvýše osmkrát. Regulační omezení je nutno chápat tak, že do celkového počtu kontrol se započítají i kontroly poskytnuté témuž pojištěnci před 1. lednem 2022 a vykázané kódem 00984. Toto regulační omezení omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Znamená to, že po vyčerpání šestnácti kontrol (součet 00984 a 00996) není možné vyžadovat od pojištěnce za další případné kontroly uskutečněné do konce roku 2023 žádnou úhradu.

Pokud léčba pojištěnce staršího 22 let zahájená před 1. lednem 2022 nebude v roce 2023 dokončena, budou další kontroly uskutečněné po 31. prosinci 2023 nehrzené ze zdravotního pojištění; pojištěnec je proto bude muset zaplatit. S tím je potřeba pojištěnce včas seznámit.

Kód 00996 nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby.

00996 – lokalizace

bez lokalizace

00996 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00996 není určen pro pojištěnce do dne dosažení 22 let věku ani pro pojištěnce s rozštěpy nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními. U těchto pojištěnců se v roce 2022 a 2023 kontroly v rámci léčby jinými postupy, než fixním aparátem vykazují běžným kódem 00983. Vykázání kódu 00996 není přímo zakázáno, ale je pro poskytovatele nevýhodné. Z povahy věci vyplývá, že současné vykazování kódu 00984 a 00996 je nepřipustné.

Zahájením léčby se rozumí odevzdání snímatelného aparátu na jednu čelist. Léčbou se rozumí léčba na jeden zubní oblouk. To, zda jde o rozléčeného pojištěnce, je proto třeba posuzovat u každého zubního oblouku zvlášť. Věk pojištěnce se pak posuzuje ke dni poskytnutí kontroly. Rozléčeným pojištěncem tedy může být jak pojištěnec, který 22 let dosáhl dávno v minulosti, tak i pojištěnec, který dosáhl věku 22 let teprve v roce 2022 nebo 2023.

Příklad: Pojištěnec narozený 10. dubna 1980, nikoliv s rozštěpovou nebo jinou závažnou vadou. Léčba v horním zubním oblouku zahájena v roce 2020, pojištěnci bylo 40 let. V průběhu let 2020 a 2021 provedeno 7 kontrol, vykázan sedmkrát kód 00984. Jde o rozléčeného pojištěnce, v roce 2022 lze vykázat nejvýše 4x kód 00996, nikoliv však kód 00984. Stejně tak v roce 2023 lze vykázat nejvýše 4x kód 00996, nikoliv však kód 00984.

Příklad: Pojištěnec narozený 10. dubna 2000, nikoliv s rozštěpovou nebo jinou závažnou vadou. Léčba v horním zubním oblouku zahájena v roce 2020, pojištěnci bylo 20 let. V průběhu let 2020 a 2021 provedeno 7 kontrol, vykázan sedmkrát kód 00984. Jde o rozléčeného pojištěnce. Kontrola v březnu 2022 (pojištěnci ještě není 22 let) se vykáže kódem 00984, další kontroly v červnu, září a prosinci 2022 a všechny čtyři kontroly v roce 2023 se vykážou kódem 00996 (pojištěnci již bylo 22 let).

00997 – Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00997	<u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu I</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií, sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a rtopantomogramu).	Lze vykázat 1 / 1 čelist, a to v návaznosti na kód 00982. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	843 Kč

00997 – obsah kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00997 se označuje ukončení léčby ortodontických anomálií, sejmutí fixního ortodontického aparátu na jednu čelist, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů.

Od 1. ledna 2022 je ortodontická péče hrazená ze zdravotního pojištění jen

- u pojištěnců do dne dosažení 22 let věku, a
- bez ohledu na věk též 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).

U ostatních pojištěnců jsou kontroly (stejně jako ostatní ortodontická péče) od 1. ledna 2022 nehrazené ze zdravotního pojištění.

Výjimku představují tzv. rozlčení pojištěnci, tedy pojištěnci starší 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022. U těchto pojištěnců je možno ještě v letech 2022 a 2023 léčbu dokončit za stejných podmínek, za jakých byla zahájena. K tomu slouží tzv. přechodné kódy 00995 až 00999. Jim odpovídající běžné kódy (00983, 00984, 00985 atd.) není možno od 1. ledna 2022 pro pojištěnce starší 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními) použít.

Kód 00997 je tzv. přechodným kódem, který je možno vykazovat jen v průběhu roku 2022 a 2023. Kódem 00997 se bude v průběhu roku 2023 vykazovat ukončení léčby fixním aparátem u pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022.

Kód 00997 nelze použít při ukončení léčby prostřednictvím fóliových systémů (např. systém Invisalign, Spark, Reveal). V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto ze zdravotního pojištění nelze uhradit ani materiál (alignery), ani žádné výkony v rámci ortodontické léčby těmito systémy.

00997 – regulační omezení

Kód 00997 je tzv. přechodným kódem, jehož účelem je umožnit dokončení léčby pacienta staršího 22 let za stejných podmínek, za kterých byla před 1. lednem 2022 zahájena. Vykazovat jej je možno jen v roce 2022 a 2023.

Sejmutí fixního aparátu a s tím související výkony uskutečněné po 31. prosinci 2023 budou nehrazené ze zdravotního pojištění; pojištěnec je proto bude muset zaplatit. S tím je potřeba pojištěnce včas seznámit.

Kód 00997 lze vykázat jedenkrát na 1 čelist, a to pouze v návaznosti na kód 00982. Kód lze vykázat i tehdy, bylo-li zahájení léčby (kód 00982) pojištěnce vykázáno jiným poskytovatelem.

00997 – lokalizace

čelist

00997 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00997 není určen pro pojištěnce do dne dosažení 22 let věku ani pro pojištěnce s rozštěpy nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními. U těchto pojištěnců se v roce 2022 a 2023 ukončení léčby fixním aparátem vykazuje běžným kódem 00985. Vykázání kódu 00997 není přímo zakázáno, ale je pro poskytovatele nevýhodné. Z povahy věci vyplývá, že současné vykázání kódu 00985 a 00997 je nepřipustné.

Zahájením léčby se rozumí vykázání kódu 00982. Léčbou se rozumí léčba na jeden zubní oblouk. To, zda jde o rozléčeného pojištěnce, je proto třeba posuzovat u každého zubního oblouku zvlášť. Věk pojištěnce se posuzuje ke dni poskytnutí výkonu ukončení léčby. Rozléčeným pojištěncem tedy může být jak pojištěnec, který 22 let dosáhl dávno v minulosti, tak i pojištěnec, který dosáhl věku 22 let teprve v roce 2022 nebo 2023.

Příklad: Pojištěnec narozený 10. dubna 1980, nikoliv s rozštěpovou nebo jinou závažnou vadou. Léčba v horním zubním oblouku zahájena v roce 2020, pojištěnci bylo 40 let, vykázán kód 00982. Jde o rozléčeného pojištěnce, ukončení léčby v roce 2023 se vykáže přechodným kódem 00997. Pokud léčba nebude dokončena v roce 2023 a bude ukončena v roce 2024 či v dalších letech, bude ukončení léčby výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění; pojištěnec je bude muset zaplatit.

Příklad: Pojištěnec narozený 10. dubna 2001, nikoliv s rozštěpovou nebo jinou závažnou vadou. Léčba v horním zubním oblouku zahájena v roce 2021, pojištěnci bylo 20 let, vykázán kód 00982. Jde o rozléčeného pojištěnce. Ukončení v březnu 2023 (pojištěnci ještě není 22 let) se vykáže kódem 00985. Pokud by léčba byla ukončena po 10. dubnu 2023, vykáže se přechodným kódem 00997. Pokud léčba nebude dokončena v roce 2023 a bude ukončena v roce 2024 či v dalších letech, bude ukončení léčby výkonem nehrazeným ze zdravotního pojištění; pojištěnec je bude muset zaplatit.

Příklad: Pojištěnec narozený 10. dubna 2000, s rozštěpovou vadou. Léčba v horním zubním oblouku zahájena v roce 2020, pojištěnci bylo 20 let, vykázán kód 00982. Nejde o rozléčeného pojištěnce ve smyslu přechodných kódů. Ukončení léčby se v roce 2023 i v letech následujících vykáže kódem 00985, a to bez ohledu na věk pojištěnce.

00998 – Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00998	<u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje I</u> Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní pololetí, a to maximálně 8x na pojištěnce. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	270 Kč

00998 – obsah kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00998 se označuje kontrola pacienta před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímatelnými nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu.

Od 1. ledna 2022 je ortodontická péče hrazená ze zdravotního pojištění jen

- u pojištěnců do dne dosažení 22 let věku, a
- bez ohledu na věk též 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).

U ostatních pojištěnců jsou kontroly (stejně jako ostatní ortodontická péče) od 1. ledna 2022 nehrazené ze zdravotního pojištění.

Výjimku představují tzv. rozlčení pojištěnci, tedy pojištěnci starší 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022. U těchto pojištěnců je možno ještě v roce 2022 a 2023 léčbu dokončit za stejných podmínek, za jakých byla zahájena. K tomu slouží tzv. přechodné kódy 00995 až 00999. Jim odpovídající běžné kódy (00983, 00984, 00986 atd.) není možno od 1. ledna 2022 pro pojištěnce starší 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními) použít.

Kód 00998 je tzv. přechodným kódem, který je možno vykazovat jen v průběhu roku 2022 a 2023. Kódem 00998 se v průběhu roku 2022 a 2023 vykazují kontroly ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje u pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022.

Kód 00998 nelze použít po skončení aktivní fáze léčby prostřednictvím fóliových systémů (např. systém Invisalign, Spark, Reveal). V těchto případech se nejedná o fixní ani o snímatelný aparát ve smyslu zákona, a proto ze zdravotního pojištění nelze ani materiál, ani žádné výkony, byť by se jednalo o výkony v rámci retenční fáze navazující na léčbu prostřednictvím fóliových systémů.

00998 – regulační omezení

Kód 00998 je tzv. přechodným kódem, jehož účelem je umožnit dokončení léčby pacienta staršího 22 let za stejných podmínek, za kterých byla před 1. lednem 2022 zahájena.

Vykazovat jej je možné jen v roce 2022 a 2023. Regulační omezení na osm kontrol proto postrádá věcný smysl; vzhledem k omezení vykazování jednou za kalendářní pololetí přichází v úvahu vykazání tohoto kódu nejvýše čtyřikrát. Regulační omezení je nutno chápat tak, že do celkového počtu kontrol se započítají i kontroly poskytnuté témuž pojištěnci před 1. lednem 2022 a vykázané kódem 00986. Toto regulační omezení omezuje poskytovatele, nikoliv nárok pojištěnce. Znamená to, že po vyčerpání osmi kontrol (součet 00986 a 00998) není možné vyžadovat od pojištěnce za další případné kontroly uskutečněné do konce roku 2023 žádnou úhradu.

Pokud léčba pojištěnce staršího 22 let zahájena před 1. lednem 2022 nebude v roce 2023 dokončena, budou další kontroly uskutečněné po 31. prosinci 2023 nehrzené ze zdravotního pojištění; pojištěnec je proto bude muset zaplatit. S tím je potřeba pojištěnce včas seznámit.

00998 – lokalizace

bez lokalizace

00998 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00998 není určen pro pojištěnce do dne dosažení 22 let věku ani pro pojištěnce s rozštěpy nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními. U těchto pojištěnců se v roce 2022 a 2023 kontroly ve fázi retence vykazují běžným kódem 00986. Vykázání kódu 00998 není přímo zakázáno, ale je pro poskytovatele nevýhodné. Z povahy věci vyplývá, že současné vykazání kódu 00986 a 00998 je nepřipustné.

Zahájením léčby se rozumí vykazání kódu 00981, jde-li o sledování před zahájením aktivní fáze léčby. Jde-li o sledování po ukončení aktivní fáze léčby, považuje se pro účely tohoto kódu za zahájení léčby ukončení aktivní fáze, tedy vykazání kódu 00985, resp. vykazání poslední kontroly kódem 00984. Léčbou se rozumí léčba na jeden zubní oblouk. To, zda jde o rozléčeného pojištěnce, je proto třeba posuzovat u každého zubního oblouku zvlášť. Věk pojištěnce se pak posuzuje ke dni poskytnutí kontroly. Rozléčeným pojištěncem tedy může být jak pojištěnec, který 22 let dosáhl dávno v minulosti, tak i pojištěnec, který dosáhl věku 22 let teprve v roce 2022 nebo 2023.

Příklad: Pojištěnec narozený 10. dubna 1981, nikoliv s rozštěpovou nebo jinou závažnou vadou. Léčba v horním zubním oblouku zahájena v roce 2019, pojištěnci bylo 38 let, vykázan kód 00982. Retenční fáze zahájena v roce 2021. V průběhu roku 2021 provedeny 2 kontroly, vykázan dvakrát kód 00986. Jde o rozléčeného pojištěnce, v roce 2023 lze vykazat nejvýše dvakrát kód 00998, nikoliv však kód 00986. Pokud retenční fáze neskončí v roce 2023 a pojištěnci budou poskytovány kontroly v roce 2024 či v dalších letech, půjde o výkony nehrzené ze zdravotního pojištění; pojištěnec je bude muset zaplatit.

Příklad: Pojištěnec narozený 10. dubna 2001, nikoliv s rozštěpovou nebo jinou závažnou vadou. Léčba v horním zubním oblouku zahájena v roce 2019, pojištěnci bylo 18 let, vykázan kód 00982. Retenční fáze zahájena v roce 2021. V průběhu roku 2021 provedeny 2 kontroly, vykázan dvakrát kód 00986. Jde o rozléčeného pojištěnce. Kontrola v březnu 2023 (pojištěnci ještě není 22 let) se vykáže kódem 00986, další kontrola v říjnu 2023 se vykáže přechodným kódem 00998 (pojištěnci již bylo 22 let). Pokud retenční fáze neskončí v roce 2023 a pojištěnci budou poskytovány kontroly v roce 2024 či v dalších letech, půjde o výkony nehrzené ze zdravotního pojištění; pojištěnec je bude muset zaplatit.

00999 – Navázání fixního parciálního oblouku I

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00999	<u>Navázání parciálního oblouku I</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4 / 1 kalendářní pololetí. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	366 Kč

00999 – obsah kódu

Kód vykazuje k úhradě zubní lékař se specializací ortodoncie (015). Kódem 00999 se označuje příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.

Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění.

Od 1. ledna 2022 je ortodontická péče hrazená ze zdravotního pojištění jen

- u pojištěnců do dne dosažení 22 let věku, a
- bez ohledu na věk též 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).

U ostatních pojištěnců jsou kontroly (stejně jako ostatní ortodontická péče) od 1. ledna 2022 nehrazené ze zdravotního pojištění.

Výjimku představují tzv. rozlčení pojištěnci, tedy pojištěnci starší 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022. U těchto pojištěnců je možno ještě v roce 2022 a 2023 léčbu dokončit za stejných podmínek, za jakých byla zahájena. K tomu slouží tzv. přechodné kódy 00995 až 00999. Jim odpovídající běžné kódy (00983, 00984, 00993 atd.) nebude možno od 1. ledna 2022 pro pojištěnce starší 22 let (s výjimkou pojištěnců s rozštěpy a dalšími výše uvedenými závažnými onemocněními) použít.

Kód 00999 je tzv. přechodným kódem, který je možno vykazovat jen v průběhu roku 2022 a 2023. Kódem 00999 se v průběhu roku 2022 a 2023 vykazují výkony navázání parciálního oblouku u pojištěnců starších 22 let, jejichž léčba byla zahájena před 1. lednem 2022.

00999 – regulační omezení

Kód 00999 je tzv. přechodným kódem, jehož účelem je umožnit dokončení léčby pacienta staršího 22 let za stejných podmínek, za kterých byla před 1. lednem 2022 zahájena. Vykazovat jej je možno jen v roce 2022 a 2023.

Pokud léčba pojištěnce staršího 22 let zahájena před 1. lednem 2022 nebude v roce 2023 dokončena, bude další navázání parciálního oblouku uskutečněné po 31. prosinci 2023 nehrazené ze zdravotního pojištění; pojištěnec je proto bude muset zaplatit. S tím je potřeba pojištěnce včas seznámit.

Kód 00999 lze vykázat čtyřikrát za jedno kalendářní pololetí.

00999 – lokalizace

bez lokalizace

00999 – praktické poznámky k vykazování

Kód 00999 není určen pro pojištěnce do dne dosažení 22 let věku ani pro pojištěnce s rozštěpy nebo jinými výše uvedenými závažnými onemocněními. U těchto pojištěnců se v roce 2022 a 2023 navázání parciálního oblouku vykazuje běžným kódem 00993. Z povahy věci vyplývá, že současné vykazování kódu 00993 a 00999 je nepřípustné.

Zahájením léčby se rozumí vykazání kódu 00982. Léčbou se rozumí léčba na jeden zubní oblouk. To, zda jde o rozléčeného pojištěnce, je proto třeba posuzovat u každého zubního oblouku zvlášť. Věk pojištěnce se pak posuzuje ke dni poskytnutí kontroly. Rozléčeným pojištěncem tedy může být jak pojištěnec, který 22 let dosáhl dávno v minulosti, tak i pojištěnec, který dosáhl věku 22 let teprve v roce 2022 nebo 2023.

09545 – Signální výkon regulační poplatek za pohotovostní službu – poplatek uhrazen

09545 – obsah 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 2023 používat poskytovateli ke splnění informační povinnosti vůči zdravotním pojišťovnám.

99949 – Průkaz antigenu SARS-CoV-2 realizovaný v rámci plošného testování

Kód 99949 se v roce 2023 nevykazuje. Není samozřejmě vyloučeno, že dojde v budoucnu v této věci ke změně. Je proto třeba sledovat aktuální informace na www.dent.cz, na webových stránkách zdravotních pojišťoven a na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví.

©2023

MUDr. Robert Houba, Ph.D., MUDr. Hana Böhmová, MUDr. Jan Černý, MUDr. Hana Drahošová,
MUDr. Dorota Kadlecová, MUDr. Ludmila Macháčková, 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
Výroba: Helma Beta, spol. s r. o.
Počet stran 164
První vydání, Praha 2023

ISBN 978-80-907891-7-3 (online)
ISBN 978-80-907891-8-0 (print)



ISBN 978-80-907891-8-0



9 788090 789180