

I. TEXTOVÁ ČÁST

Kapitola 1

Vysvětlení základních pojmů použitých v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

1. **seznam výkonů** seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
2. **zdravotní výkon** základní jednotka seznamu, popisující ucelenou činnost při poskytování hrazených služeb (dále jen výkon)
3. **kategorie výkonu** kategorie úhrady výkonu - řadí výkon mezi výkony plně hrazené, hrazené za určitých podmínek a nehrazené z veřejného zdravotního pojištění
4. **autorská odbornost** odbornost, která navrhla a odborně garantuje výkon
5. **číslo výkonu** pětimístné číslo jednoznačně identifikující výkon v rámci seznamu výkonů
6. **název výkonu** stručný text vystihující jednoznačně podstatu výkonu
7. **popis výkonu** text, rozvíjející název výkonu, popisující výkon a případně jeho provedení
8. **OM omezení místem** omezení pro vykazování výkonu místem jeho provedení
9. **OF omezení frekvencí** omezení pro vykazování výkonu frekvencí jeho provedení vztaženou na jednoho pojištěnce a jedno nebo více časových období
10. **čas výkonu** čas výkonu v minutách. Autorská odbornost výkonu je rozhodující pro přiřazení minutové režijní sazby. Celková hodnota minutové režie výkonu se vypočte jako součin času výkonu a minutové režijní sazby příslušné k výkonům dané autorské odbornosti (viz kapitola 7). Čas výkonu vyjadřuje dobu, po kterou je pracoviště prováděním výkonu plně vytíženo.
11. **nositel výkonu** zdravotnický pracovník, který se podílí na provedení výkonu. K výkonu jsou přiřazeny osobní náklady jednoho nositele výkonu, pouze výjimečně více nositelů (operační výkony a podobně).
Je-li nositelem výkonu alespoň jeden lékař nebo jiný vysokoškolský pracovník, nejsou zásadně k výkonu přiřazeny osobní náklady nelékařských zdravotnických pracovníků (jsou obsaženy v úhradě nepřímých nákladů - režii).
12. **čas nositele výkonu** čas, po který je daný zdravotnický pracovník zaměstnán prováděním právě tohoto jediného výkonu
13. **INDX mzdový index nositele** index, který charakterizuje kvalifikaci nositele k provedení výkonu výkonu a obtížnost provedení výkonu

14	body bodová hodnota výkonu	součet všech přímých nákladů na výkon (osobních nákladů nositele výkonu, nákladů na jednoúčelové přístroje a jejich specifickou údržbu, při provedení výkonu přímo spotřebovaný zdravotnický materiál a při provedení výkonu přímo spotřebované léčivé přípravky) kalkulovaný v korunách a vyjádřený v bodech
15	ZUM	zvlášť účtovaný zdravotnický materiál, který lze zvlášť účtovat k výkonu, pokud byl odůvodněně při výkonu spotřebován
16	ZULP	zvlášť účtovaný léčivý přípravek, který lze zvlášť účtovat k výkonu, pokud byl odůvodněně při výkonu spotřebován
17	OD	ošetřovací den
18	ZP	zdravotnické prostředky
19	E	- symbol označuje, že jde o ekonomicky náročnější variantu <u>hrazených služeb</u> podle § 13 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Kapitola 2 Obecná pravidla pro vykazování výkonů

1. VYKAZOVÁNÍ VÝKONŮ

1. Jednou provedený výkon hradí zdravotní pojišťovna pro jednoho pojištěnce pouze jednomu poskytovateli.
2. Pokud není v názvu výkonu, popisu výkonu, v kapitole Další pravidla pro vykazování výkonů či v omezení frekvencí u výkonu uvedeno jinak, hradí zdravotní pojišťovna jednotlivé výkony pro jednoho pojištěnce jednomu poskytovateli v jednom dni pouze jedenkrát. Výkony prováděné na párových orgánech uhradí zdravotní pojišťovna pro jednoho pojištěnce v jednom dni dvakrát, pokud byly provedeny oboustranně, tedy na pravém i levém orgánu, není-li u výkonu stanoveno jinak. Výkony prováděné na jednotlivých zubech uhradí zdravotní pojišťovna pro jednoho pojištěnce v jednom dni jedenkrát na každý zub, na kterém byl výkon proveden.
3. Pouze pokud z důvodu náhlé změny zdravotního stavu pojištěnce dojde k novému ošetření (nová návštěva v ordinaci téhož lékaře nebo návštěva praktického lékaře či pohotovostní služby u pojištěnce) je možno při vyúčtování dalšího ošetření použít odpovídajícího výkonu podle skutečně znovu poskytnutých hrazených služeb.
4. Výkon hradí zdravotní pojišťovna pouze tehdy, byl-li naplněn celý obsah výkonu.
5. Veškeré hrazené služby, které byly vykázány prostřednictvím výkonů včetně ošetřovacích dnů zdravotní pojišťovně, musí být řádně dokumentovány ve

zdravotnické dokumentaci (dále jen „dokumentace“) pojištěnce. Zápis do dokumentace je nedílnou součástí všech výkonů.

6. Výkon může být vykázán pouze tehdy, byl-li proveden úplně. Částečně provedený výkon nemůže být zdravotní pojišťovně vykázán.
7. Výkon nemůže být vykázán, pokud je součástí jiného vykazaného výkonu.
8. Při jedné návštěvě lze vykázat na jednoho pojištěnce pouze jeden výkon klinického vyšetření jedné odbornosti.
9. Pokud poskytovatel vykáže při jedné návštěvě současně dva výkony, které dle seznamu výkonů nemohou být vykazovány společně, je zdravotní pojišťovna oprávněna výkon vykazaný neoprávněně neuhradit.
10. Pokud může být podle seznamu výkonů účtován výkon více než jednou, může být vyúčtován pouze tolikrát, kolikrát byl naplněn celý čas jeho provedení uvedený v seznamu výkonů. Čas zahájení i čas ukončení těchto výkonů je nezbytnou součástí dokumentace pacienta. Pokud nelze čas zahájení a ukončení výkonu z dokumentace jednoznačně určit, uhradí zdravotní pojišťovna výkon v počtu jeden.
11. Při vykazování výkonů souvisejících s transplantací tkání a orgánů dle § 35a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, se omezení frekvencí vztahuje na každého dárce.

2. AUTORSKÁ ODBORNOST

1. Autorská odbornost daného výkonu vyjadřuje, která odborná společnost navrhla výkon a zodpovídá za jeho odborný obsah.
2. V seznamu výkonů uvedené autorské odbornosti nejsou závazné pro smluvní vztah mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.

3. KATEGORIE VÝKONŮ

1. Výkon s kategorií P je z veřejného zdravotního pojištění plně hrazen.
2. Výkon s kategorií W je z veřejného zdravotního pojištění hrazen za určitých podmínek. Pokud není u výkonu uvedeno jinak, je touto podmínkou provedení výkonu ze zdravotní indikace.
3. Výkon s kategorií Z je z veřejného zdravotního pojištění hrazen se souhlasem revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny.

4. OMEZENÍ MÍSTEM

1. Výkon s omezením místem A je hrazen z veřejného zdravotního pojištění pouze pokud byl proveden ambulantně.
2. Výkon s omezením místem H je hrazen z veřejného zdravotního pojištění pouze pokud byl proveden při hospitalizaci, nebo pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta v rámci jednodenní péče na lůžku

3. Výkon s omezením místem S je hrazen z veřejného zdravotního pojištění pouze pokud byl proveden na specializovaném pracovišti.
4. Výkon s omezením místem SA je hrazen z veřejného zdravotního pojištění pouze pokud byl proveden ambulantně na specializovaném pracovišti.
5. Výkon s omezením místem SH je hrazen z veřejného zdravotního pojištění pouze pokud byl proveden při hospitalizaci na specializovaném pracovišti, nebo pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta v rámci jednodenní péče na lůžku.
6. Výkon, u kterého není omezení místem uvedeno, je hrazen z veřejného zdravotního pojištění bez omezení místem provedení.

5. OMEZENÍ FREKVENCÍ

Omezení frekvencí je vztaženo vždy na jednoho pojištěnce, jedno nebo více časových období a jednoho poskytovatele. Pokud je výkon vykázán jedním poskytovatelem na jednoho pojištěnce častěji než je uvedeno v omezení frekvencí, je zdravotní pojišťovna oprávněna výkon uhradit do výše omezení frekvencí, pokud revizní lékař nerozhodne jinak.

Jednotlivá období omezení frekvencí jsou pro účely poskytování hrazených služeb definována následovně:

Týden: za období jeden týden je považována souvislá doba trvající 7 dní

Měsíc: za období jeden měsíc je považována souvislá doba trvající 4 týdny, tj. 28 dnů

3 měsíce, čtvrtletí (1/3 měsíce nebo 1/1 čtvrtletí): za období 1 čtvrtletí se považuje souvislá doba trvající 89 dní. Tolerovaná odchylka od uvedené doby je maximálně 5 dnů.

Rok: za období jeden rok je považována souvislá doba trvající 365 dní. Tolerovatelná odchylka od uvedené doby je maximálně 15 dnů.

6. NOSITELÉ VÝKONŮ

Ve výkonech jsou uvedeny čtyři kategorie nositelů výkonů. Jsou to:

1. lékař, zubní lékař, farmaceut¹⁾
2. klinický psycholog, klinický logoped a fyzioterapeut²⁾
3. jiný vysokoškolsky vzdělaný pracovník ve zdravotnictví²⁾
4. nelékařský zdravotnický pracovník - dále NLZP²⁾

Ve výkonu jsou dále uvedeny časy jednotlivých nositelů a jejich mzdové indexy. Mzdové indexy vyjadřují míru kvalifikace daného nositele.

Dodržení kvalifikace nositele použité v kalkulaci není nutnou podmínkou úhrady výkonu konkrétnímu poskytovateli.

6.1. Indexy lékařů, zubních lékařů a farmaceutů

Pro nositele výkonů - lékaře, zubní lékaře a farmaceuty jsou stanoveny tři stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání - symbol L1, hodnota indexu 1
2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene - symbol L2, hodnota indexu 1,8
Index 2, symbol L2 se použije také u lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, kteří doposud nesplňují podmínky absolvování základního kmene, avšak nejpozději do 31. 12. 2007 byli zařazeni do specializačního vzdělávání.
3. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí - symbol L3, hodnota indexu 3,5

6.2. Indexy klinických psychologů, klinických logopedů, zrakových terapeutů a fyzioterapeutů - VNP

Pro nositele výkonů - klinické psychology, klinické logopedy, zrakové terapeuty a fyzioterapeuty jsou stanoveny tři stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci nelékařského zdravotnického pracovníka s vysokoškolským vzděláním s odbornou způsobilostí k výkonu povolání nebo v případě fyzioterapeuta i bez vysokoškolského vzdělání nebo s vyšším odborným vzděláním - symbol K1, hodnota indexu 1
2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci nelékařského zdravotnického pracovníka s vysokoškolským vzděláním se specializovanou způsobilostí nebo, v případě fyzioterapeuta s osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu - symbol K2, hodnota indexu 2,5
3. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci nelékařského zdravotnického pracovníka s vysokoškolským vzděláním se specializovanou způsobilostí, nebo se zvláštní odbornou způsobilostí, případně s další specializovanou způsobilostí nebo, v případě fyzioterapeuta s osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu a po prokázání zvláštní odborné způsobilosti - symbol K3, hodnota indexu 3,5

6.3. Indexy JOP

Pro nositele výkonů - jiné vysokoškolsky vzdělané pracovníky ve zdravotnictví (JOP) jsou stanoveny dva stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci JOP se získanou odbornou způsobilostí v příslušném oboru a akreditovaným kvalifikačním kurzem se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání - symbol J1, hodnota indexu 1
2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci JOP se specializačním vzděláním - symbol J2, hodnota indexu 2,5

6.4 Indexy NLZP

Pro nositele výkonů - nelékařské zdravotnické pracovníky (NLZP) byly stanoveny tři stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)- symbol S1, hodnota indexu 1,08

2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD) - symbol S2, hodnota indexu 1,8
3. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí - symbol S3, hodnota indexu 2,25
4. Index 4 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka s vysokoškolským vzděláním, v příslušném oboru a se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí - symbol S4, hodnota indexu 2,5 VNP.

7. ZUM A ZULP

7.1. Vykazování ZUM

1. K výkonu může být vykázán zvlášť účtovaný materiál pouze tehdy, pokud je u výkonu uvedena poznámka „ZUM ano“.
2. Jako zvlášť účtovaný materiál (ZUM) může být k výkonu vykázán pouze materiál při provedení výkonu jednoznačně spotřebovaný.
3. Pokud není materiál spotřebován celý, může být k výkonu vykázána jeho poměrná část.

7.2. Vykazování ZULP

1. K výkonu může být vykázán zvlášť účtovaný léčivý přípravek pouze tehdy, pokud je u výkonu uvedena poznámka „ZULP ano“.
2. Transfúzní přípravky, krevní deriváty a radiofarmaka mohou být vykázány jako ZULP bez ohledu na to, zda je u výkonu uvedena poznámka „ZULP ano“.
3. Jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek může být k výkonu vykázán pouze léčivý přípravek při provedení výkonu jednoznačně spotřebovaný.
4. Pokud není léčivý přípravek spotřebován celý, musí být k výkonu vykázána jeho poměrná část.

7.3. Jako ZUM či ZULP nelze vykázat:

1. Léčivé přípravky, zdravotnický materiál a zdravotnické prostředky, které lze předepsat na recept nebo poukaz.
2. Léčivé přípravky a zdravotnický materiál zahrnutý přímo v hodnotě výkonu (hodnota PMAT a PLP) nebo agregované do ošetrovacího dne či výkonů klinických vyšetření.
3. Léčivé přípravky hrazené lékovým paušálem.
4. Léčivé přípravky, zdravotnický materiál a zdravotnické prostředky získané jiným způsobem než nákupem (farmakologické studie, firemní, výzkumné granty, sponzorské dary a podobně)

8. LŮŽKOVÁ PÉČE **(DÁLE JEN „HOSPITALIZACE“)**

8.1. Přijetí k hospitalizaci

Při přijetí pojištěnce k hospitalizaci se vykazuje výkon komplexní vyšetření příslušné odbornosti. Pokud byl pojištěnec u tohoto poskytovatele hospitalizován v posledních třech měsících před přijetím a byl mu při přijetí vykázán výkon klinického vyšetření této odbornosti, lze vykázat pouze cílené vyšetření.

8.2. Propuštění z hospitalizace

Při propuštění pojištěnce z hospitalizace se vykazuje výkon cílené vyšetření příslušné odbornosti.

(8.3. Ošetrovatelský personál)

zrušen vyhláškou č. 467/2012 Sb.

9. NÁVŠTĚVY

Podmínkou vykázání návštěvy je záznam v dokumentaci s uvedením data a času návštěvy.

9.1. Návštěvy praktického lékaře u pacienta

Návštěvy lékaře u pacienta se vykazují zvláštními výkony. Kromě těchto výkonů se vykazují výkony klinických vyšetření a další výkony dle platných pravidel.

Návštěvu praktického lékaře u pacienta lze vykázat následujícími výkony:

1. Návštěva praktického lékaře u pacienta
2. Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19 a 22 hodinou
3. Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22 a 06 hodinou
4. Návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo v den pracovního klidu

Výše uvedené výkony lze, kromě výkonů uvedených v bodě 2 a 3, kombinovat.

9.2. Návštěvy specialistů u pacienta

Návštěvu lékaře u pacienta může kromě praktického lékaře vykázat také jiný ošetrojící lékař, ale pouze pokud je návštěva provedena na základě písemné žádosti praktického lékaře registrujícího pacienta. V případě návštěvy v době od 19 do 06 hodin nebo v den pracovního volna a pracovního klidu musí žádost obsahovat datum a čas návštěvy.

Návštěvu lékaře u pacienta lze vykázat následujícími výkony:

1. Návštěva specialisty u pacienta
2. Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19 a 22 hodinou
3. Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22 a 06 hodinou
4. Návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo v den pracovního klidu

Výše uvedené výkony lze, kromě výkonů uvedených v bodě 2 a 3 kombinovat.

Výkon Návštěva specialisty u pacienta hradí zdravotní pojišťovna pouze tehdy, pokud je návštěva vyžádána praktickým lékařem. Tento výkon lze vykázat i při

návštěvě specialisty v pobytovém zařízení sociálních služeb nebo obdobném prostředí, ale pouze na jednoho obyvatele tohoto zařízení za jeden den.

9.3. Návštěva sestry a fyzioterapeuta

Návštěva sestry se vykazuje výkony autorských odborností 911, 914, 921 a 925.

Návštěva sestry se vykazuje výkony autorských odborností 911 na základě písemné indikace registrujícího praktického lékaře, autorských odborností 902, 914, 921 a 925 na základě písemné indikace ošetřujícího lékaře

Výkon sestry v době od 22 do 06 hodin lze vykázat spolu s provedeným výkonem pouze tehdy, pokud byl proveden na základě písemné indikace ošetřujícího lékaře. Tato indikace musí v tomto případě vždy obsahovat datum a čas provedení výkonu.

Výkon sestry v den pracovního volna nebo v den pracovního klidu lze vykázat spolu s provedeným výkonem pouze tehdy, pokud byl proveden na základě písemné indikace ošetřujícího lékaře. Tato indikace musí v tomto případě vždy obsahovat datum provedení výkonu.

9.4. Čas strávený dopravou

Čas lékaře strávený dopravou za pacientem v rámci návštěvy lze vykázat vždy za každých dokončených 10 minut. Na 1 km vzdálenosti lze vykázat nejvíce 2 minuty času.

10. ADMINISTRATIVNÍ VÝKONY

10.1. Výkonem Podrobný výpis z dokumentace se vykazuje:

činnost registrujícího lékaře spojená s pořízením výpisu z dokumentace při předávání pacienta do péče jiného registrujícího poskytovatele.

10.2. Obsahem výkonu Podrobný výpis z dokumentace je především:

1. prostudování dokumentace pacienta
2. pořízení kopie dokumentace nebo výpisu z dokumentace v rozsahu potřebném pro zajištění kontinuity poskytovaných hrazených služeb
3. zaslání výpisu nově registrujícímu poskytovateli

10.3. Výkonem Administrativní úkony praktického lékaře se vykazuje:

činnost spojená s preventivní, dispensární, diagnostickou nebo léčebnou péčí, pokud probíhá bez klinického vyšetření pacienta a pokud se nejedná o konzultaci praktického lékaře rodinnými příslušníky.

Spolu s výkonem Podrobný výpis z dokumentace a Administrativní úkony praktického lékaře nesmí být ve stejný den vykázány žádné další výkony klinických vyšetření.

10.4. Signální výkony - Informace o vydání Rozhodnutí o vystavení nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti a Rozhodnutí o potřebě nebo ukončení potřeby ošetřování (péče) vykazuje:

ošetřující lékař, který Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti a jejím ukončení nebo Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče) a jejím ukončení vydal.

10.5 Signální výkon pro vykazování ekonomicky náročnější varianty poskytnutých hrazených služeb se vykáže v případě, kdy si pojištěnec zvolil ekonomicky náročnější variantu hrazených služeb a z veřejného zdravotního pojištění je hrazena základní varianta. Signální výkon je proto vykazován souběžně s výkonem, který je označen symbolem „E“ nebo který má symbolem „E“ označen ZUM nebo ZULP.

11. MINIMÁLNÍ KONTAKT

11.1. Výkonem minimální kontakt se vykazuje:

Kontakt lékaře, klinického psychologa nebo klinického logopeda s pacientem před diagnostickým nebo terapeutickým výkonem, pokud nebyl naplněn obsah výkonu kontrolního vyšetření.

11.2. Obsahem výkonu minimální kontakt je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k následující diagnostické nebo léčebné péči
2. zhodnocení subjektivních obtíží ve vztahu k následující diagnostické nebo léčebné péči
3. rozhodnutí o termínu další kontroly
4. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
5. sepsání lékařské zprávy – nálezu včetně předpisu léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků
6. administrativní činnost spojená s výkonem
7. zápis o celém postupu do dokumentace

12. TELEFONICKÉ KONZULTACE

Výkonem Telefonická konzultace lékaře pacientem lze vykázat telefonické kontakty mezi pacientem a lékařem pouze tehdy, pokud bezprostředně souvisí s prevencí, dispenzarizací, diagnostikou nebo léčbou.

Tento výkon lze vykázat, pokud pacient aktivně kontaktuje lékaře, i pokud lékař aktivně kontaktuje pacienta, i pokud dojde k telefonickému kontaktu mezi lékařem a rodinnými příslušníky či zákonnými zástupci pacienta nebo jinými osobami pečujícími o pacienta.

Výkon Telefonická konzultace lékaře pacientem může vykázat pouze ošetřující lékař. Pokud ošetřující lékař není registrujícím lékařem, může tento výkon vykázat pouze tehdy, pokud bezprostředně souvisí s problémem, pro který převzal pacienta do péče.

Pro psychiatrické obory je definován odlišný výkon telefonické informace.

13. POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA

Při pohotovostní službě vykazuje lékař výkony klinických vyšetření odbornosti 001, 002 a 014 vždy v závislosti na věku pacienta. Pokud je pacient mladší 18 let, vykazují se výkony odbornosti 002, v ostatních případech výkony odbornosti 001.

Dále vykazuje všechny skutečně a v celém rozsahu provedené výkony při respektování platných pravidel.

Při pohotovostní službě nelze vykazovat výkony komplexní a opakované komplexní vyšetření.

14. DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Výkony domácí zdravotní péče vykazují poskytovatelé poskytující domácí zdravotní péči.

Výkony domácí zdravotní péče lze vykázat pouze

1. při indikaci registrujícího praktického lékaře nebo registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost.
2. při indikaci ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, a to po dobu nezbytně nutnou, nejvýše však 14 dnů po ukončení hospitalizace.
3. při indikaci ošetřujícího lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní péči, jde-li o pacienta v terminálním stavu

Předpis domácí zdravotní péče registrujícím praktickým lékařem, registrujícím praktickým lékařem pro děti a dorost nebo ošetřujícím lékařem jde-li o pacienta v terminálním stavu má platnost nejvýše 3 měsíce.

15. VÝKONY STATIM

Pokud lékař indikuje provedení výkonu ihned (statim), je nedílnou součástí této indikace záznam v dokumentaci. Výkon je indikován statim pouze z důvodů zdravotních nikoliv technicko- organizačních.

- 1) Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.
- 2) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
- 3) zrušen vyhláškou č. 467/2012 Sb.

Kapitola 3 Výkony klinických vyšetření

Výkony klinických vyšetření jsou základními výkony, kterými poskytovatelé vykazují zdravotním pojišťovnám hrazené služby poskytnuté pojištěncům.

Výkony klinických vyšetření se dělí na komplexní vyšetření, opakované komplexní vyšetření, cílené vyšetření, kontrolní vyšetření a konziliární vyšetření.

Jedná se o výkony, u kterých je v seznamu výkonů v položce kategorie výkonu uvedeno označení „Q - nelze vykázat s klinickým vyšetřením“.

1. VYKAZOVÁNÍ KLINICKÝCH VYŠETŘENÍ

1. Při jedné návštěvě lze vykázat pouze jeden z výkonů klinických vyšetření.
2. S výkony klinických vyšetření nelze kombinovat administrativní výkony a výkon telefonická konzultace, s výjimkou administrativního výkonu Informace o vydání Rozhodnutí o vystavení nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti a Rozhodnutí o potřebě nebo ukončení potřeby ošetřování (péče).
3. U autorských odborností, u kterých existuje více výkonů klinických vyšetření použije vykazující lékař ten výkon, který odpovídá jeho způsobilosti.
4. Výkony klinických vyšetření lze kombinovat s výkony návštěvní služby.

2. KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ

Výkonem komplexní vyšetření se vykazuje:

1. vyšetření pacienta při převzetí do péče všeobecného praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, gynekologa - porodníka a klinického stomatologa
2. vyšetření pacienta při převzetí do pravidelné dlouhodobé péče ambulantního specializovaného lékaře a dále vždy, pokud došlo u konkrétního lékaře k přerušení péče delší než dva roky
3. vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci, pokud hospitalizaci nepředcházela hospitalizace na stejném pracovišti v posledních třech měsících

2.1. Obsahem výkonu komplexní vyšetření je především:

1. podrobná osobní anamnéza včetně rodinné, pracovní a sociální
2. zhodnocení subjektivních obtíží
3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
4. celkové objektivní vyšetření, u praktického lékaře, interních a chirurgických oborů včetně vyšetření per rectum
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, případně rychlosti výdechu peakflowmetrem
6. základní orientační preventivní onkologické vyšetření
7. diagnostická rozvaha a závěr
8. rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně vyžádání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření
9. rozhodnutí o léčebném postupu, včetně předpisu léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků
10. provedení drobného léčebného výkonu
11. rozhodnutí o termínu další kontroly

12. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
13. psychoterapeutický pohovor
14. individuální zdravotní výchova
15. edukace pacienta
16. sepsání lékařské zprávy - nálezu
17. administrativní činnost spojená s výkonem, povinná hlášení, poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko - léčebnými postupy
18. zápis o celém postupu do dokumentace

3. OPAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ

Opakované komplexní vyšetření může vykazovat pouze všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost a klinický stomatolog.

3.1. Výkonem opakované komplexní vyšetření se vykazuje

preventivní prohlídka provedená všeobecným praktickým lékařem nebo praktickým lékařem pro děti a dorost nebo klinickým stomatologem.

3.2. Obsahem výkonu opakovaného komplexního vyšetření je především:

1. podrobná osobní anamnéza včetně rodinné, pracovní a sociální s důrazem na změny od minulého komplexního nebo opakovaného komplexního vyšetření
2. zhodnocení subjektivních obtíží
3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
4. celkové objektivní vyšetření, u praktického lékaře včetně vyšetření per rectum, u praktického lékaře pro děti a dorost orientační vyšetření smyslů a psychomotorického vývoje
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, případně rychlosti výdechu peakflowmetrem
6. základní orientační preventivní onkologické vyšetření
7. diagnostická rozvaha a závěr
8. rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně vyžádání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření
9. rozhodnutí o léčebném postupu, včetně předpisu léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků
10. provedení drobného léčebného výkonu
11. rozhodnutí o termínu další kontroly
12. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
13. psychoterapeutický pohovor
14. individuální zdravotní výchova
15. edukace pacienta
16. sepsání lékařské zprávy - nálezu

17. administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně), poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko - léčebnými postupy
18. zápis o celém postupu do dokumentace.

4. CÍLENÉ VYŠETŘENÍ

4.1. Výkonem cílené vyšetření se vykazuje:

1. vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem zaměřené na subjektivní obtíže
2. vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem v pravidelné péči při významné změně průběhu choroby
3. dispensární vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem
4. přijetí pacienta k hospitalizaci, pokud od poslední hospitalizace na stejném oddělení neuplynulo více jak tři měsíce
5. propuštění pacienta z hospitalizace
6. vyšetření pacienta spojené s vystavením návrhu na komplexní a příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči nebo na pobyt v ozdravovně
7. předoperační vyšetření pacienta
8. preventivní prohlídka gynekologická

4.2. Obsahem výkonu cíleného vyšetření je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k subjektivním potížím pacienta vztahujícím se k danému vyšetření nebo k požadavku odesílajícího lékaře
2. zhodnocení subjektivních obtíží
3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
4. objektivní vyšetření zaměřené k subjektivním potížím pacienta (vztahujícím se k danému vyšetření) nebo k požadavku odesílajícího lékaře
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti výdechu peakflowmetrem pokud je ve vztahu k subjektivním potížím pacienta nebo k požadavku odesílajícího lékaře
6. základní orientační preventivní onkologické vyšetření
7. diagnostická rozvaha a závěr
8. rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně předepsání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření
9. rozhodnutí o léčebném postupu, včetně předpisu léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků
10. provedení drobného léčebného výkonu
11. rozhodnutí o termínu další kontroly
12. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
13. psychoterapeutický pohovor
14. individuální zdravotní výchova
15. edukace pacienta
16. sepsání lékařské zprávy - nálezu

17. administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně), poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko - terapeutickými postupy
18. zápis o celém postupu do dokumentace

5. KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ

5.1. Výkonem kontrolní vyšetření se vykazuje:

1. vyšetření pacienta, kdy ošetřující lékař kontroluje průběh nebo výsledek léčby
2. vyšetření pacienta při ukončení léčby ošetřujícím lékařem
3. vyšetření pacienta při ukončení Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem
4. vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem v průběhu stabilizované choroby
5. vyšetření pacienta před poskytnutím léčebného úkonu

5.2. Obsahem výkonu kontrolního vyšetření je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k průběhu nebo výsledku léčby
2. zhodnocení subjektivních obtíží a jejich změn
3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
4. objektivní vyšetření zaměřené k průběhu nebo výsledku léčby
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti výdechu peakflowmetrem pokud je ve vztahu k průběhu choroby nebo výsledku léčby
6. diagnostická rozvaha a závěr, popřípadě vyžádání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření, včetně předpisu léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků
7. rozhodnutí o termínu další kontroly
8. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
9. psychoterapeutický pohovor
10. individuální zdravotní výchova
11. edukace pacienta
12. sepsání lékařské zprávy - nálezu
13. administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně)
14. zápis o celém postupu do dokumentace

6. KONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ

Konziliární vyšetření se vykazuje stejným výkonem jako cílené vyšetření příslušné odbornosti.

Ošetřující lékař nemůže vykázat konziliární vyšetření.

6.1. Konziliárním vyšetřením se vykazuje:

Vyšetření pacienta vyžádané ošetřujícím lékařem v rozsahu potřebném pro získání diagnostického závěru - odpovědi na otázku položenou odesílajícím ošetřujícím lékařem.

6.2. Obsahem konziliárního vyšetření je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k subjektivním potížím pacienta vztahujícím se k danému vyšetření nebo k požadavku odesílajícího lékaře
2. zhodnocení subjektivních obtíží
3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
4. objektivní vyšetření zaměřené k subjektivním potížím pacienta (vztahujícím se k danému vyšetření) nebo k požadavku odesílajícího lékaře
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti výdechu peakflowmetrem pokud je ve vztahu k subjektivním potížím pacienta nebo k požadavku odesílajícího lékaře
6. základní orientační preventivní onkologické vyšetření
7. diagnostická rozvaha a závěr
8. rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu včetně předepsání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření v rozsahu potřebném k získání diagnostického závěru - odpovědi na otázku položenou odesílajícím ošetřujícím lékařem
9. doporučení léčebného postupu případně včetně předpisu léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků
10. doporučení termínu další kontroly nebo předání do péče
11. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
12. psychoterapeutický pohovor
13. individuální zdravotní výchova
14. edukace pacienta
15. sepsání lékařské zprávy - nálezu
16. administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně), poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko - terapeutickými postupy
17. zápis o celém postupu do dokumentace.

Kapitola 4

Další pravidla pro vykazování výkonů řazená podle jednotlivých autorských odborností

1. 001 - VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ

Výkon
číslo název

01445 Stanovení glykovaného hemoglobinu HbA1c v ambulanci

nelze vykazovat, pokud je odebírána venosní krev za účelem biochemického vyšetření.

Další povolené odbornosti: 101, 103 a 104

Pro vykazování výkonu se použijí podmínky stanovené u výkonu číslo 02230 obdobně.

2. 002 - PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ PRO DĚTI A DOROST

Výkon
číslo název

02230 Kvantitativní stanovení CRP (POCT)

Ize vykazovat jen při doložené účasti na úvodním odborném certifikovaném školení o této metodě pořádaném na akreditovaném pracovišti ve spolupráci odborných společností a pracovišť zajišťujících postgraduální vzdělávání dle jednotné metodiky. Při provádění výkonu bude respektováno Doporučení odborných společností o provádění laboratorních vyšetření v režimu POCT a bude zajištěna vnitřní kontrola kvality, včetně řádně vedeného záznamu o ní a účast v systému mezilaboratorních porovnávacích zkoušek (externí hodnocení kvality).

3. 014 - KLINICKÁ STOMATOLOGIE

Při návštěvě, která byla plánována v rámci předchozího klinického vyšetření nelze vykázat další výkon klinického vyšetření.

3.1 Kombinace výkonů

Výkony
číslo název

04010 Komplexní vyšetření klinickým stomatologem
04060 Stomatologické ošetření registrovaného pacienta do 6 let věku
04061 Stomatologické ošetření registrovaného pacienta ve věku od 6 do 12 let
04062 Stomatologické ošetření registrovaného pacienta ve věku od 12 do 18 let

nelze vykazovat současně.

Výkony
číslo název

04640 Chirurgické vybavení zubu nekomplikované
04650 Chirurgické vybavení zubu komplikované
04710 Sutura extrakční rány - na zub
04720 Stavění pozdního postextrakčního krvácení

nelze vykazovat současně při provedení na stejném zubu.

4. 015 - ORTODONCIE

4.1 Kombinace výkonů

Výkony
číslo název

05021 Ortodontická kontrola I. typ
05029 Ortodontická kontrola II. typ

lze vykazovat nejvíce třikrát v jednom kalendářním čtvrtletí po dobu aktivní léčby, nejvíce však jednou v jednom kalendářním čtvrtletí po dobu retence a před aktivní léčbou.

5. 101 - VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ

Výkony výživy
číslo název

11501 Enterální výživa
11502 Pitná a žaludeční definovaná výživa
11503 Speciální enterální výživa (oligopeptidická)
11504 Doplnková parenterální výživa
11505 Speciální parenterální výživa
11506 Plnohodnotná parenterální výživa

nelze v jednom dni vykazovat současně, lze vykázat nejvýše jeden výkon výživy na jednoho pacienta a jeden den.

6. 102 - ANGIOLOGIE

Výkon
číslo název

12220 Dopplerovské vyšetření periferních tepen nebo žil (na jedné končetině)

nelze vykazovat současně s výkonem

číslo název

09141 UZ Dopplerovské vyšetření cév bez B zobrazení

89515 UZ duplexní vyšetření pouze jedné cévy, tj. morfologické a Dopplerovské

89517 UZ duplexní vyšetření dvou a více cév, tj. morfologické a Dopplerovské

Výkony pletysmografické nelze vykazovat současně.

7. 104 - ENDOKRINOLOGIE

7.1 Dynamické testy

Všechny dynamické testy v endokrinologii se vykazují výkonem

číslo název

14110 Dynamické testy v endokrinologii

Výkon dynamické testy v endokrinologii lze vykázat u jednoho pacienta nejvýše dvakrát za jeden den.

Výkon dynamické testy v endokrinologii lze vykázat pro každý test pouze jednou za jedno čtvrtletí.

Výkonem dynamické testy v endokrinologii se vykazují:

1. test s clonidinem
2. test s cholinergikem
3. synactenový test
4. adiuretinový test
5. clonidinový supresní test
6. glukagonový test
7. test s růstovým hormonem
8. test s infúzí hypertonického roztoku soli
9. test s inzulínovou provokací
10. i. v. glukózový toleranční test
11. pentagastrinová stimulace kalcitoninu
12. argininový test
13. dexamethazonový test

8. 105 - GASTROENTEROLOGIE

8.1 Zátěžový test v gastroenterologii

Všechny zátěžové testy v gastroenterologii se vykazují výkonem

číslo název

15130 Diagnostický test v gastroenterologii

Ve výkonu zátěžový test v gastroenterologii není zahrnuta případná parenterální aplikace, odběr krve, zavedení sondy. Tyto činnosti lze vykázat samostatným výkonem. Testovací látky lze vykázat jako ZUM.

Výkon zátěžový test v gastroenterologii je možno vykázat pouze jeden v jednom dni.

Výkon zátěžový test v gastroenterologii je možno pro jeden test opakovat nejvíce jedenkrát za čtvrtletí.

Výkonem zátěžový test v gastroenterologii se vykazují:

1. vyšetření žaludečního chemismu
2. pankreozymín - sekretinový test
3. paba test
4. xylosový test
5. test s vitamínem A
6. tolbudamidový test

9. 107 - KARDIOLOGIE

9.1 Indikace

Výkon

číslo název

17129 Neinvasivní ambulantní monitorování krevního tlaku

Ize zpravidla vykázat u pacienta u kterého je:

1. podezření na rezistentní hypertenzi
2. podezření na epizodickou hypertenzi
3. podezření na fenomén bílého pláště
4. podezření na hypotenzní stavy
5. podezření na diabetickou vegetativní dysautonomii
6. podezření na maskovanou hypertenzi
7. třeba ověřit účinnost změny léčby (max. 3krát za rok)

Závěrečné hodnocení AMTK obsahuje:

1. Vyhodnocení 24 hod. průměrného krevního tlaku, posouzení jeho odchylky od normy.
2. Vyhodnocení průměrného denního a nočního krevního tlaku, posouzení jejich event. abnormality.
3. Posouzení diurnálního rytmu krevního tlaku.
4. Posouzení přítomnosti významných hypertenzních peaků, event. jejich korelace se subjektivními potížemi pacienta.
5. Posouzení přítomnosti event. fenoménu bílého pláště.
6. Doporučení týkající se stávající léčby hypertenze.

9.2 Kombinace výkonů

Výkony

číslo název

17299 Levostranná katetrizace srdeční
17303 Pravostranná katetrizace srdeční mimo katetrizační sál
17300 Pravostranná katetrizace srdeční na katetrizačním sále
17302 Oboustranná katetrizace srdeční

nelze vykazovat současně.

Výkon

číslo název

17127 Endomyokardiální biopsie transvaskulární

je možné kombinovat se všemi výkony katetrizace srdce.

Výkony

číslo název

17320 Akutní test parenterálních farmak stimulací síní a nebo komor při již zavedené elektrodě (při novém zavedení elektrody nutno přičíst výkon dočasná srdeční stimulace)
17231 Endokardiální mapování akcesorní dráhy nebo arytmogenního fokusu

mohou být vykázány pouze s výkony

číslo název

17123 Elektrogram Hissova svazku, vzestupná stimulace síní a komor, s hodnocením ante- a retrográdního vedení a zotavovací doby sinusového houzlu

nebo

číslo název

17234 Programovaná stimulace síní a/nebo komor, testování elektrické stability myokardu (Přičítá se výkon Elektrogram Hissova svazku)

Výkon

číslo název

17244 24 hodinové telemetrické sledování mimo JIP
17303 Pravostranná katetrizace srdeční mimo katetrizační sál
17250 Zavedení esofageální elektrody včetně registrace EKG
17252 Transesofageální stimulační EKG test

nelze vykazovat současně s ošetrovacími dny resuscitační a intenzivní péče.

Výkon

číslo název

17115 Koronární aterectomie včetně rotační

nelze vykazovat současně s výkony angiografie.

10. 108 - NEFROLOGIE

Výkony

číslo název

18521 Akutní hemodialýza
18522 Chronická hemodialýza
18530 Hemofiltrace
18550 Hemodiafiltrace
18511 Akutní peritoneální dialýza

nelze vykazovat současně v jednom dni u jednoho pacienta.

11. 109 - REVMATOLOGIE

V případě pulzní léčby kortikoidy za hospitalizace lze odůvodněně podané kortikoidy vykazovat jako ZULP k výkonu ošetrovacího dne. Za pulzní léčbu kortikoidy je pro tyto účely pokládána léčba dávkami přesahujícími ekvivalent 500 mg Hydrocortisonu na den a 1,7 m² tělesného povrchu.

12. 205 - PNEUMOLOGIE A FTIZEOLOGIE

Výkon
číslo název

25213 Spirometrie (obvykle metodou průtok - objem)

nelze vykazovat současně s ošetřovacími dny resuscitační a intenzivní péče.
Vyšetření výdechové rychlosti peakflowmetrem je součástí klinického vyšetření.

12.1 Bronchoskopie

Bronchoskopické diagnostické a terapeutické úkony lze vykázat především výkony

číslo název

25111 Rigidní bronchoskopie diagnostická nebo terapeutická včetně premedikace
25113 Flexibilní bronchoskopie diagnostická nebo terapeutická včetně
premedikace

K výše uvedeným výkonům bronchoskopie lze dále dle skutečně provedeného
zákroku

vykázat další výkony:

číslo název

25115 Odstranění cizího tělesa z dolních dýchacích cest při rigidní
bronchoskopii
25117 Cílená aspirace endobronchiálního materiálu nebo kartáčková (brush)
biopsie
25119 Bronchoalveolární laváž
25121 Endobronchiální excize
25122 Perbronchiální punkce
25118 Transbronchiální plicní biopsie
25123 Instilace léčebných a diagnostických přípravků do dolních dýchacích cest
25125 Endobronchiální laserový výkon á 20 min.
25127 Použití kryoterapie při bronchoskopii á 20 min.
25321 Zavedení afterloadingových sond nebo balónkových sond nebo cévek k
provedení bronchografie
25131 Aplikace, repozice či extrakce endobronchiální protézy - stentu á 20 min.

Výkony uvedené v předchozím odstavci lze k základnímu výkonu bronchoskopie
vykázat pouze tehdy, byl-li naplněn jejich obsah a zároveň, pokud celkový čas
zákroku přesáhl čas základního výkonu. Další výkony (stejně nebo jiné) z výkonů
uvedených v předchozím odstavci lze dále přičíst, pokud celkový čas zákroku
dosáhl součtu časů základního a všech přičítaných. Výkony lze tedy vykázat pouze
tehdy, byl-li úplně naplněn jejich čas.

Pokud z důvodů nenaplnění času nelze výkon vykázat, i když byl skutečně
proveden, lze k základnímu výkonu bronchoskopie vykázat skutečně spotřebovaný

ZUM nebo ZULP uvedený u příslušného výkonu.

12.2 Spirometrie

Orientační spirometrie může být vykázána pouze tehdy, byla-li provedena lékařem (byl naplněn obsah výkonu), zápis v dokumentaci je nutný.

Ostatní výkony funkčních vyšetření v autorské odbornosti TRN mohou být vykázány pouze na základě písemné indikace ošetřujícího lékaře nebo lékaře provádějícího odpovídající konziliární vyšetření.

13. 222 - TRANSFÚZNÍ LÉKAŘSTVÍ

13.1 Výkony imunoadsorpce

Indikační kritéria jsou zejména:

- Homozygotní familiární hypercholesterolémie
- Izolovaná nebo převažující hypercholesterolémie v primární nebo sekundární prevenci
- Dilatační kardiomyopatie
- Primární i sekundární trombotická trombocytopenická purpura
- Transplantace kmenových krvetvorných buněk inkompatibilní ve skupinovém systému povrchových znaků červených krvinek AB0
- Hemofilie A a B s inhibitorem proti f. VIII nebo IX.
- Idiopatická trombocytopenická purpura
- Aloimunní trombocytopenie
- Myasthenia gravis
- Pemphigus
- Transplantace solidních orgánů v případě inkompatibility v systému povrchových znaků červených krvinek AB0 nebo rejekce štěpu.
- Adsorpce fibrinu a fibrinogenu ve všech případech, kde dochází k závažné poruše mikrocirkulace refrakterní na standardní léčebné postupy s důsledky pro zdraví pacienta (např. náhlá ztráta sluchu, úporný ulcus cruris, degenerace makuly s těžkou poruchou zraku, apod.

14. 301 - DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ

Výkon

číslo název

31050 Nutná spolupráce dětského lékaře při náročných RTG nebo jiných
 vyšetřeních

Ize vykazovat pouze v době ústavní pohotovostní služby.

15. 302 - DĚTSKÁ KARDIOLOGIE

Podmínkou pro vykázání výkonu

číslo název

32610 Srdeční katetrizace u dítěte do 1 roku

32620 srdeční katetrizace u dítěte do 6 let

je vybavení pracoviště dvouprojekčním RTG přístrojem. Tyto výkony nelze vykazovat současně.

16. 304 - NEONATOLOGIE

Vyšetření novorozence po porodu se vykazuje výkonem

číslo název

31022 Cílené vyšetření dětským lékařem

autorské odbornosti 301.

Vyšetření novorozence při propuštění se vykazuje výkonem

číslo název

31021 Komplexní vyšetření dětským lékařem

autorské odbornosti 301.

Výkon

číslo název

34310 Katetrizace umbilikální tepny nebo žíly

nelze vykazovat současně s ošetrovacími dny resuscitační a intenzivní péče.

17. 309 - SEXUOLOGIE

17.1 Vyšetření plodnosti

Vyšetření plodnosti se vykazuje výkonem

číslo název

39022 Cílené vyšetření sexuologem

17.2 Kombinace s výkony psychoterapie

S výkony klinických vyšetření nelze vykázat výkony psychoterapie.

18. 402 - KLINICKÁ ONKOLOGIE

Ve výkonech autorské odbornosti klinická onkologie je lokální anestézie zakalkulována ve výkonech, a proto s výkony této autorské odbornosti nelze vykazovat výkony lokální anestézie.

19. 403 - RADIAČNÍ ONKOLOGIE

Ve výkonech autorské odbornosti radioterapie je lokální anestézie zakalkulována ve výkonech, a proto s výkony této autorské odbornosti nelze vykazovat výkony lokální anestézie.

19.1 Kombinace výkonů

Výkony autorské odbornosti 403 - radiační onkologie nelze v jednom dni u jednoho pacienta vykazovat současně.

19.2 Plánování radioterapie.

Výkony plánování radioterapie nelze vykazovat současně v jednom cyklu léčby.

Jedná se o výkony:

číslo název

43113 Plánování RTG terapie nebo Cs 137
43217 Plánování radioterapie Co 60 nebo urychlovačem
43219 Plánování radioterapie Co 60 nebo urychlovačem s použitím TPS (plánovací
 konsola)
43423 Plánování brachyterapie
43425 Plánování brachyterapie s použitím TPS (plánovací konsola)

19.3 Kombinace výkonů s OD resuscitační a intenzivní péče

Spolu s výkony brachyterapie nelze vykazovat OD intenzivní a resuscitační péče.

Jedná se o výkony:

číslo	název
43421	Brachyterapie intrakavitární
43419	Brachyterapie intrakavitární s automatickým afterloadingem HDR
43417	Brachyterapie intersticiální manuální
43415	Brachyterapie intersticiální s automatickým afterloadingem HDR

20. 404 - DERMATOVENEROLOGIE

Výkon

číslo	název
44007	Venerologické epidemiologicko-psychologické šetření a depistáž sexuálně přenosných chorob

Ize vykázat pouze při nově zjištěném onemocnění pohlavně přenosnou chorobou.

Výkon

číslo	název
44211	Manuální lymfodrenáž

mohou vykazovat také fyzioterapeuti.

21. 407 - NUKLEÁRNÍ MEDICÍNA

Výkony autorské odbornosti 407 - nukleární medicína nelze vykázat současně s výkony jakékoli aplikace, ani s výkonem minimální kontakt.

Výkony

číslo	název
47021	Komplexní vyšetření odborníkem v nukleární medicíně
47022	Cílené vyšetření odborníkem v nukleární medicíně
47023	Kontrolní vyšetření odborníkem v nukleární medicíně

nelze vykázat současně s jinými výkony autorské odbornosti 407 - nukleární medicína.

Výkony

číslo	název
47125	Kardioangiografie First Pass
47133	Radionuklidová ventrikulografie klidová

Ize vykázat dvakrát v jednom dni na jednoho pacienta pouze v kombinaci se zátěžovým testem. Výkon nelze vykázat současně s výkony kvantifikace dynamického, resp. tomografického vyšetření.

K výkonu
číslo název

47129 Perfúzní scintigrafie myokardu v klidu

Ize při opakování klidového vyšetření v jednom kalendářním dni vykázat ZULP pouze jednou.

22. 501 - CHIRURGIE

22.1 Peroperační použití sonografu

Peroperační použití sonografu chirurgem se vykazuje stejnojmenným výkonem.

Výkon
nelze v jednom dni u jednoho pacienta opakovat.

Výkon
číslo název

51611 Peroperační použití sonografu chirurgem

nelze vykazovat současně s jiným výkonem sonografického vyšetření.

22.2 Exenterace pánevních orgánů

Výkonem
číslo název

51810 Exenterace pánevních orgánů

se vykazuje přední, zadní i totální exenterace.

22.3 Laparoskopie a thorakoskopie

Laparoskopické a thorakoskopické diagnostické a terapeutické výkony v chirurgii, v hrudní chirurgii a v gynekologii se vykazují výkonem

číslo název

51711 Výkon laparoskopický a torakoskopický

Tento výkon nelze kombinovat s výkonem

číslo název

51713 Diagnostická videolaparoskopie a videotorakoskopie

Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) lze vykázat jednou v následujících případech:

1. cílená punkce orgánu nebo ložiska
2. cílený odběr biopsie
3. laváž a odsátí dutiny peritoneální
4. lýza adhezí přes 10 cm²
5. lepení orgánu
6. cholangiografie
7. subfasciální ligace žilních spojek
8. jejunostomie
9. endosonografie
10. koagulace v malé pánvi
11. odstranění endometriózy prvního a druhého stupně
12. sterilizace
13. punkce oocytu
14. přenos gamet nebo embryí do vejcovodu

Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) lze v jeden den vykázat nejvíce dvakrát v případech:

1. výkon na lymfatickém systému
2. appendektomie
3. hernioplastika jednostranná primární
4. esofagokardiomyotomie
5. revize žlučových cest
6. destrukce nádoru nebo metastáz
7. resekce Meckelova divertiklu
8. lokální excize z jater
9. bederní sympatektomie
10. choledocholithotomie
11. resekce ovaria
12. enukleace jednoduché cysty
13. salpingotomie lineární
14. salpingektomie
15. ovarektomie
16. adnexektomie
17. salpingo (fimbrio) ovariolýza
18. myomektomie do 5 cm subserózní, pedunkulovaný myom do 5 cm
19. sutura dělohy po iatrogenní perforaci
20. extrakce cizího tělesa z dutiny břišní
21. transekce sakrouterinních vazů
22. ventrosuspense dle Gilliam-Schautaovariopexe, ovariální dekapsulace (drilling)
23. drenáž abscesu
24. adheziolýza prvního stupně

Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) lze v jeden den vykázat nejvíce třikrát v případech:

1. cholecystektomie prostá

2. appendektomie při peritonitidě
3. revize při peritonitidě nejasného původu nebo při traumatu
4. sutura perforovaného vředu gastroduodena
5. kolostomie
6. antirefluxní plastika
7. hernioplastika recidivující kýly
8. lymfadenektomie pánevní
9. trunkální vagotomie
10. transrektální endoskopická operace
11. evakuace hematomu nebo empyemu plic
12. sympatektomie jednostranná hrudní
13. supracervikální hysterektomie (LSH) - děloha menší než gravidita 12 týdnů nebo váhy 400 gramů
14. laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) - děloha menší než gravidita 12 týdnů nebo váhy 400 gramů
15. neostomie a fimbrioplastika
16. plikace obličejových vazů helikoidním stehem - ventrosuspense
17. obliterace Douglasova prostoru dle Moschowitze
18. odstranění endometriózy třetího stupně, ovariální endometriomata
19. adheziolýza druhého stupně
20. laparoskopická operace varikokély

Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) lze v jeden den vykázat nejvíce čtyřikrát v případech:

1. hernioplastika oboustranná primární
2. sutura střeva jako samostatný výkon
3. revize při akutní pankreatitidě a drenáž abscesu
4. lymfadenektomie paraaortální
5. klínovitá resekce plic
6. enukleace tumoru plic
7. pleurektomie abraze
8. laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) - děloha větší než gravidita 12 týdnů nebo váhy 400 gramů
9. supracervikální hysterektomie (LSH) - děloha větší než gravidita 12 týdnů nebo váhy 400 gramů
10. adheziolýza třetího stupně
11. resekce pánevního abscesu
12. závěsná operace pro inkontinenci
13. myomektomie nad 5 centimetrů subserózní a intramurální
14. laparoskopická operace retinovaného varlete - pouze po schválení revizním lékařem

Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) lze v jeden den vykázat nejvíce pětkrát v případech:

1. anastomosa na trávicím traktu jako samostatný výkon
2. fundoplikace
3. bandáž žaludku
4. supraseduktivní vagotomie
5. gastroenterocystoanastomóza podle Jurasze
6. adrenalectomie

7. resekce tenkého střeva
8. totální laparoskopická hysterektomie (TLH)
9. extenzivní adheziolýza čtvrtého stupně
10. mikrochirurgická reanastomosa tuby
11. mikrochirurgická neostomie nebo fimbriolýza
12. disekce ureteru

Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) lze v jeden den vykázat nejvíce šestkrát v případech:

1. resekce tlustého střeva
2. ezofagokardiomyotomie s fundoplikací
3. nefrektomie
4. odstranění tumoru mediastina
5. dekortikace plíce
6. pneumonektomie
7. lobektomie plic
8. bilobektomie plic
9. pánevní lymfadenektomie
10. závěsná operace pro vaginální prolaps
11. závěsná operace sítkou pro prolaps dělohy

Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) lze v jeden den vykázat nejvíce sedmkrát v případech:

1. resekce žaludku B1
2. resekce jater
3. paraaortální lymfadenektomie
4. laparoskopická operace neovaginy

Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) lze v jeden den vykázat nejvíce osmkrát v případech:

1. resekce žaludku BII
2. nízká přední resekce rekta
3. splenektomie
4. laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie nebo totální laparoskopická hysterektomie a pánevní lymfadenektomie
5. laparoskopicky asistovaná radikální vaginální hysterektomie a pánevní lymfadenektomie

Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) lze v jeden den vykázat nejvíce devětkrát v případech:

1. totální gastrektomie
2. radikální hysterektomie typu Wertheim a pánevní lymfadenektomie
3. laparoskopická lymfadenektomie radikální paraaortální a parakavální

Pokud je Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) vykazován opakovaně, je nutno dbát obecného pravidla: výkon může být vykázán pouze tehdy, byl-li proveden v celém rozsahu, tedy i v celém čase. Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) lze vykázat podruhé teprve tehdy, byl-li naplněn požadavek dvojnásobku času.

Pokud je proveden takový laparoskopický diagnostický nebo terapeutický výkon v chirurgii, který není ve výše uvedeném seznamu, vykáže pracoviště Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) v počtu odpovídajícím reálnému odůvodněnému trvání provedeného výkonu.

Čas zahájení i čas ukončení výkonu Výkon laparoskopický a thorakoskopický (číslo 51711) je nezbytnou součástí dokumentace pacienta (operační vložky). Pokud nelze čas zahájení a ukončení výkonu z dokumentace jednoznačně určit, uhradí zdravotní pojišťovna výkon v počtu jeden.

22.4 Výkony sdílené jinou odborností

Výkony

číslo název

51231 Biopsie mammy jehlou, jedna i více
51233 Excize tumoru mammy nebo odběr tkáně pro biopsii
51235 Parciální nebo klínovitá resekce mammy s biopsií nebo bez nebo mastektomie jednoduchá
51237 Klínovitá resekce mammy s radikálním odstraněním axilárních uzlin nebo mastektomie radikální
51239 Radikální extirpace axilárních nebo inguinálních uzlin

mohou vykazovat také pracoviště gynekologická.

Výkon

číslo název

51850 Převaz rány metodou V. A. C. založené na metodě kontrolovaného podtlaku

mohou vykazovat též lůžková diabetologická oddělení spojená s podiatrickými ambulancemi v indikaci syndromu diabetické nohy

Výkon

číslo	název
51881	Multidisciplinární indikační seminář k určení optimálního způsobu léčby u pacientů se zhoubnými solidními nádory

mohou vykazovat také ostatní pracoviště, jajeichž ošetřující lékař se účastní tohoto multidisciplinárního semináře.

22.5 Sternotomie, thorakotomie

Výkon

číslo název

55250 Sternotomie, torakotomie

nelze vykazovat s jiným operačním výkonem na hrudníku. Tento výkon je do ostatních operačních výkonů na hrudníku zahrnut.

23. 506 - NEUROCHIRURGIE

23.1 Prodloužení operace

Prodlouženou dobu operačního výkonu lze v neurochirurgii vykázat výkonem

číslo název

56178 Prodloužení výkonu kraniotomie a resekce, případně lobektomie pro tumor či metastázu

Tento výkon lze vykázat tehdy, pokud doba operace překročila čas výkonu alespoň o 30 minut. Výkon lze vykázat opakovaně pouze tehdy, pokud doba prováděné operace překročila čas výkonu operace o 240 minut, tedy za každý dokončený čas výkonu.

23.2 Kranioplastika

Výkon

číslo název

56135 Kranioplastika akrylátová, plexisklová, kovová nebo kostní ploténkou

nelze vykazovat spolu s jiným nitrolebním operačním výkonem. Pokud je v rámci takového výkonu kranioplastika provedena, lze vykázat pouze odpovídající ZUM.

ZUM k operačním výkonům lze vykazovat pouze ve skutečně spotřebovaném množství, nikoli v násobcích při násobcích výkonů.

Výkon

číslo název

56113 Intrakraniální durální rekonstrukce

nelze vykazovat současně s jinými nitrolebními operačními výkony.

24. 601 - PLASTICKÁ CHIRURGIE

24.1. Ošetření a převaz a speciální výkony.

Výkony autorské odbornosti 601 bez omezení místem lze vykazovat pouze při provedení na operačním sálku.

Výkon
číslo název

61447 Exstirpace žlázy z periareolárního řezu u gynekomastie

Ize vykazovat pouze na základě indikace endokrinologa.

Pokud je ošetření defektu vykázáno jiným výkonem, nelze současně vykázat výkon

číslo název

51818 Ošetření a převaz rány, kožních a podkožních afekcí nad 30 cm²
09237 Ošetření a převaz rány včetně ošetření kožních a podkožních afekcí do 10
cm²
09241 Ošetření a převaz rány, kožních a podkožních afekcí 10 cm² - 30 cm²

Výkony
číslo název

61113 Revize, excize a sutura poranění kůže a podkoží a případně fascie 5 – 10
cm
61115 Revize, excize a sutura poranění kůže a podkoží a případně fascie nad 10
cm

nelze vykazovat současně s jinými operačními výkony ve stejné lokalizaci. Výkony
Ize vykázat pouze při provedení výplachu rány sterilním roztokem a přiložení
obkladu.

Výkony
číslo název

61113 Revize, excize a sutura poranění kůže a podkoží a případně fascie 5 – 10
cm
61123 Excize kožní léze od 2 do 10 cm², bez uzavření vzniklého defektu
61125 Excize kožní léze nad 10 cm², bez uzavření vzniklého defektu
61129 Excize kožní léze, sutura od 2 do 10 cm
61131 Excize kožní léze, sutura více než 10 cm

nelze vykazovat současně s výkony klinických vyšetření mimo výkon minimální
kontakt.

Výkony
číslo název

61211 Rekonstrukce šlachového poutka
61213 Implantace silikonu při defektu šlachy
61215 Rekonstrukce šlachy flexoru štěpem
61217 Transpozice šlachy flexoru
61219 Tenolýza extenzoru

61221 Rekonstrukce extenzorového aparátu prstu ruky

Ize vykazovat jedenkrát na každý operační přístup.

Výkony

číslo název

61231 Implantace umělého MP nebo IP kloubu
61235 Arthrodéza MP nebo IP kloubu
61239 Distrakce falangy nebo metakarpu
61245 Fenestrace šlachové pochvy

Ize vykazovat jedenkrát na každý prst.

24.2. Výkony sdílené jinou odborností

Výkony

číslo	název
61123	Excize kožní léze od 2 do 10 cm ² , bez uzavření vzniklého defektu
61129	Excize kožní léze, sutura od 2 do 10 cm ²
mohou vykazovat také pracoviště dermatovenerologická.	

Výkony

číslo	název
61111	Primární ošetření traumatické tetováže á 20 min.
61133	Radikální excize maligního melanoblastomu
61169	Transpozice muskulárního laloku
61311	Velofaryngofixace
mohou vykazovat také pracoviště otorinolaryngologická.	

25. 602 - POPÁLENINOVÁ MEDICÍNA

25.1 Ošetření a převaz popálenin

Ošetření a převaz popálenin Ize vykázat výkony:

číslo název

62100 Převaz popáleniny v rozsahu do 1 %
62120 Popáleniny - ošetření a převaz (nos, tvář, ret, ucho, skalp, krk, víčko)
62140 Popáleniny - ošetření a převaz dorsa ruky nebo nohy nebo popáleniny nad 10 cm² do 1 % povrchu těla
62130 Popáleniny - ošetření a převaz prstu ruky, nohy nebo plocha do 10 cm²

- 62150 Popáleniny - ošetření a převaz ostatní do 5 %
 - 62160 Popáleniny - ošetření a převaz 5 -10 % povrchu
 - 62170 Popáleniny - ošetření a převaz 10 -15 % povrchu
 - 62180 Popáleniny - ošetření a převaz 15 -20 % povrchu
 - 62110 Přebaz popáleniny v rozsahu od 1 % do 10 % a ev. sprcha
 - 62112 Přebaz popáleniny v rozsahu nad 10 % a ev. sprcha
-

Pokud je popálenina větší než 20 % z povrchu těla, výkony lze kombinovat tak, že budou vykázány nejvíce dva výkony. Pokud je případně popálenina větší než 40 % z povrchu těla, lze vykázat odpovídající počet výkonů 15-20 % a k nim další jeden výkon.

Popáleniny na hlavě a krku, prstech a dorsu rukou nebo nohou se vykazují samostatnými výkony. Pokud je ošetřeno jedno dorsum (prst), vykáže se výkon "...prvního...". Pokud je ošetřeno více dors (prstů), vykáže se výkon "...prvního..." a dále příslušný počet výkonů "...každého dalšího..." . Podmínkou vykazování dalších výkonů je samozřejmě dodržení celkového času zákroku.

Plocha popálenin, jejichž ošetření bylo vykázáno samostatnými výkony (na hlavě a krku, prstech a dorsu rukou nebo nohou), se nezapočítává do plochy, která je vykazována výkony "...ostatní...".

25.2 Nekrektomie

Nekrektomii lze vykázat výkony:

číslo název

- 62320 Nekrektomie do 5 % povrchu těla - tangenciální nebo fasciální
 - 62330 Nekrektomie 5 -10 % povrchu těla - tangenciální nebo fasciální
 - 62340 Nekrektomie 10 -15 % povrchu těla - tangenciální nebo fasciální
 - 62350 Nekrektomie 15 - 20 % povrchu těla - tangenciální nebo fasciální
-

Pokud je nekrektomie větší než 20 % z povrchu těla, výkony lze kombinovat tak, že budou vykázány nejvíce dva výkony. Pokud je případně nekrektomie větší než 40 % z povrchu těla, lze vykázat odpovídající počet výkonů 15 -20 % a k nim další jeden výkon.

Výše uvedenými výkony nelze vykázat nekrektomii chemickou. Tu lze vykazovat stejnými výkony jako ošetření popálenin.

25.3 Odběr dermoepidermálních štěpů

Odběr dermoepidermálních štěpů lze vykázat výkony

číslo název

- 62610 Odběr dermoepidermálního štěpu do 1 % povrchu těla
- 62640 Odběr dermoepidermálního štěpu: 1 - 5 % z plochy povrchu těla
- 62660 Odběr dermoepidermálního štěpu: 5 - 10 % z plochy povrchu těla

- 62670 Odběr dermoepidermálního štěpu: 10 -15 % z plochy povrchu těla
62680 Odběr dermoepidermálního štěpu: 15 - 20 % z plochy povrchu těla
-

Pokud je odběr štěpu větší než 20 % z povrchu těla, výkony lze kombinovat tak, že budou vykázány nejvíce dva výkony. Pokud je případně odběr štěpu větší než 40 % z povrchu těla, lze vykázat odpovídající počet výkonů 15 -20 % a k nim další jeden výkon.

25.4 Kožní štěpy

Kožní štěpy (při popáleninách i při jiných kožních ztrátách) lze vykázat výkony:
číslo název

- 62410 Štěp při popálení - dlaň, dorsum ruky nebo nohy nebo do 1 % povrchu těla
62430 Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách) - prst ruky a nohy nebo plocha do 10 cm²
62420 Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách) - obličej
62421 Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách) - krk nebo skalp
62440 Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách) do 5% povrchu těla
62460 Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách), 5 -10 % povrchu těla
62470 Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách), 10 -15 % povrchu těla
62480 Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách), 15 -20 % povrchu těla
-

Pokud je plocha štěpu větší než 20 % z povrchu těla, výkony lze kombinovat tak, že budou vykázány nejvíce dva výkony. Pokud je případně plocha štěpu větší než 40 % z povrchu těla, lze vykázat odpovídající počet výkonů 15-20 % a k nim další jeden výkon.

Plocha popálenin, jejichž ošetření bylo vykázáno samostatnými výkony (na hlavě a krku, prstech a dorsu nebo dlaních rukou nebo nohou), se nezapočítává do plochy, která je vykazována výkony "...ostatní...".

25.5 Xenotransplantace

Xenotransplantace lze vykázat výkony:
číslo název

- 62510 Xenotransplantace do 1 % povrchu těla
62520 Xenotransplantace 1 - 5 % povrchu těla
-

Pokud je plocha xenotransplantace větší než 5 % z povrchu těla, výkony lze kombinovat tak, že budou vykázány nejvíce čtyři výkony do 1 % a odpovídající počet výkonů 1-5 %.

25.6 Umělá kůže Integra u rozsáhlých popálenin a rekonstrukčních výkonů

U výkonů

číslo	název
62410	Štěp při popálení - dlaň, dorsum ruky, nohy nebo do 1 % povrchu těla
62420	Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách) - obličej
62421	Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách) - krk nebo skalp
62430	Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách) - prst ruky a nohy nebo plocha do 10 cm ²
62440	Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách) - do 5 % povrchu těla
62460	Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách), 5 -10 % povrchu těla
62470	Štěp při popálení (a ostatních kožních ztrátách), - 10 -15 % povrchu těla
62480	Štěp při popálení - (a ostatních kožních ztrátách), 15 -20 % povrchu těla

Ize u pacienta s hlubokými popáleninami, nemá-li komplikující choroby snižující šanci na přežití a při součtu věku a hlubokých popálenin do 100, a u rekonstrukčních výkonů v lokalizaci obličej, krk, ruce, nohy, při omezení funkce krku, axily, kubity, třísla, podkolení a prstů, a u pacientů, u kterých je nedostatek plnohodnotného kožního krytu k odběru transplantátů vykázan jako ZUM biosyntetickou náhradu kůže.

26. 603 - GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ

26.1 Kombinace výkonů

Výkony

číslo název

63587	Pertubace terapeutická
63591	Test průchodnosti tub (pertubace, hydropertubace, persuflace)

nelze vykazovat současně.

Výkon

číslo název

63594	Radikální operace pro ca ovaria
-------	---------------------------------

nelze vykazovat současně s žádným dalším operačním výkonem.

Výkony

číslo název

63313	Amnioskopie
63323	Odebírání vzorku krve z hlavičky plodu

nelze vykazovat současně.

Výkony

číslo název

63315 Fetoskopie
63317 Fetoskopie s odběrem tkáně plodu

nelze vykazovat současně.

Výkony

číslo název

63312 Oxytocinový zátěžový test
63117 Kardiotokografické sledování rodičky v průběhu porodu

nelze vykazovat současně.

Výkony

číslo název

63598 Punkce Douglasova prostoru diagnostická
63599 Punkce Douglasova prostoru s incizí a drenáží

nelze vykazovat současně.

Výkony

číslo název

63540 Elektro-diatermo koagulace čípku děložního
63591 Test průchodnosti tub (pertubace, hydropertubace, persuflace)
63532 Odběr materiálu s pochvy, čípku a hrdla děložního
63311 Odběr plodové vody transabdominální amniocentézou
63521 Hymenotomie, hymenektomie
63511 Excize vulvy

nelze vykazovat současně.

Výkony

číslo název

63579 Hysterektomie a adnexektomie s omentektomií pro malignitu
63596 Totální omentektomie

nelze vykazovat současně.

Výkony

číslo název

63133 Manuální vybavení zadržené placenty
63127 Sectio caesarea
63129 Sectio caesarea a sterilizace
63131 Sectio cesarea s následnou hysterektomií (s nebo bez adnexektomie)

nelze vykazovat současně.

26.2 Kolposkopické vyšetření

Výkon

číslo název

63061 Kolposkopické vyšetření základní

lze vykazovat současně s výkony cílené a kontrolní vyšetření, ale nelze vykazovat současně s výkonem komplexní vyšetření.

26.3 Porod

Jednotlivé výkony vedení porodu nelze vykazovat současně

27. 604 - DĚTSKÁ GYNEKOLOGIE

(27.1 Kombinace výkonů)

zrušen vyhláškou č. [467/2012 Sb.](#)

28. 606 - ORTOPEDIE

Na ošetření jedné anatomické lokality nelze u jednoho pacienta v jeden kalendářní den vykázat více jak jeden výkon fixace.

Výkon

číslo název

66031 Preventivní vyšetření kyčelních kloubů u kojence

nelze vykazovat současně s výkony klinického vyšetření a s výkony sonografie. Podmínkou vykazování výkonu je sonografický přístroj.

Výkon

číslo název

66317 Revizní operace páteře - přední - zadní - odstranění implantátu

nelze vykazovat jako samostatný výkon, vykazuje se současně s výkony Operační přístup na páteři standardní, přední nebo zadní.

29. 701 - OTORINOLARYNGOLOGIE

29.1 Použití kryokauteru a laseru

Pokud je při chirurgickém výkonu v ORL oblasti použit laser nebo kryokauter, lze vykázat výkony

číslo název

71825 Kryokauter v ORL á 10 minut

71821 Laser v ORL á 10 minut

Oba výkony lze vykázat současně. Tyto výkony lze u jednoho pacienta jednotlivě i v kombinaci vykázat opakovaně, vždy za každých dokončených 10 minut.

29.2 Balónková tamponáda nosu a nosohltanu při krvácení

Výkon číslo 71630 balónková tamponáda nosu a nosohltanu při krvácení - může být vykázován při uvedených indikacích:

- C05 Zhoubný novotvar patra
- C11 Zhoubný novotvar nosohltanu
- C30.0 Zhoubný novotvar nosní dutiny
- C31 Zhoubný novotvar vedlejších dutin
- C81 Hodgkinova nemoc
- C82 Ne-Hodgkinův folikulární (nodulární) lymfom
- C83 Ne-Hodgkinův (difusní) lymfom
- C84 Periferní a kožní T- buněčné lymfomy
- C85 Ne-Hodgkinův lymfom, jiných a neurčených typů
- C91 Lymfoidní leukémie
- C92 Myeloidní leukémie
- C93.0 Akutní monocytární leukémie
- C95.0 Akutní leukémie neurčeného buněčného typu
- D10.6 Nezhoubný novotvar nosohltanu-nasopharynx
- D18.0 Hemangiom a lymfangiom kterékoliv lokalizace
- D61.9 Aplastická anémie, NS
- D66 Dědičný nedostatek faktoru VIII.
- D67 Dědičný nedostatek faktoru IX.
- D68 Jiné vady koagulace
- D69 Purpura a jiné krvácivé stavy
- I10 Esenciální (primární) hypertenze
- N18 Chronické selhání ledvin
- S 02.1 Zlomenina lebeční spodiny-fractura baseos cranii
- S02.2 Zlomenina nosních kostí
- S02.3 Zlomenina spodiny očnice-fractura baseos orbitae
- S02.4 Zlomenina lícní (jařmové) kosti -fractura ossis zygomatici-a horní čelisti-maxillae
- T81.0 Krvácení a hematom komplikující výkon, jinde nezařazené
- Z51.1 Chemoterapeutický cyklus pro novotvar

29.3 Nystagmografická vyšetření

Výkony nystagmografických vyšetření nelze v jednom dni vykazovat současně.

29.4 Kombinace výkonů

Výkony

číslo název

71641 Submukósní resekce nosní přepážky

71649 Resekce spiny nebo kristy nosní přepážky

nelze vykazovat současně.

Výkony

číslo název

71661 Výplach čelistní dutiny

71663 Punkce čelistní dutiny a výplach jednostranně

nelze vykazovat současně.

Výkony

číslo název

71641 Submukozní resekce nosní přepážky

71651 Septoplastika

nelze vykazovat současně s výkonem

číslo název

71649 Resekce spiny nebo kristy nosní přepážky

Výkony

číslo název

71787 Incize, drenáž peritonzilárního event. faryngeálního abscesu nebo hematomu

71789 Dilatace po incizi peritonzilárního abscesu

nelze vykazovat současně.

30. 702 FONIATRIE

(30.1 Kombinace výkonů)
zrušen vyhláškou č. [467/2012 Sb.](#)

31. 705 - OFTALMOLOGIE

Ve výkonech autorské odbornosti oftalmologie je lokální anestézie zakalkulována ve výkonech, a proto s výkony této autorské odbornosti nelze vykazovat výkony lokální anestézie.

31.1 Oftalmoskopie

Výkony

číslo název

75137	Oftalmoskopie v arteficiální mydriáze (1 oko) přímou oftalmoskopií
75121	Oftalmoskopie v arteficiální mydriáze nepřímým binokulárním oftalmoskopem (1 oko)
75153	Biomikroskopické vyšetření fundu v mydriáze (1 oko)

nelze vykazovat současně, s výjimkou lékaře - sítnicového specialisty.

31.2 Komplexní vyšetření

Výkon komplexní vyšetření oftalmologem obsahuje, a tedy s tímto výkonem nelze současně vykazovat, následující výkony:

číslo název

75139	Nitrooční tlak Schiotzovým tonometrem (1 oko)
75137	Oftalmoskopie v arteficiální mydriáze přímou oftalmoskopií (1 oko)

(31.3 Kombinace výkonů)
zrušen vyhláškou č. [467/2012 Sb.](#)

32. 706 - UROLOGIE

32.1 Kombinace výkonů

Výkony

číslo název

76235	Extrakorporální litotrypse solitárního konkrementu rázovou vlnou - medilit
-------	--

76237 Extrakorporální litotrypse mnohočetného či odlitkového konkrementu - medilit

nelze vykazovat současně na stejné ledvině.

Výkony

číslo název

76235 Extrakorporální litotrypse solitárního konkrementu rázovou vlnou - medilit

76237 Extrakorporální litotrypse mnohočetného či odlitkového konkrementu - medilit

nelze vykazovat v jednom roce na stejné ledvině.

32.2 Cystometrie

Cystometrie v urologii se vyazuje výkonem

číslo název

76127 Cystometrie plnicí

Tímto výkonem se vyazuje jak plnicí cystometrie vodní, tak plnicí cystometrie plynová. Výkon lze vykazat nejvíce jeden za jeden den.

32.3 Cystouretroskopie

K výkonu

číslo název

76531 Cystouretroskopie

Ize přičíst výkony:

číslo název

76561 Fotokoagulace tumoru laserem

76565 Biopsie ev. extrakce z měchýře - cizí těleso, konkrement, stent

76567 Aplikace terapeutik do stěny měchýře ev. uretry (teflon, kolagen, apod.)

32.4 Katetrizace ureteru

Výkon

číslo název

76215 Katetrizace ureteru, nebo extrakce konkrementu z močovodu, nebo discize striktury ureteru, nebo biopsie z ureteru včetně kagulace a nebo zavedení stentu

se přičítá k výkonu
číslo název

76531 Cystoureteroskopie

Výkonem
číslo název

76215 Katetrizace ureteru, nebo extrakce konkrementu z močového, nebo discize striktury ureteru, nebo biopsie z ureteru včetně kagulace a nebo zavedení stentu

se vykazuje jak diagnostická katetrizace ureteru, tak i endoskopická extrakce konkrementu z ureteru, tripse konkrementu v močovodu, endoskopická discize striktury ureteru, endoskopická biopsie z ureteru včetně koagulace a zavedení stentu do ureteru. V případě tripse a zavedení stentu lze výkon katetrizace ureteru vykázat dvakrát.

32.5 Pyelotomie, nefrotomie, operační nefrostomie

Nefrotomie s extrakcí konkrementu, případně s nefrostomií, operační nefrostomie a pyelolitomie se vykazují jedním výkonem.

32.6 Perkutánní extrakce konkrementů

Výkony
číslo název

76545 Perkutánní extrakce jednoho či více konkrementů jednostranná bez tripse
76547 Perkutánní extrakce konkrementu jednostranná s tripsí

se přičítají k výkonu
číslo název

76543 Nefroskopie perkutánní jednostranná (bez cystoskopie a sondáže močového)

Výkony
číslo název

76545 Perkutánní extrakce jednoho či více konkrementů bez tripse
76547 Perkutánní extrakce konkrementu s tripsí

nelze vykazovat současně. Tyto výkony nelze u jednoho pacienta v jednom dni vykázat více než jedenkrát.

32.7 Excize spermatokély a operace hydrokély

Excize spermatokély a operace hydrokély se vykazují jedním výkonem

číslo název

76451 Excize spermatokély nebo operace hydrokély jednostranná

33. 708 - ANESTEZIOLOGIE A INTENZIVNÍ MEDICÍNA

Výkon číslo 78116 a 78990 - Anestezie s řízenou ventilací á 20 min. a číslo 78231 a 78995 - Epidurální nebo subarachnoideální anestezie á 20 min. lze vykázat pouze s následujícími operačními výkony kategorie obtížnosti D:

1. Odstranění (vytnutí) mozkové tkáně
2. Vypuštění (vytnutí) mozkového abscesu
3. Zevní vyústění mozkových komor a cisteren
4. Reparace kostních úlomků kalvy
5. Reparace tvrdé pleny mozkové
6. Vypuštění epidurálního nebo subdurálního krevního výronu nebo abscesu
7. Přetětí, destrukce nebo excize mozkového nervu uvnitř lebky
8. Stereotaktické uvolnění mozkového nervu
9. Otevření lebky pro pooperační krvácení
10. Otevřená operace na mozkových cévách
11. Odstranění hypofýzy
12. Excize části hypofýzy
13. Excize epifýzy
14. Primární nebo revizní operační dekomprese krční a hrudní páteře
15. Primární a revizní excize krční, hrudní a bederní meziobratlové ploténky
16. Kombinovaná přední a zadní operační fuse krčních obratlů
17. Transorální krční fuse (s nebo bez zavedení protézy)
18. Primární nebo revizní fuse kloubu páteře
19. Primární excize bederní meziobratlové ploténky předním přístupem
20. Dekomprese zlomeniny páteře
21. Otevřená fixace zlomeniny páteře
22. Částečné vytětí páteřní míchy
23. Otevřená operace páteřní míchy
24. Úprava meningomyelokély
25. Vynětí ložiska poškození uloženého subdurálně
26. Vynětí nádoru míchy
27. Blokáda plexus coeliacus
28. Oboustranná blokáda nervus planchnicus
29. Zadní blokáda ganglií míšních kořenů

30. Intrathekální neurolyza
31. Injedce místního anestetika nebo glycerolu do ganglia trigeminu
32. Bederní sympatektomie diagnostická - místní anestetikum
33. Bederní sympatektomie terapeutická - neurolyza
34. Oboustranná rekonstrukce očních víček
35. Vytětí sklivce plochým přístupem s vnitřní tamponádou
36. Rekonstrukce zevního zvukovodu
37. Druhá operace příštitných tělísek
38. Rekonstrukce prsu s užitím TRAMS
39. Plastika hrudní stěny
40. Odstranění brzlíku
41. Úprava prasklé bránice
42. Zřasení paralyzované (ochrnuté) bránice
43. Úprava vrozené brániční kýly
44. Thorakoskopické výkony
45. Odstranění jedné plíce
46. Odstranění laloku plicního (včetně vytětí segmentu)
47. Otevřené vytětí poškozeného (nemocného) ložiska z plíce
48. Dekortikace (odstranění pohrudnice nebo poplicnice)
49. Odstranění poplicnice pro pneumothorax
50. Perkutánní transluminární plastika koronární tepny nebo angioplastika (včetně laser)
51. Perkutánní transluminární snesení síňokomorového uzlu
52. Vyšetření převodního systému srdečního
53. Srdeční pacemaker (kardiostimulátor) zavedený žilou
54. Zavedení a umístění kardiostimulátoru kvůli tachykardii
55. Kontrastní radiologické vyšetření srdce (včetně koronárních cév)
56. Incise a excise perikardu
57. Dekomprese srdeční tamponády
58. Perkutánní transluminární zavedení protézy pro ductus arteriosus
59. Transluminární operace na plicní tepně
60. Vytětí části karotické tepny
61. Bypass karotické tepny
62. Otevřená operace na mozkové tepně
63. Bypass z podklíčkové tepny
64. Vytětí části podklíčkové tepny a její záplata
65. Jiná úprava na podklíčkové tepně
66. Bypass ledvinné tepny
67. Vytětí části ledvinné tepny
68. Otevřené operace na ilických tepnách
69. Otevřené operace stehenní tepny
70. Náhrada aneurysmatu podkolenní tepny
71. Mikrotepenný nebo žilní štěp
72. Mikrochirurgická oprava tepny
73. Oprava tepenožilní píštěle
74. Částečné vytětí jícnu
75. Otevřené vytnutí poškozeného (nemocného) místa z jícnu
76. Bypass jícnu
77. Revize jícnové anastomózy
78. Úprava jícnu

79. Arteficiální vstup do jícnu
80. Protnutí svaloviny jícnu
81. Hellerova operace
82. Totální vytětí žaludku
83. Totální excize tlustého střeva a anastomóza tenkého střeva na konečník
84. Anastomóza z tenkého střeva na řiť a vytvoření výchlipky (zásobníku)
85. Vytnutí konečníku s kolonoanální anastomosou a kolostomií
86. Vytnutí konečníku i řiti
87. Vytnutí konečníku s užitím svorek
88. Vytnutí konečníku a zevní vyústění tlustého střeva
89. Odstranění nadledvinky oboustranně
90. Částečné vytnutí z jater
91. Odstranění jaterního nádoru
92. Úprava (korekce) na játrech
93. Laparoskopické výkony
94. Úprava na žlučovodu
95. Neúplné vytnutí slinivky
96. Úprava vrozené brániční kýly
97. Laparotomie a úprava mnohočetného viscerálního poranění
98. Vytětí ledviny a okolní tkáň
99. Perkutánní odstranění ledvinného konkrementu
100. Vytvoření močovodu ze střeva
101. Oboustranná ureterolýza
102. Totální vytětí močového měchýře (s vytvořením náhrady ze střeva)
103. Vytětí dělohy a adnex a odstranění okolní tkáň břišním přístupem
104. Radikální vytnutí zevního genitálu ženy včetně odstranění tříselných uzlin
105. Implantace protézy na dolní končetinu

Výkon číslo 78117 a 78991 - Anestezie s řízenou ventilací á 20 min. a číslo 78232 a 78996 - Epidurální nebo subarachnoideální anestezie á 20 min. lze vykázat pouze s následujícími operačními výkony kategorie obtížnosti E:

1. Vytnutí nádoru v mozkomozekovém úhlu
2. Podvaz nebo zasvorkování výdutě mozkové tepny
3. Vyztužení aneurysmatu mozkové tepny
4. Fuse obratlů pro skoliosu nebo kyfosu Harringtonovým instrumentariem
5. Radiační destrukce
6. Vytětí sklivce kombinované s odstraněním membrány (zavedení vnitřní tamponády)
7. Totální a parciální pharyngectomie
8. Totální laryngectomie
9. Parciální laryngectomie
10. Rekonstrukce hrtanu se štěpem
11. Částečné vytětí průdušnice
12. Rekonstrukce průdušnice
13. Operace na otevřeném srdci
14. Uzavřené protětí chlopně
15. Terapeutická transluminární operace na srdeční chlopni
16. Bypass koronární tepny včetně získání štěpu
17. Revize bypassu koronární tepny
18. Otevřená angioplastika koronární tepny

19. Korekce anomálie koronárních tepen
20. Otevřená operace na převodním systému srdečním
21. Mapou řízená (vedená) chirurgie komorových arytmií
22. Odstranění kardiostimulátoru a provedení bypassu
23. Korekce truncus arteriosus
24. Otevřená korekce pro ductus arteriosus
25. Vytvoření zkratu do plicní tepny z aorty použitím vřazené protézy
26. Napojení plicní tepny přímo na aortu
27. Vytvoření zkratu do plicní tepny z podklíčkové tepny vřazením protézy
28. Napojení do plicní tepny z podklíčkové tepny
29. Úprava plicní tepny
30. Otevřená operace na plicní tepně
31. Odstranění embolu z plicních cév
32. Náhrada aneurysmatického segmentu (výdutě) aorty
33. Plánovaná náhrada vzestupné aorty
34. Plánovaná náhrada obloukové aorty
35. Bypass části aorty
36. Revize náhrady (protézy) aorty
37. Plastická úprava aorty
38. Podvaz nebo svorka aneurysmatu mozkové tepny
39. Vyztužení aneurysmatu mozkové tepny
40. Vytětí části viscerální (útrobní) větve z břišní aorty a její náhrada
41. Otevřené operace na viscerálních větvích břišní aorty
42. Vytětí jícnu a žaludku
43. Totální odstranění jícnu a náhrada střevem
44. Vytnutí tlustého střeva, konečníku a řiti a umělé zevní vyústění tenkého střeva
45. Vytnutí celého jaterního laloku
46. Totální vytnutí slinivky
47. Transplantace ledvin
48. Exenterace z pánve

33.1 Hyperbarická oxygenoterapie

Výkon číslo 78841 - Hyperbarická oxygenoterapie v přetlakové komoře - izokompresie - akutní indikace - je možné vykázat:

Indikace	Diagnóza
Otrava CO	T 58
Kouřovými plyny	T 59.9
Dekompresní choroba	T 70.3
	T 70.9
Plynová embolie	T 79.0
	T 80.0
	T 81.7
	T 82.8
Akutní traumatická ischemie svalová Drtivé poranění končetin	T 79.5-6
	T 06.3-4

	T 04.2-9
Těžká anaerobní nebo smíšená bakteriální infekce měkkých tkání, fasciitida, myonekróza, plynatá sněť	A 41.0-9
	A 48.0
	N 49.9
	L 03.9
Reperfúzní syndrom po invazivním cévním výkonu	T 81.9
Replantace končetiny	T 82.9
	T 87.0-2

Výkon číslo 78843 - Hyperbarická oxygenoterapie v přetlakové komoře - izokomprese - chronická indikace - je možné vykázat v uvedeném maximálním počtu za rok:

Indikace	Diagnóza	Max. počet/rok
Postradiační poškození (osteoradionekróza, nekróza měkkých tkání-cystitida, enteritida, proktitida, hrtan, CNS ap.), prevence při chirurgickém zákroku - implantace na ozářených tkáních, extrakce zubu	Y 84.2 Z 92.3	60x
Diabetické defekty	E 10.4 E 10.5 E 11.4 E 11.5	80x
Ischémické vředy a defekty persistující navzdory poskytované optimální léčbě	I 70.2 I 70.8	80x
Neuroblastom IV.st.	C 47.0-9	30x
Náhlá hluchota	H 90.3-5 H 91.0-9 H 83.3	40x
Tinnitus	H 93.1	30x
Problematické kožní štěpy a volné svalové laloky	T 86.8	40x
Refrakterní chronická osteomyelitida	M 86.0-8	60x
Algoneurodystrofie	M 89.0	40x
Vybrané nehojící se infikované defekty navzdory poskytované optimální léčbě	I 83.2 L 88 T 87.4-5	80x
Akutní uzávěry sítnicové tepny	H 34.0-9	30x
Popáleniny nad 20% TBSA st. 2 a více (s výjimkou hlavy, rukou a hráze)	T 20.0-32.9	40x
Postanoxická encephalopatie	G 93.1	60x
Cystoidní pneumatóza střeva	K63.8	40x

33.2 Výklad položek TISS

33.2.1 Základní pravidla

Systém TISS je metodou k určení závažnosti onemocnění a to nepřímo podle velikosti léčebného úsilí. Je založen na kvantifikaci činnosti ošetrovatelského personálu. Přiřazuje vyjmenovaným úkonům bodové hodnoty od 1 - 4 jako výraz jejich složitosti a časové náročnosti. Skóre se získá jako součet bodových hodnot jednotlivých diagnostických, monitorovacích a léčebných úkonů, které byly u pacienta provedeny za posledních 24 hodin

33.2.2 Předpoklady

Každá položka seznamu je samostatný úkon, který představuje přesně definovanou činnost. Je-li úkon proveden a zaznamenán v dokumentaci, je zařazen do hodnocení. Některé položky jsou v logickém vztahu - týkají se vždy jediné specializované činnosti, kterou je možno poskytovat v různé intenzitě - např. řízená ventilace (4 body), prohlubovaná ventilace (3 body), spontánní ventilace (2 body), oxygenoterapie (1 bod). V těchto případech se započítá do skóre vždy úkon s nejvyšší bodovou hodnotou.

Všechny položky možno dělit na 2 skupiny:

- * jednorázové a
- * opakující se úkony

V případě, že na jednorázový úkon navazuje úkon opakované frekvence, je možno v den provedení započítat do skóre oba úkony (např. hrudní punkce + drenáž hrudníku aj.).

Vedle správnosti vykázaných úkonů pro TISS, jejichž součet tvoří typ příslušného výkonu OD TISS, je pro uznání oprávněnosti vykázaného OD současně nezbytné:

1. Průkazné vedení dokumentace v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci.
2. Vedení samostatného formuláře se skórováním pacienta v TISS položkách
3. Naplnění obligatorního obsahu výkonu OD TISS
4. zrušen vyhláškou č. 467/2012 Sb.

33.2.3 Seznam výkonů s komentářem

33.2.3.1 Skupina 4 body

1. srdeční zástava a/nebo urgentní defibrilace během posledních 48 hodin - lze vykázat ve dvou po sobě jdoucích dnech
2. řízená ventilace (ventilace je plně zajišťována přístrojem)
3. aplikace pronační polohy u řízené ventilace (možno kombinovat s výše uvedeným kódem)
4. balónková tamponáda varixů nebo masivní krvácení do gastrointestinálního traktu s četnými stolicemi. Krvácení je doložené výsledkem urgentního endoskopického vyšetření GIT a záznamem klinického stavu s prokázanými známkami hypovolemického šoku ve zdravotnické dokumentaci, výsledkem KO a odůvodněnou spotřebou aplikovaných krevních derivátů.

5. transport nemocného s podporou životní funkce mimo ošetrovací jednotku. Platí jen pro situace, kdy je pacient již přijat na lůžko JIP nebo ARO - neplatí tedy pro situace transportu nemocného z jiného pracoviště, např. ze sálu, apod., k přijetí na ošetrovací jednotku, resp. lůžko JIP nebo ARO.
6. podání krve a krevních derivátů nebo náhradních roztoků přetlakem (nejméně 4 transfúzní jednotky / 30 minut)
7. Swan-Ganzův katetr
8. použití eliminační techniky, včetně peritoneální dialýzy 1 x denně. Platí pro všechny druhy eliminačních technik (např. plasmaferesy, amunoabsorbce atd.). Tuto položku je nutno vykázat i při použití výkonu číslo 78813 (CVVH)
9. kardiostimulace, včetně chronického kardiostimulátoru, je-li aktivní
10. indukovaná hypotermie - pod 33 st.C
11. ošetřování pacienta s morbidní obezitou (hmotnost 40% a více náležitě tělesné hmotnosti)
12. monitorování nitrolebního tlaku
13. transfuze krevních destiček
14. intraaortální balónková kontrapulsace
15. neodkladné operační výkony v předchozích 24 hod.- rozumí se náhlé příhody všech etiologií
16. laváž GIT (tj. výplach žaludku a enterální dialýza) u krvácení a intoxikací - 1/24 hodin
17. urgentní endoskopie
18. vazoaktivní látky - více než 1 léčivý přípravek. Tzn. Léčivé přípravky, které ovlivňují systémový krevní tlak (ne např. Piracetam, xantiny, apod.)

33.2.3.2 Skupina 3 body

1. parenterální výživa do centrální žíly (všechny kombinace cukrů s aminokyselinami), včetně výživy při renálním, jaterním nebo srdečním selhání
2. neaktivní kardiostimulátor (ve stavu pohotovosti) - záznam o přezkoušení stimulace 1/24 hodin. Platí i pro ICD.
3. drenáž tělní dutiny vyžadující aktivní sání - s výjimkou Redon. drenáže. Lze také u pacientů s 3 a více drény, včetně mnohočetné drenáže především s jímavým odpadem a bilancováním, bez aktivního sání.
4. ostatní druhy ventilační podpory, včetně non - invazivních technik (např. kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách , ventilace s tlakovou podporou , atd.)
5. invazivní kontinuální měření oxymetrie v oblasti bulbus v. jugularis
6. infuze koncentrovaných roztoků kalia do centrální žíly - alespoň 80 mmol/24 hodin. Není zásadní množství, ale fakt, že je dodržena podmínka kontinuální aplikace dávkovačem koncentrovaného roztoku kalia - tj. 7,5% roztoku.
7. intubace během posledních 24 hodin. Vykázání je správné v případě: 1) jde-li o intubaci prováděnou na lůžku JIP a ARO nikoliv jde-li o intubaci mimo ošetrovací jednotku (tj. např. při transportu mimo nebo na ošetrovací jednotku) nebo 2) jde-li o výměnu tracheostomické kanyly na lůžku
8. odsávání z trachey naslepo při zajištění dýchacích cest intubační nebo tracheostomickou kanylou
9. hodinová diuresa
10. četná statimová vyšetření (odběry) - více než 4 za 24 hodin. Vedle frekvence musí být splněna základní podmínka bodu 15 Kapitoly 2 Seznamu zdravotních výkonů, podle kterého jde o výkon statim v případě, že nedílnou součástí této

indikace je záznam v dokumentaci a výkon je indikován pouze z důvodů zdravotních, nikoliv technicko organizačních.

11. časté převody krevních derivátů - více než 5/24 hodin. Nelze vykazovat spolu s úkonem přetlakové transfúze za 4 body - viz níže
12. bolusové i. v. podání léků mimo plánované ordinace. Musí se skutečně jednat o bolusové podání, které musí mít odůvodnění v záznamech v dokumentaci vyplývající z náhlé změny zdravotního stavu vyžadující aplikaci daného léčivého přípravku.
13. vasoaktivní lék -1 preparát. Tzn. léčivé přípravky, které ovlivňují systémový krevní tlak (ne např. Piracetam, Xantiny, apod.)
14. kontinuální infuse antiarytmik
15. kardioverze pro arytmie
16. použití pomůcek na aktivní ovlivnění tělesné teploty (chlazení i ohřívání) nebo fyzikální metody terapie hyperpyrexie - nelze kombinovat s indukovanou hypotermií (za 4b.)
17. arteriální katetr
18. akutní digitalizace do 48 hod.- lze vykázt ve dvou po sobě jdoucích dnech
19. měření srdečního výdeje libovolnou metodou včetně neinvazivních metod
20. podpora diuresy při přetížení tekutinami podáním diuretik nebo osmoticky aktivních látek i. v. v množství adekvátním alespoň 1mg Furosemidu/kg váhy/24 hodin event. 0,25 g 20% Manitolu/kg váhy/24 h
21. aktivní léčení metabolických poruch (acidózy - alkalózy) podáním koncentrovaných roztoků
22. urgentní punkce hrudníku, perikardu - při drenáži lze kombinovat s "drenáží tělní dutiny" (za 3 b)
23. aktivní antikoagulační léčba prvních 48 hodin (vč. Rheodextranu a nízkomolekulárních heparinů). Lze i u pacientů s chronickou antikoagulací, u kterých náhle změna zdravotního stavu vyžaduje změnu dávkování nebo typu antikoagulační léčby
24. monitorování nitrobřišního tlaku minimálně a 6 hodin
25. krytí pacienta více než 2 i. v. antibiotiky
26. léčení křečí či metabolické encefalopatie (48 hod. od nástupu) - lze vykázt ve dvou po sobě následujících dnech
27. komplikovaná ortopedická trakce. Lze u klinických stavů, kde je odůvodněná při ošetřování pacienta aktivní účast více než jedné osoby a minimálně 1 lékaře, např. u haló trakce, závěsu na pánev, apod.

33.2.3.3 Skupina 2 body

1. měření centrálního žilního tlaku minimálně á 6 hodin
2. 2 periferní i. v. katetry
3. hemodialýza u pacienta v chronickém dialyzačním programu
4. svodná kontinuální analgezie (alespoň 8 hodin) včetně péče o katetr
5. spontánní ventilace endotracheální nebo tracheostomickou kanylou
6. sondová výživa do všech částí zažívacího traktu nutričně definovanou stravou
7. náhrada velké ztráty tekutin - infuse nad udržovací potřebu v celkové výši alespoň 4500ml/24 hod. všech parenterálně podaných tekutin
8. parenterální chemoterapie

9. monitorace hodnot vitálních funkcí po 1 hod., včetně neurologického stavu se záznamem glasgowské škály bezvědomí nebo Ramsey score, velikosti a reakce zornic
10. četné převazy, tj. více než 4/24 hodin nebo převazy s použitím speciálních krycích materiálů

33.2.3.4 Skupina 1 bod

1. monitorace EKG nebo SaO₂
2. monitorace vitálních funkcí po 1 hodině
3. 1 periferní i. v. katetr, nebo lze vykázat při péči o centrální katétr
4. chronická antikoagulační terapie
5. standardní měření příjmu a výdeje - 4x /24hod.
6. statimová laboratorní vyšetření (odběry), musí být splněna základní podmínka bodu 15 Kapitoly 2, podle kterého jde o výkon statim v případě, že nedílnou součástí této indikace je záznam v dokumentaci a výkon je indikován pouze z důvodů zdravotních, nikoliv technicko organizačních.
7. intermitentní i. v. podávání léků podle ordinace (ne samotné infuzní roztoky)
8. rutinní převazy - není určeno pro úkony, pro které jsou uvedeny ve skupině úkonů za 1 a 2 body specifické úkony (péče o dekubitůs, tracheostomie, apod.)
9. standardní ortopedické trakce, např. extenze a další, co nelze zahrnout pod komplikovanou trakci (úkon za 3 body)
10. péče o tracheostomii
11. péče o dekubitůs (nepočítá se prevence)
12. permanentní močový katetr, nebo jde-li o péči o cystostomii
13. oxygenoterapie
14. podávání 1 až 2 antibiotik i. v.
15. fyzioterapie hrudníku - prováděná fyzioterapeutem nebo pracovníkem s příslušným certifikátem opravňujícím k jejímu provádění (vykáže si pracoviště intenzivní péče se pouze v případě, že fyzioterapeut nebo SZP s certifikátem je jeho kmenovým zaměstnancem)
16. rozsáhlé výplachy, tamponády, kolostomie, včetně laváže břišní dutiny
17. dekomprese gastrointestinálního traktu (žaludeční sonda rektální rourka)
18. parenterální výživa do periferní žíly (minimálně dvě složky z trojice cukry, tuky, bílkoviny)

34. 709 - URGENTNÍ MEDICÍNA (ZZS)

Výkon

číslo název

06713 Přednemocniční neodkladná péče, sledování eventuelně transport pacienta zdravotnickým záchranářem nebo všeobecnou sestrou se specializací v ARIP á 15 minut

nelze vykázat současně s výkonem 79111. Po předání pacienta do zdravotnického zařízení nebo jiné posádce vozidla ZZS výkon končí návratem na základnu, přípravou vozidla k další výzvě nebo zadáním nové výzvy v průběhu výjezdu.

Výkon

číslo název

79111 Lékařské vyšetření a odborná přednemocniční neodkladná péče á 15 minut, poskytované lékařem RLP

Po předání pacienta poskytovateli, jiné posádce vozidla ZZS nebo ponecháním pacienta na místě výkon končí návratem na základnu, přípravou vozidla k další výzvě nebo zadáním nové výzvy v průběhu výjezdu

35 710 - algeziologie - léčba bolesti

Výkony

číslo název

80021 Komplexní vyšetření odborníkem pro léčbu bolesti - algeziologem
80022 Cílené vyšetření odborníkem pro léčbu bolesti - algeziologem
80023 Kontrolní vyšetření odborníkem pro léčbu bolesti - algeziologem
80025 Multidisciplinární konference o průběhu léčby
80111 Aplikace analgetických směsí do kontinuálních katetrů včetně IP portů
jednorázově nebo dávkovací pumpou

mohou vykazovat také pracoviště paliativní medicíny.

36. 801 - KLINICKÁ BIOCHEMIE

Výkon

číslo název

81211 Glukóza moč kvalitativně

nelze vykazovat současně s výkony klinických vyšetření a s výkony

číslo název

81347 Analýza moči chemicky a mikroskopicky
09123 Analýza moči chemicky

Výkony

číslo název

81709 Laboratorní dialýza lipoproteinové frakce

81711 Spektrofotometrické stanovení konjugovaných dienu
81713 Separace lipoproteinů ultracentrifugací

se provádějí u dispenzarizovaných pacientů ve specializovaných poradnách pro poruchy metabolismu lipidů a v ambulancích preventivní kardiologie. Jedná se o nemocné se sekundární prevencí aterosklerotických komplikací, s kardiovaskulárním rizikem nad 40 %/10 let, s těžkými formami hyperlipoproteinémie a dyslipidémie, u nemocných refrakterních na léčbu, u nemocných s diabetes mellitus typu 2

Výkon
číslo název

81719 Metanefriny kvantitativně současně v krvi a v moči

lze provádět jen na pracovištích s vazbou na endokrinologická centra

Výkon
číslo název

81729 PAPP - A (těhotenský plasmatický protein - A)

vyšetřují jen pracoviště, která splňují tyto požadavky:

- jsou v registru pracovišť provádějících screening vrozených vývojových vad (VVV) při Referenční laboratoři pro klinickou biochemii MZ ČR v Praze – osvědčení se vydává na 1 rok dle Doporučení č. 3 ČSKB a České společnosti nukleární medicíny - sekce imunoanalytických metod

- splňují požadavky dle Doporučení č. 3 pro úspěšné provádění imunoanalytického screeningu vrozených vývojových vad (VVV) v druhém trimestru těhotenství

- jsou zapojena do systému externí kontroly kvality, jsou napojena na pracoviště lékařské genetiky a jsou personálně i přístrojově vybavena.

37. 807 - PATOLOGICKÁ ANATOMIE

37.1 Kombinace výkonů

Výkony
číslo název

87110 Pitva standardní
87113 Pitva technicky obtížná
87111 Pitva parciální

nelze vykazovat současně.

37.2 Stanovení diagnózy

Stanovení bioptické diagnózy a cytologické diagnózy se vykazuje vždy na jeden topografický kód.

37.3 Barvení cytologického preparátu

Výkon číslo 87433 autorské odbornosti 823 nelze vykazovat v případě gynekologické cytologie. Pro tyto účely se vykazuje výkon číslo 95115 autorské odbornosti 817 v počtu jeden na jeden preparát.

38. 809 - RADIOLOGIE A ZOBRAZOVACÍ METODY

Ve výkonech autorské odbornosti radiodiagnostika je lokální anestézie zakalkulována ve výkonech, a proto s výkony této autorské odbornosti nelze vykazovat výkony lokální anestézie. U výkonu

číslo název

89339 Stereotaktická biopsie nebo stereotaktická lokalizace nehmatné léze prsu

Ize výkon lokální anestézie vykázat.

V úhradě RTG filmů je zahrnuta úhrada chemikálií na jejich zpracování.

Výkon

číslo název

89419 Punkční angiografie

nelze vykazovat současně s výkony přehledné či selektivní angiografie.

Výkon

číslo název

89421 Měření tlaku při angiografii

nelze vykazovat současně s výkony koronarografickým, ventrikulografickými a PTCA.

K výkonu

číslo název

89437 PTCA více věnčitých tepen nebo opakovaná PTCA téže tepny

je možno AG sadu (zavaděč, cévka, jehla, vodič, kohout) vykázat jako ZUM pouze tehdy, nenavazuje-li výkon na výkony:

číslo název

89431 Selektivní koronarografie jedné věnčité tepny (ev. bypassu)
89433 Navazující selektivní koronarografie věnčité tepny či bypassu
89429 Selektivní koronarografie obou věnčitých tepen

Výkon

číslo název

89312 Denzitometrie dvoufotonová

Ize vykázat pouze při indikaci ošetřujícím lékařem, který má pacienta v péči pro kostní chorobu.

39. 817 - LABORATOŘ KLINICKÉ CYTOLOGIE

číslo název

95198 Cervikovaginální cytologie - screening karcinomu děložního hrdla -
 negativní nález
95199 Cervikovaginální cytologie - screening karcinomu děložního hrdla -
 abnormální nález

nelze vykazovat v rámci prevence současně s dalšími výkony odborností 817 a 823.

Je-li v souvislosti se screeningem karcinomu děložního hrdla u gynekologa odebrán materiál z cervikovaginální oblasti je jeho zpracování a vyhodnocení vykazováno výhradně výkony číslo 95198 a 95199. Výkon cervikovaginální cytologie je možno vykázat též odborností 823.

Výkon lze vykazovat maximálně jedenkrát ročně u jedné pacientky.

Ostatní cytologické výkony odborností 817 a 823 indikované odborností 603 a 604 je možné vykázat jen pro vyšetření materiálu odebraného z jiné oblasti, než je děložní hrdlo, omezení neplatí v případě indikace cytologického vyšetření následně po vykázání výkonu 95199 a při současném vykázání výkonu 63063 - kolposkopická expertíza odborností 603, tedy po výkonu na děložním hrdle pro abnormální histologický nález.

40. 901 - KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

V jednom kalendářním měsíci nemůže být vykázáno současně komplexní a cílené vyšetření klinickým psychologem.

Klinická vyšetření 2 může vykázat pouze klinický psycholog se specializovanou způsobilostí.

Výkon

číslo název

37121 Psychodiagnostika s náročným psychoterapeutickým zásahem á 90 minut

může vykázat pouze klinický psycholog se specializovanou způsobilostí a specializací v systematické psychoterapii.

41. 902 - FYZIOTERAPEUT

Výkon

číslo název

21711 Škola zad - prevence recidiv vertebrogenních onemocnění

Ize vykázat pouze za současné účasti lékaře a fyzioterapeuta.

41.1 Individuální léčebná tělesná výchova (LTV)

Výkony individuální LTV lze vykazovat současně nejvýše do celkového času 60 minut na jednoho pacienta dvakrát v jednom kalendářním dni.

Výkon

číslo název

21215 Léčebná tělesná výchova - instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků

nelze vykazovat v jednom kalendářním dni u jednoho pacienta současně s dalšími výkony LTV.

41.2 Fyzikální terapie

Výkony fyzikální terapie lze vykázat nejvýše dva různé a nejvýše čtyři celkem v jednom kalendářním dni.

42. 910 - PSYCHOTERAPIE

42.1 Indikace

Výkony psychoterapie lze vykazovat pouze tehdy, pokud byly indikovány ošetřujícím lékařem - psychiatrem, ošetřujícím lékařem s psychoterapeutickou kvalifikací nebo klinickým psychologem s psychoterapeutickou kvalifikací nebo registrujícím praktickým lékařem. Indikace je platná po dobu nejdéle tří po sobě následujících kalendářních měsíců.

42.2 Vykazování

Výkony psychoterapie mohou vykazovat pouze psychoterapeuti se specializací v systematické psychoterapii (lékaři včetně psychiatrů a kliničtí psychologové).

Výkony

číslo název

35610 Psychoterapie skupinová, typ I., pro skupinu max. 9 osob á 120 min.

35620 Psychoterapie skupinová, typ II., pro skupinu 10 - 14 osob - á 120 min.

nelze vykazovat v jednom kalendářním čtvrtletí současně.

Výkon

číslo název

35650 Rodinná systematická psychoterapie á 30 minut

lze vykázat pouze na jednoho člena rodiny - pacienta.

Výkon

číslo název

37125 Emergentní psychoterapie á 60 minut

lze vykazovat zpravidla při:

1. neodkladných stavech v akutní psychosociální krizi v důsledku nároků výjimečných životních okolností na psychiku (úmrť, ztráta vztahu, oběti násilných činů, přeživší tragických dopravních nehod, hromadných neštěstí a přírodních katastrof, vážné společenské konflikty - následky válek, politického útlaku a migrace na psychiku) F 43.x

2. neodkladných stavech u akutních psychických obtíží v důsledku vnitřní psychické vulnerability F 41.x - F 42.x, F 44.x - F 49

3. neodkladných stavech u dekompenzovaných chronických psychiatrických pacientů, kteří jsou v období stabilizace psychického stavu přiměřeným způsobem adaptováni na běžný život v komunitě F 2x - F 3x, F 5x - F 9x

Výkon zahrnuje i ošetření psychických reakcí při hromadných neštěstích.

Vykázání výkonu je podmíněno specializací v systematické psychoterapii u lékařů včetně psychiatrů a u klinických psychologů.

V případě výjezdu do místa krize je výkon možné vykazovat společně s výkonem 09521 (Čas strávený dopravou) bez předchozího doporučení praktickým lékařem.

Výkon nelze vykazovat v jednom dni společně s výkonem 35520 - individuální systematická psychoterapie, s výkony odbornosti 305 - psychiatrie (kombinace je možná pouze s výkony 35050 - telefonická konzultace psychiatra nebo klinického psychologa v péči o jeho pacienta, 35113 - sociální šetření a objektivní anamnéza v pacientově prostředí a 35117 - rozhovor psychiatra, dětského a dorostového psychiatra, klinického psychologa nebo sexuologa s rodinou a dalšími osobami) a se všemi výkony odborností 306 - dětská psychiatrie, 308 - léčba alkoholismu, 309 - sexuologie, 901 - klinická psychologie a 931 - dětská klinická psychologie.

42.3 Vykazování výkonů ve stacionáři

Ve stacionáři s psychoterapeutickým programem lze výkony psychoterapie kombinovat s výkony kontrolního psychiatrického, pedopsychiatrického a psychologického či pedopsychologického vyšetření s OF: 1/1 týden a výkony cíleného psychiatrického, pedopsychiatrického a psychologického či pedopsychologického vyšetření s OF: 1/1 na léčebný program (v případě psychologického či pedopsychologického vyšetření jde vždy o omezení na jedno vyšetření, nikoliv na jeden výkon).

Stacionáře s psychoterapeutickým programem - pro úhradu skupinové psychoterapeutické péče ve stacionáři lze s ošetrovacím dnem 00041 vykázat buď výkon 35610 - psychoterapie skupinová, typ I. s OF: 3/1 den nebo výkon 35620 - psychoterapie skupinová, typ II. také s OF: 3/1 den. Pro úhradu skupinové psychoterapeutické péče ve stacionáři lze s ošetrovacím dnem 00042 vykázat buď výkon 35610 - psychoterapie skupinová, typ I. s OF: 2/1 den nebo výkon 35620 - psychoterapie skupinová, typ II. také s OF: 2/1 den. V jednom čtvrtletí lze na základě zdravotní indikace (a po zápisu v dokumentaci) přejít z psychoterapie 35610 na psychoterapii 35620 nebo naopak 1krát. V případě, že je součástí léčebného programu komunita, lze dále vykázat výkon 35630 - psychoterapie skupinová, typ III. s OF: 2/1 den. Jiná než uvedená frekvenční omezení pro úhradu skupinové psychoterapeutické péče ve stacionáři neplatí. Na základě indikace (uvedené v dokumentaci) lze vykázat výkony psychoterapie individuální (35520) či rodinné (35650). Uvedené výkony psychoterapie lze vykazovat s ošetrovacím dnem 00041 maximálně po dobu 3 měsíců od zahájení léčby ve stacionáři. Po této době bude případné prodloužení léčby schváleno revizním lékařem pouze v případě, že se jedná o dg. skupiny F00 - F09 (organické duševní poruchy), F20 - F29 (psychózy schizofrenního okruhu), F30 - F39 (poruchy nálady), F42 (obsedantně kompulzivní porucha), F60.3 (hraniční poruchy osobnosti) a F10 - F16 vždy pouze s číslicí 2 na čtvrtém místě (některé toxikomanie se syndromem závislosti) a že dosavadní psychoterapeutická péče ve stacionáři měla prokazatelný efekt.

42.4 Kombinace s klinickými vyšetřeními

Výkony psychoterapie nelze kombinovat s výkony klinických vyšetření.

43. 911 - VÝKONY VŠEOBECNÝCH SESTER

Výkony autorské odbornosti 911 vykazují sestry pracující v ordinacích praktických a jiných ošetřujících lékařů. Podmínkou je u praktických lékařů registrace pacienta, u ostatních lékařů musí být indikující lékař zároveň ošetřujícím lékařem pacienta. Ošetřující lékař pacienta může indikovat výkony sester pouze v souvislosti s problémem, pro který převzal pacienta do péče.

Výkony autorské odbornosti 911 a výkony autorské odbornosti 925 nelze vykazovat současně s výjimkou výkonů číslo 06135 a 06137.

43.1 Infúzní terapie

Výkon

číslo název

06115 Dohled nad průběhem infúzní terapie á 30 min.

může být vykazován spolu s výkonem

číslo název

06113 Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace,
energetických zdrojů a léčby bolesti

pouze tehdy, přesahuje-li doba zákroku 60 minut (dokončený čas obou výkonů).

43.2. Peritoneální dialýza prováděná sestrou

Výkon

číslo název

06141 Provádění peritoneální dialýzy sestrou

mohou vykazovat také odbornosti 108, 913 a 925.

44. 913 - VŠEOBECNÁ SESTRA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb a pro poskytovatele lůžkové péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů.

Při poskytování zdravotní péče těmto pojištěncům se vykazuje poskytnutá zdravotní péče na základě ordinace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913.

45. 914 - PSYCHIATRICKÁ SESTRA

Výkony

číslo název

-
- | | |
|-------|---|
| 35811 | Zavedení / ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry |
| 35815 | Psychiatrická rehabilitace individuální |
| 35821 | Terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou |
-

budou hrazeny po předchozí indikaci psychiatrem. Výkony jsou indikovány pro schizofrenie, schizofrenní poruchy s bludy (F20 - F29), poruchy nálady (F30 - F39) a obsedantně kompulzivní poruchu (F42).

Výkon

číslo název

-
- | | |
|-------|---|
| 35811 | Zavedení / ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry |
|-------|---|
-

bude vykázán pouze při zahájení nebo ukončení rehabilitace, pravidelné revizi rehabilitačního plánu nebo v případě týmové konzultace stavu pacienta. Platnost indikace je jeden měsíc. Výkon je možno provádět nejdéle po dobu 12 po sobě jdoucích měsíců, případné prodloužení léčby podléhá schválení revizním lékařem.

Výkon

číslo název

-
- | | |
|-------|---|
| 35815 | Psychiatrická rehabilitace individuální |
|-------|---|
-

bude vykázán vždy v průběhu rehabilitace, maximálně však 3 x v průběhu jednoho týdne. Výkon je určen pro pravidelnou rehabilitaci dle schváleného rehabilitačního plánu. Platnost indikace je jeden měsíc. Výkon je možno provádět nejdéle po dobu 12 po sobě jdoucích měsíců, případné prodloužení léčby podléhá schválení revizním lékařem.

Výkon

číslo název

35821 Terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou

bude vykázán pouze při akutní dekompenzaci stavu pacienta. Platnost indikace je jeden týden bez možnosti prodloužení.

46. 921 - PORODNÍ ASISTENTKA

Autorská odbornost 921 může v rámci návštěvní služby vykazovat i výkony číslo 06135 a 06137 autorské odbornosti 911.

47. 925 - DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Výkony autorské odbornosti 925 vykazují pouze poskytovatelé poskytující domácí zdravotní péči.

Výkony autorské odbornosti 925 mohou být vykázány na základě písemné indikace praktického lékaře, nebo nejdéle 14 kalendářních dnů po ukončení hospitalizace na základě indikace ošetřujícího lékaře za hospitalizace.

Písemná indikace k domácí zdravotní péči musí obsahovat časový rozsah indikované péče odpovídající čtyřem typům ošetřovací návštěvy.

Výkony autorské odbornosti 911 a výkony autorské odbornosti 925 nelze vykazovat současně s výjimkou výkonů číslo 06135 a 06137

Výkony Ošetřovací návštěvy - typ I. až IV. lze vykazovat jednotlivě nebo ve vzájemné kombinaci, nejvíce však tři ošetřovací návštěvy v jednom dni.

Výkon
číslo název

06311 Zavedení, ukončení domácí zdravotní péče, administrativní činnost sestry v domácí zdravotní péči

lze vykázat pouze dvakrát ze jeden cyklus soustavné domácí zdravotní péče, nejvíce však dvakrát za tři měsíce.

Vlastní domácí zdravotní péče se vykazuje především výkony Ošetřovací návštěvy. Tyto výkony lze vykazovat současně s výkony materiálovými, tedy s výkony:

1. Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí
2. Odběr biologického materiálu
3. Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti
4. Ošetření stomií
5. Lokální ošetření
6. Klyisma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katétrů

7. Aplikace inhalační a léčebné terapie p. o., s. c., i. m., i. v., UV event. další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv
8. Nácvik a zaučování aplikace inzulínu a s výkonem Fyzická asistence při poskytování domácí zdravotní péče.

Výkon

číslo název

 06349 Signální kód - ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu

Ize vykázat spolu s výkony:

1. Ošetřovací návštěva - domácí zdravotní péče - typ I
2. Ošetřovací návštěva - domácí zdravotní péče - typ II
3. Ošetřovací návštěva - domácí zdravotní péče - typ III
4. Ošetřovací návštěva - domácí zdravotní péče - typ IV
5. Fyzická asistence při poskytování domácí zdravotní péče
6. Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí
7. Odběr biologického materiálu
8. Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti
9. Ošetření stomií
10. Lokální ošetření
11. Klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
12. Aplikace inhalační a léčebné terapie p. o., s. c., i. m., i. v., UV event. další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv
13. Výkon sestry v době od 22. hod. do 6 hod.
14. Výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna.

V takovém případě neplatí omezení frekvence u těchto výkonů uvedené a výkony jsou vykazovány s frekvencí odpovídající aktuální potřebnosti na základě předpisu ošetřujícího lékaře.

Rozhodnutí, že pacient je v terminálním stavu vyžadujícím změnu frekvence ošetřovatelské péče, případně fakultativní ZUM, a indikace ošetřovatelské péče o pacienta v terminálním stavu náleží registrujícímu všeobecnému praktickému lékaři, registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost, ošetřujícímu lékaři při hospitalizaci a ošetřujícímu lékaři poskytujícímu ambulantní specializovanou zdravotní péči. Předmětem indikace je jednak vykazání signálního kódu, jednak potřebná frekvence ošetřovatelské intervence, případně indikace fakultativního ZUMu.

48. 927 - ORTOPTISTA

Výkony ortoptická cvičení aktivní, pasivní a pleoptická prováděná ortoptistou lze vykazovat současně, nejvíce však šest v jednom kalendářním dni.

49. 999 - VÝKONY BEZ AUTORSKÉ ODBORNOSTI

Výkony autorské odbornosti 999 jsou určeny pro všechna klinická pracoviště.

49.1 Čas strávený dopravou

Výkon

číslo název

09521 Čas lékaře strávený přepřavou za pacientem v rámci návštěvy á 10 minut

nesmí být vykázán spolu s výkonem přepřavy.

49.2 Návštěva v zařízeních sociálních služeb

Výkon

číslo název

09519 Konzílium specialistou - návštěva specialisty u pacienta pokud se jedná o návštěvu v pobytovém zařízení sociálních služeb nebo obdobném prostředí,

Ize vykázat v jeden den pouze na jednoho klienta tohoto zařízení, výkon klinického vyšetření se vykazuje zvlášť.

49.3 Kanylace žíly

Výkonem

číslo název

09220 Kanylace periferní žíly včetně infúze

nelze vykazovat odběry. Tento výkon nelze vykazovat spolu s výkony infúze.

49.4 UZ vyšetření

Výkony

číslo název

09135 UZ vyšetření pouze jednoho orgánu v několika rovinách

09137 UZ vyšetření dvou orgánů v několika rovinách

09139 UZ vyšetření tří a více orgánů v několika rovinách

Ize vykázat pouze tehdy, pokud byla provedena obrazová dokumentace. Výkon nelze vykázat při vyšetření prsu.

49.5 Telefonická konzultace

Výkon
číslo název

09513 Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem

hradí pojišťovna pouze tomu lékaři, který je pro danou problematiku ošetřujícím lékařem. Tímto výkonem lze vykázat pouze takovou telefonickou konzultaci, která souvisí s prevencí, dispenzarizací, diagnostikou nebo léčbou.

49.6 Ošetření a převazy

Ošetření a převaz rány se vykazuje výkony:

číslo název

09237 Ošetření a převaz rány včetně ošetření kožních a podkožních afekcí do 10 cm²

09241 Ošetření a převaz rány, kožních a podkožních afekcí 10 do 30 cm²

51818 Ošetření a převaz rány, kožních a podkožních afekcí nad 30 cm²

09239 Sutura rány a podkoží do 5 cm

Pro vykázení výkonu je rozhodující plocha rány, nikoli plocha obvazu. Tyto výkony nelze v jednom dni vykazovat současně pro jednu lokalitu. Pro tyto účely jsou za lokality pokládány: hlava, krk, hrudník, břicho, záda, hýždě, každá končetina.

Popáleniny se vykazují stejně jako rány, případně speciálními výkony odbornosti popáleninové medicíny.

50. VÝKONY POUZE PŘÍSTROJOVÉ

50.1 Operační mikroskop

Použití operačního mikroskopu lze vykázat výkonem

číslo název

56419 Použití operačního mikroskopu á 15 minut

Tento výkon byl definován autorskou odborností neurochirurgie. Byl kalkulován s použitím operačního mikroskopu v pořizovací hodnotě 3 miliony Kč. Tento výkon mohou vykazovat pracoviště všech oborů.

50.2 Použití mikroskopu při operačním výkonu

Pokud je při operačním výkonu v ORL použit mikroskop, lze vykázat výkon
číslo název

71823 Použití mikroskopu při operačním výkonu á 10 minut

Tento výkon autorské odbornosti 999 lze u jednoho pacienta vykázat opakovaně,
vždy za každých dokončených 10 minut.

Kapitola 5 Ošetrovací dny

Ošetrovací dny (dále jen OD) se vykazují při hospitalizaci pacienta na lůžkovém pracovišti poskytovatele nebo při pobytu pacienta ve stacionáři, nebo při jednodenní péči na lůžku.

V jeden kalendářní den je možno vykázat pro jednoho pojištěnce nejvýše jeden OD.

Den přijetí k hospitalizaci a den ukončení hospitalizace se vykazují jako jeden OD.

OD je vykazován podle odbornosti oddělení, které OD vykazuje.

1. OŠETŘOVACÍ DNY

1. 00001 se vyazuje na akutních lůžkách odbornosti 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 201, 202, 205, 206, 207, 209, 210, 303, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407.
2. 00002 se vyazuje na akutních lůžkách odbornosti 015, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 701, 702, 704, 705, 706, 707, 708.
3. 00003 se vyazuje na akutních lůžkách odbornosti 301, 302.
4. 00005 se vyazuje na ošetrovatelských lůžkách všech odborností.
5. 00006 se vyazuje na akutních lůžkách oddělení odbornosti 305, 306, 308, 309.
6. 00010 se vyazuje na akutních lůžkách oddělení odbornosti 203.
7. 00011 se vyazuje na akutních lůžkách spinálních jednotek.
8. 00012 se vyazuje na lůžkách oddělení pro novorozence.
9. 00021 se vyazuje na lůžkách psychiatrických odborných léčebných ústavů.
10. 00022 se vyazuje na lůžkách rehabilitačních odborných léčebných ústavů.
11. 00023 se vyazuje na lůžkách odborných léčebných ústavů pneumologie a ftizeologie.
12. 00024 se vyazuje na lůžkách ostatních odborných léčebných ústavů.
13. 00025 se vyazuje na lůžkách spinálních jednotek rehabilitačních odborných léčebných ústavů.
14. 00026 se vyazuje na lůžkách dětských psychiatrických odborných léčebných ústavů.

15. 00027 se vykazuje na lůžkách dětských rehabilitačních odborných léčebných ústavů.
16. 00028 se vykazuje na lůžkách dětských odborných léčebných ústavů pneumologie.
17. 00029 se vykazuje na lůžkách ostatních dětských odborných léčebných ústavů.
18. 00030 se vykazuje na lůžkách ve speciálních zařízeních hospicového typu
19. 00031 se vykazuje za jeden den pobytu doprovodu pacienta do 6 let věku.
20. 00032 se vykazuje za jeden den pobytu doprovodu pacienta nad 6 let věku.
21. 00040 se vykazuje při jednodenní péči na lůžku.
22. 00041 se vykazuje za jeden den pobytu pacienta ve stacionáři, pokud délka pobytu dosáhne alespoň 8 hodin. V případě stacionáře s psychoterapeutickým programem jako důvodem k přijetí do stacionáře pokud délka pobytu dosáhle alespoň 6 hodin.
23. 00042 se vykazuje za jeden den pobytu pacienta ve stacionáři s frakcionovaným programem, pokud délka pobytu dosáhne alespoň 3 hodin.
24. 00051 je Ošetřovací den resuscitační péče o pacienta s 50 a více body podle bodovacího systému terapeutických zásahů (Therapeutic Intervention Scoring Systém - dále jen TISS).
25. 00052 je Ošetřovací den resuscitační péče o pacienta s TISS 40 - 49 body.
26. 00053 je Ošetřovací den resuscitační péče o pacienta s TISS 30 - 39 body.
27. 00055 je Ošetřovací den intenzivní péče vyššího stupně o pacienta s TISS 20 - 29 body.
28. 00057 je Ošetřovací den intenzivní péče nižšího stupně o pacienta s TISS 15 -19 body.
29. 00058 je Ošetřovací den intenzivní péče nižšího stupně o pacienta s TISS 9 -14 body.
30. 00061 je Ošetřovací den resuscitační péče o kojence, děti a dorost.
31. 00062 je Ošetřovací den resuscitační péče v dětské kardiologii a dětské kardiologii.
32. 00065 je Ošetřovací den intenzivní péče o kojence, děti a dorost - vyšší stupeň.
33. 00068 je Ošetřovací den intenzivní péče o kojence, děti a dorost - nižší stupeň.
34. 00071 je Ošetřovací den neonatální resuscitační péče - vyšší stupeň.
35. 00072 je Ošetřovací den neonatální resuscitační péče - nižší stupeň.
36. 00075 je Ošetřovací den neonatální intenzivní péče - vyšší stupeň.
37. 00078 je Ošetřovací den neonatální intenzivní péče - nižší stupeň.
38. 00080 je Ošetřovací den porodnické intenzivní péče
39. 00082 je Ošetřovací den porodnické intermediární péče
40. 00085 je Ošetřovací den intenzivní psychiatrické péče
41. 00098 je propustka na žádost pacienta.
42. 00099 je propustka z léčebných důvodů.

2. VE VÝKONU OD JE ZAHRNUTO:

1. veškeré vizity lékařů
2. činnost zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti (dále jen

ZPSZ), zdravotnických pracovníků nelékařských profesí, zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (dále jen ZPBD), zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (dále jen ZPOD) pokud nemají vlastní zdravotní výkony.

3. administrativní činnost mimo činnost zahrnutou v jiných výkonech
4. organizační činnost vedoucích pracovníků
5. ústavní pohotovostní služba (kromě OD 00005, 00031, 00032, 00040, 00098 a 00099)
6. stravní jednotka (kromě OD 00012, 00040, 00041, 00042, 00051, 00052, 00053, 00061, 00062, 00071, 00072, 00075, 00078, 00098 a 00099)
7. přímo spotřebovaný zdravotnický materiál (kromě OD 00031, 00032, 00041, 00042, 00098 a 00099)
8. přímo spotřebované léčivé přípravky (pouze OD resuscitační, intenzivní a intermediární péče, péče poskytované ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu a spinálních jednotek)
9. jednoúčelové přístroje (pouze OD resuscitační, intenzivní a intermediární péče a spinálních jednotek)

Ve výkonech OD, mimo OD resuscitační a intenzivní péče, není zahrnuta resuscitační a intenzivní péče.

3. K VÝKONU OD SE PŘIPOČTE:

1. úhrada za výkony agregované do ošetřovacího dne - podle odborností, s výjimkou jednodenní péče na lůžku.
2. úhrada přímo spotřebovaných léčivých přípravků (kromě OD resuscitační, intenzivní a intermediární péče, péče poskytované ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu a spinálních jednotek)
3. část úhrady nepřímých nákladů (režie) poskytovatele lůžkové péče

Výkony agregované do výkonu OD zdravotní pojišťovna neuhradí v den, kdy je pacient hospitalizován, a to ani poskytovateli lůžkové péče, kde je pacient hospitalizován, ani jiným poskytovatelům.

V případě, že poskytovatel požaduje provedení výkonu agregovaného do OD od jiného poskytovatele, uvede do žádosti o provedení výkonu, že se jedná o hospitalizovaného pacienta. Vyžádaný výkon uhradí vyžadující zdravotnické zařízení tomu poskytovateli, který výkon provedl ve výši odpovídající úhradám z veřejného zdravotního pojištění.

3.1 Úhrada za výkony agregované do OD

Ke každému OD 00001, 00002, 00003, 00006, 00010, a 00012 se připočte úhrada za výkony agregované do OD podle odbornosti, ve které byl OD vykázán.

Úhrada za výkony agregované do OD je podrobena sestupné sazbě podle stejných pravidel jako vlastní OD. Pokud je vykazován OD, který podléhá sestupné sazbě, je hodnota úhrady za agregované výkony určena podle jednotlivých OD (A až E). Pokud je vykazován OD, který sestupné sazbě nepodléhá, je hodnota úhrady za výkony agregované do hodnoty OD určena sazbou B.

Odbornost	agreg A body	agreg B body	agreg C body	agreg D body	agreg E body
101	332	276	221	221	138
102	306	255	204	204	128
103	326	271	217	217	136
104	232	194	155	155	97
105	242	201	161	161	101
106	217	181	145	145	90
107	364	304	243	243	152
108	234	195	156	156	97
109	177	147	118	118	74
201	76	63	51	51	32
202	263	219	175	175	110
203	270	225	180	180	112
205	270	225	180	180	112
206	54	45	36	36	22
207	157	131	105	105	65
209	197	165	132	132	82
210	226	189	151	151	94
301	208	173	138	138	87
302	364	304	243	243	152
303	209	174	139	139	87
304	89	74	60	60	37
305	40	34	27	27	17
306	28	23	19	19	12
308	34	28	22	22	14
309	23	19	16	16	10
401	207	172	138	138	86
402	254	212	169	169	106
403	135	112	90	90	56
404	132	110	88	88	55
405	55	46	37	37	23
407	49	41	33	33	20
501	225	187	150	150	94
502	195	162	130	130	81
503	195	163	130	130	81
504	227	189	151	151	94
505	249	207	166	166	104
506	162	135	108	108	68
507	230	191	153	153	96

601	77	64	51	51	32
602	232	194	155	155	97
603	342	285	228	228	143
604	352	294	235	235	147
605	141	117	94	94	59
606	157	131	105	105	65
607	70	59	47	47	29
701	127	106	85	85	53
702	25	20	16	16	10
704	98	82	66	66	41
705	76	63	51	51	32
706	212	177	141	141	88
707	167	139	111	111	69
708	473	394	315	315	197
Vysvětlivky k tabulce: Odbornost agreg A body agreg B body agreg C body agreg D body agreg E	odbornost, ve které je OD vykazován bodová hodnota úhrady za výkony agregované do OD typu A bodová hodnota úhrady za výkony agregované do OD typu B bodová hodnota úhrady za výkony agregované do OD typu C bodová hodnota úhrady za výkony agregované do OD typu D body bodová hodnota úhrady za výkony agregované do OD typu E				

3.2 Úhrada přímo spotřebovaných léčivých přípravků

Výše úhrady přímo spotřebovaných léčivých přípravků k OD (lékový paušál k OD) bude stanovena na základě smlouvy mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.

3.3 Úhrada nepřímých nákladů k OD

viz kapitola 7 - „Nepřímé náklady“.

4. SESTUPNÁ SAZBA OD

Úhrada OD uvedených dále podléhá sestupné sazbě.
Sestupná sazba OD se vztahuje na OD 00001, 00002, 00003, 00006 a 00010.

5. HODNOTY OD

5.1 OD podléhající sestupné sazbě

OD	body A	body B	body C	body D	Body E
----	--------	--------	--------	--------	--------

00001	933 bodů	778 bodů	622 bodů	622 bodů	389 bodů
00002	942 bodů	785 bodů	628 bodů	628 bodů	393 bodů
00003	1108 bodů	923 bodů	738 bodů	738 bodů	461 bodů
00006	1298 bodů	1082 bodů	865 bodů	865 bodů	541 bodů
00010	1197 bodů	998 bodů	798 bodů	798 bodů	499 bodů

Pásma sestupu:

A = 1,2 B

C = 0,8 B

D = 0,8 B

E = 0,5 B

5.2 OD nepodléhající sestupné sazbě

OD	body
00005	498
00011	3656
00012	781
00021	661
00022	655
00023	556
00024	556
00025	2542
00026	792
00027	655
00028	556
00029	556
00030	1004
00031	79
00032	79
00040	656
00041	175
00042	87
00051	31 872
00052	27 872
00053	23 872
00055	11 803
00057	6 582
00058	5 382
00061	25 872
00062	32 084
00065	14 723
00068	6 754
00071	28 871
00072	24 641
00075	13 578
00078	6 218
00080	6 476

00082	5 987
<u>00085</u>	<u>4 059.</u>
00098	0
00099	0

6. PRŮMĚRNÁ DÉLKA HOSPITALIZACE

Pro účely sestupné platby OD jsou stanoveny průměrné délky hospitalizace pro jednotlivé obory a počet jednotlivých typů OD při dané průměrné délce hospitalizace.

6.1 Průměrná délka hospitalizace pro jednotlivé obory

Obor	SDH	O-	O+
alergologie a klinická imunologie	13	2	2
anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína (ARO)	6	2	2
dermatovenerologie	18	2	2
foniatrie	19	2	2
rehabilitační a fyzikální medicína	23	5	5
geriatrie	24	3	3
gynekologie a porodnictví	7	1	1
chirurgie	9	2	2
vnitřní lékařství	12	3	2
kardiochirurgie	8	1	8
kardiologie	8	1	1
klinická hematologie	14	4	4
klinická onkologie	12	2	12
neurochirurgie	11	2	2
neurologie	14	4	4
nukleární medicína	11	2	2
oftalmologie	8	2	1
ortopedická protetika	19	3	3
ortopedie	12	3	2
otorinolaryngologie a audiologie	6	1	1
dětské lékařství	7	2	2
plastická chirurgie	10	3	2
popáleninová medicína	14	2	2
infekční lékařství	11	3	3
psychiatrie	30	7	5
radiační onkologie	15	2	6
revmatologie	26	7	5
stomatologie a orální a maxillofaciální chirurgie	8	1	1
pneumologie a ftizeologie	19	6	4
úrazová chirurgie	9	2	2
urologie	9	3	2

Vysvětlivky k tabulce:

SDH	průměrná délka hospitalizace maximální povolená odchylka směrem dolů
O-	maximální povolená odchylka směrem nahoru
O+	

Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze dohodnout průměrnou délku hospitalizace odchylně v rozsahu přípustné odchylky směrem dolů (zkrácení průměrné doby hospitalizace) nebo směrem nahoru (prodloužení průměrné délky hospitalizace).

Pokud není obor uveden v tabulce, bude průměrná délka hospitalizace dohodnuta mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou.

6.2 Počty OD jednotlivých typů

Pro účely sestupné sazby OD jsou stanoveny tyto počty OD jednotlivých typů pro dané průměrné délky hospitalizace.

SDH	A	B	C	D
3	1	1	1	3
4	2	1	1	4
5	2	1	2	5
6	2	2	2	6
7	3	2	2	7
8	3	2	3	8
9	3	3	3	9
10	4	3	3	10
11	4	3	4	11
12	4	4	4	12
13	5	4	4	13
14	5	4	5	14
15	5	5	5	15
16	6	5	5	16
17	6	5	6	17
18	6	6	6	18
19	7	6	6	19
20	7	6	7	20

Vysvětlivky k tabulce:

SDH	průměrná délka hospitalizace ve dnech
A	počet OD typu A
B	počet OD typu B
C	počet OD typu C
D	počet OD typu D

Při průměrné délce hospitalizace do 3 dnů se vykazují všechny dny typu A. V případě delší průměrné délky hospitalizace než 20 dnů se postupuje podle stejného mechanismu výpočtu dnů pro jednotlivé typy ošetrovacího dne.

Při překročení dvojnásobku dohodnuté průměrné délky hospitalizace se úhrada ošetrovacího dne provádí podle typu E.

Na základě smlouvy mezi poskytovatelem lůžkové péče a zdravotní pojišťovnou lze rozšířit úhradu OD typu D, pro obory radioterapie a onkologie případně i typu B, a to až na celou dobu hospitalizace.

7. PRAVIDLA VYKAZOVÁNÍ OD

7.1 Obsah resuscitační a intenzivní péče

OD resuscitační a intenzivní péče lze vykázat pouze tehdy, pokud byl naplněn jejich obsah.

7.1.1 Obligatorní obsah OD resuscitační péče

Jedná se o OD 00051, 00052, 00053, 00061 a 00062.

Resuscitační péče je poskytována při selhání jedné nebo více životních funkcí.

Obligatorním obsahem OD resuscitační péče je:

1. invazivní monitorování
2. umělá plicní ventilace

7.1.2 Obligatorní obsah OD intenzivní péče vyššího stupně

Jedná se o OD 00055 a 00065.

Intenzivní péče vyššího stupně je poskytována při poruše jedné nebo více životních funkcí.

Obligatorním obsahem OD intenzivní péče vyššího stupně je:

1. trvalé neinvazivní monitorování všech životních funkcí, včetně záznamu
2. aktivní opakované intervence pro poruchu funkce nebo vnitřního prostředí
3. speciální dokumentace

7.1.3 Obligatorní obsah OD intenzivní péče nižšího stupně

Jedná se o OD 00057, 00058 a 00068.

Intenzivní péče nižšího stupně je poskytována při hrozící poruše některé životní funkce.

Obligatorním obsahem OD intenzivní péče nižšího stupně je:

1. písemné zdůvodnění indikace k poskytování intenzivní péče nižšího stupně lékařem doporučujícím poskytnutí intenzivní péče nižšího stupně
2. písemný souhlas k poskytnutí intenzivní péče nižšího stupně lékaře přijímajícího pacienta na pracoviště intenzivní péče
3. trvalé neinvazivní monitorování nejméně jedné životní funkce
4. nitrožilní infúzní léčba
5. bilance příjmu a výdeje tekutin

7.1.4 Obligatorní obsah OD resuscitační neonatologické péče

Jedná se o OD 00071 a 00072.

Obligatorním obsahem OD 00071 je:

1. ventilační podpora
2. invazivní monitorování

Poznámka: Ventilační podpora: všechny módy mechanické ventilace vyžadující intubaci nebo CPAP aplikovaný nostrilami nebo maskou

Invazivní monitorování všech životních funkcí: srdeční akce, dechu, invazivní měření krevního tlaku, stavu vědomí, monitorování oxygenace: SatO₂

Obligatorním obsahem OD 00072 je:

1. ventilační podpora
2. neinvazivní monitorování

Poznámka: Ventilační podpora: všechny módy mechanické ventilace vyžadující intubaci nebo CPAP aplikovaný nostrilami nebo maskou

Neinvazivní monitorování všech životních funkcí: srdeční akce, dechu, neinvazivní měření krevního tlaku, stavu vědomí, monitorování oxygenace: SatO₂

7.1.5 Obligatorní obsah OD intenzivní neonatologické péče vyššího stupně

Jedná se o OD 00075.

Obligatorním obsahem OD 00075 je:

1. trvalé neinvazivní monitorování alespoň dvou životních funkcí + oxygenace
2. opakované intervence pro poruchu funkce nebo vnitřního prostředí
3. kombinovaná nebo kalkulovaná obohacená či speciální enterální výživa sondou

Poznámka: Kalkulovaná obohacená nebo speciální enterální výživa: fortifikované mateřské mléko a/nebo speciální formule pro nedonošené a patologické novorozence a/nebo liquidní formule pro nedonošené a patologické novorozence

7.1.6 Obligatorní obsah OD intenzivní neonatologické péče nižšího stupně

Jedná se o OD 00078.

Obligatorním obsahem OD 00078 je:

1. trvalé neinvazivní monitorování nejméně jedné životní funkce
2. kalkulovaná obohacená nebo speciální enterální výživa
3. termomanagement

Poznámka: Termomanagement: Měření teploty v adekvátních časových intervalech s cílem zabezpečit termoneutrální prostředí

7.1.7 Obligatorní obsah OD intenzivní psychiatrické péče

Jedná se o OD 00085.

Obligatorním obsahem OD 00085 je:

1. trvalé monitorování kamerovým systémem se záznamovým zařízením, maximálně tři pacienti na pokoji
2. neodkladné psychiatrické vyšetření, krizová intervence, emergentní psychoterapie a farmakoterapie, elektrokonvulzivní psychoterapie, ošetrovatelský proces a psychiatrická rehabilitace

OD je možné vykázat maximálně 7 dní v měsíci.

8. ZUM VYKAZOVANÝ K OŠETŘOVACÍM DNŮM

K OD nelze vykazovat žádné materiály jako zvlášť účtované materiály (dále ZUM), pokud není dále uvedeno jinak.

K OD resuscitační a intenzivní péče lze vykázat jako ZUM nitrolební čidlo na měření nitrolebního tlaku na jedno použití.

9. VÝKONY VYKAZOVANÉ SPOLU S OŠETŘOVACÍMI DNY

Spolu s OD se vykazují všechny zdravotní výkony, pokud není dále uvedeno jinak.

Spolu s OD nelze vykazovat zdravotní výkony, u kterých je uvedeno v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v položce omezení místem

„A - pouze ambulantně“

„SA - pouze na specializovaném pracovišti ambulantně“

„A - pouze ambulantně - agregován do OD“

„SA - pouze na specializovaném pracovišti ambulantně - agregován do OD“

Toto neplatí pro OD 00040, OD 00041, 00042.

Spolu s OD resuscitační a intenzivní péče nelze vykazovat výkony uvedené v následujícím seznamu, ani pokud byly provedeny jiným pracovištěm než pracovištěm resuscitační nebo intenzivní péče:

1. Drenáž hrudníku
2. Endotracheální intubace ne pro anestézii
3. Endotracheální odsávání
4. Enterální výživa
5. Forsírovaná diuréza
6. Invazivní monitorování
7. Kanylace centrální žíly
8. Kanylace periferní žíly včetně infúze
9. Kanylace plicnice a měření tlaku v zaklínění
10. Kardioverse
11. Komplexní metabolické sledování
12. Masivní objemové náhrady a přetlaková transfúze
13. Měření srdečního výdeje bioimpedancí
14. Oxygenoterapie
15. Pulzní oxymetrie
16. Punkce hrudníku
17. Punkce perikardu
18. Punkce trachey se zavedením kanyly
19. Terapeutická laváž GIT
20. Udržování tělesné teploty
21. Zavedení gastrické sondy
22. Zavedení intrajejunální sondy.
23. Zavedení katétru pro intraarteriální perfúzi
24. Zavedení močového katétru
25. Zavedení Sengstagenovy sondy

Spolu s OD resuscitační a intenzivní péče nelze vykázat žádné výkony, pokud byly provedeny pracovištěm resuscitační a intenzivní péče, vyjma výkonů:

1. Kardiopulmonální resuscitace
2. Anestézie u neodkladných operačních výkonů
3. Tracheostomie
4. Kontinuální venózní hemofiltrace
5. Akutní peritoneální dialýza
6. Akutní hemodialýza
7. Chronická hemodialýza
8. Hemofiltrace
9. Hemodiafiltrace
10. Bezacetátová biofiltrace
11. Plazmaferéza membránová
12. Hyperbarická oxygenoterapie v přetlakové hyperbarické komoře

13. Podpůrná léčba vzdušným lůžkem
14. Výkony:
 - Specializovaná hematologická léčba nemocných s allogenní transplantací kostní dřeně
 - Specializovaná hematologická léčba nemocných na specializovaných pracovištích, včetně autologní transplantace kostní dřeně
 - Transplantace allogenní kostní dřeně
 - Transplantace autologní kostní dřeně, rozmrazení a aplikace do centrálního žilního katétru na specializovaných hematologických pracovištích
15. Výkony parenterální výživy k výkonům OD intenzivní péče o pacienta s TISS body do 29 bodů
16. Převaz rány metodou VAC.

10. JEDNODENNÍ PÉČE NA LŮŽKU

Jestliže po provedení invazivního nebo operačního výkonu následuje u pacienta pouze jednodenní péče na lůžku, vykáže se tento pobyt na lůžku bez ohledu na odbornost pracoviště ošetřovacím dnem 00040 bez připočtení úhrady za výkony agregované do OD podle bodu 3.1 (Úhrada za výkony agregované do OD). Současně se vykáže smluvně dohodnutá sazba režijních nákladů daného poskytovatele lůžkové péče dle Kapitoly 7.

U poskytovatelů ambulantní péče je k jednodenní péči na lůžku přiřazena režie v nejnižší bodové hodnotě dle Kapitoly 7 náležející lůžkovému poskytovateli poskytujícímu akutní lůžkovou péči.

Jako výkony tzv. jednodenní péče na lůžku mohou být vykázány také invazivní nebo operační výkony s omezením místem „H“, „SH“, pokud byl naplněn jejich obsah uvedený v seznamu výkonů a pokud v den jejich provedení následuje jednodenní péče na lůžku vykázaná příslušným ošetřovacím dnem.

Kapitola 6 Kategorie pacienta v ústavní péči

Kategorie pacienta vyjadřuje zvýšenou náročnost ošetřovatelské péče poskytované pacientovi.

1. VYKAZOVÁNÍ KATEGORIÍ PACIENTA

Kategorie pacienta se vykazuje u všech hospitalizovaných pacientů za každý den hospitalizace kromě dne ukončení hospitalizace. První a poslední den hospitalizace

se vykazuje jako jeden den s kategorií odpovídající stavu pacienta v první den hospitalizace.

Kategorie pacienta se vykazuje i s výkonem ošetřovacího dne OD 00005 - ošetřovatelská lůžka všech odborností.

Kategorie pacienta 1 se vykazuje v den, kdy je vykazován ošetřovací den (dále OD) jednodenní péče na lůžku a resuscitační nebo intenzivní péče.

Kategorie pacienta 1 se vykazuje na oddělení pro fyziologické novorozence. Kategorii pacienta 4 lze vykazovat na oddělení pro fyziologické novorozence tehdy, pokud je na tomto oddělení hospitalizován nedonošený novorozenec či patologický novorozenec, poskytovatel nemá zřízené oddělení pro patologické novorozence a nedonošence a nedonošenci či patologickému novorozenci není v ten den vykazován OD resuscitační nebo intenzivní péče.

Hodnota kategorií pacienta:

<u>kategorie</u>	<u>body</u>	<u>název</u>	<u>legenda</u>
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>pacient na propustce</u>	<u>vykáže se každý den, kdy je pacient na propustce</u>
<u>1</u>	<u>0</u>	<u>pacient soběstačný</u>	<u>pacient je nezávislý na základní ošetřovatelské péči pacient ve stabilizovaném psychickém stavu dítě nad 10 let</u>
<u>2</u>	<u>75</u>	<u>pacient částečně soběstačný</u>	<u>pacient je částečně soběstačný, sám se obslouží s dopomocí, je schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku pacient vykazující mírné příznaky duševní poruchy, spolupracující dítě od 6 do 10 let</u>
<u>3</u>	<u>150</u>	<u>pacient vyžadující zvýšený dohled</u>	<u>lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžaduje téměř úplnou obsluhu psychicky alterovaný pacient nebo pacient vykazující středně těžké příznaky duševní poruchy vyžadující zvýšený dohled, případně přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění dítě od 2 do 6 let</u>
<u>4</u>	<u>225</u>	<u>pacient imobilní</u>	<u>lucidní, zcela imobilní pacient, případně inkontinentní, vyžaduje ošetřovatelskou pomoc při všech úkonech pacient vykazující příznaky závažné duševní poruchy vyžadující omezení pohybu a farmakologické zklidnění dítě do 2 let věku</u>
<u>5</u>	<u>300</u>	<u>pacient v bezvědomí</u>	<u>pacient je v bezvědomí, případně v deliriózním stavu, pacient vykazující příznaky těžké duševní poruchy, nebezpečný sobě či okolí, vyžadující trvalý ošetřovatelský dohled, případně použití omezovacích prostředků intenzivní psychiatrické péče</u>

Kapitola 7 Úhrada nepřímých nákladů

V kalkulaci bodové hodnoty zdravotních výkonů, s výjimkou výkonů přepravy dle kapitoly 8, není zahrnuta položka nepřímé náklady - režie.

Režii spojenou s poskytnutím ambulantní péče uhradí zdravotní pojišťovna na základě času výkonu a minutové režijní sazby. Režie výkonu se vypočte jako součin času výkonu v minutách a minutové režijní sazby příslušné k výkonům dané autorské odbornosti.

Čas výkonu je uveden v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami u každého výkonu. Minutová režijní sazba pro jednotlivé autorské odbornosti je uvedena dále.

Režii spojenou s poskytnutím lůžkové zdravotní péče uhradí zdravotní pojišťovna zčásti na základě času výkonu a minutové režijní sazby, zbývající část režie je přiřazena k ošetrovacímu dni. Hodnota režie přiřazené k ošetrovacím dnům je uvedena dále.

1. MINUTOVÁ REŽIJNÍ SAZBA PŘÍŘAZENÁ K VÝKONU

K výkonům autorské odbornosti 001, 002, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108 (vyjma nefrologické hemoelimační metody), 109, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 222, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 710, 720, 801, 802, 804, 805, 807, 808, 809, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 822, 823, 901, 902, 903, 904, 905, 910, 917, 919, 925, 931, 999 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **2,87 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 115, 117, 215, 312, 413, 697, 806 a 810 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **4,31 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 108 (pouze nefrologické hemoelimační metody), 203, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 701, 702, 704, 705, 706, 707, 708, 709 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **3,44 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 711, 714, 715, 716 a 717 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **5,16 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 721, 724, 725, 726, 727 a 728 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **6,89 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 731, 734, 735, 736 a 737 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **10,33 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 911, 913, 914, 916, 921, 927, je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **2,09 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 014, 015 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **3,59 bodu** za jednu minutu času výkonu.

Minutová režijní sazba za jednu minutu času výkonu přiřazená touto vyhláškou k výkonům jednotlivých autorských odborností se vypočte vždy k 1. červenci kalendářního roku tak, že se k současné hodnotě přičte průměrná roční míra inflace (měřená indexem spotřebitelských cen) za uplynulý rok publikovaná Českým statistickým úřadem. Takto vypočtené minutové režijní sazby se zaokrouhlují na dvě desetinná místa a použijí se v době od 1. ledna do 31. prosince následujícího kalendářního roku.

Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout vyšší minutovou režijní sazbu, než je ve vyhlášce uvedena, nejvýše však do výše 300 % uvedené hodnoty. Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout nižší minutovou režijní sazbu, než je ve vyhlášce uvedena, nejvýše však do výše 30 % uvedené hodnoty.

2. REŽIE PŘÍRAZENÁ K OD

Další část režie vyplývající z rozdílných nákladů jednotlivých poskytovatelů lůžkové péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění ve formě režie přiřazené k výkonu ošetrovacího dne.

2.1 Poskytovatelé lůžkové péče poskytující akutní lůžkovou péči

V jednom nebo několika nasmlouvaných oborech nasmlouvávají hodnotu režijních nákladů přiřazenou k ošetrovacímu dni v bodech, a to v rozmezí **28,78 - 93,50 bodu**. Režie přiřazená k ošetrovacímu dni se stanovuje pro poskytovatele jednotně.

2.2 Poskytovatelé poskytující jinou lůžkovou péči

Jedná se především o poskytovatele následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče, tedy o poskytovatele, kteří nevykazují s ošetrovacími dny, kromě vyšetření při příjmu a propuštění, žádné jiné zdravotní výkony. Hodnota režie přiřazená k ošetrovacímu dni u poskytovatelů dlouhodobé lůžkové péče je stanovena na **172,60 bodu**.

Hodnota režie přiřazená touto vyhláškou k ošetrovacímu dni se vypočte vždy k 1. červenci kalendářního roku tak, že se k současné hodnotě přičte průměrná roční míra inflace (měřená indexem spotřebitelských cen) za uplynulý rok publikovaná Českým statistickým úřadem. Takto vypočtené minutové režijní sazby se zaokrouhlují

na dvě desetinná místa a použijí se v době od 1. ledna do 31. prosince následujícího kalendářního roku.

Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout vyšší hodnotu režie přiřazené k OD, než je ve vyhlášce uvedena, nejvýše však do výše 400 %.

Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout nižší hodnotu režie přiřazené k OD, než je ve vyhlášce uvedena, nejvýše však do výše 30 %.

3. Obsah režie

V režii je zahrnuto:

Spotřeba materiálu:

palivo

pohonné hmoty a mazadla mimo pohonné hmoty a mazadla zahrnuté ve výkonech dopravy,

zdravotnický materiál mimo ten, který je zahrnut jako přímo spotřebovaný ve výkonech nebo jako ZUM účtován zvlášť

léčivé přípravky mimo ty, které jsou zahrnuty jako přímo spotřebované ve výkonech nebo jako ZULP účtovány zvlášť

potraviny mimo potraviny hrazené ve stravní jednotce v ošetřovacím dni

všeobecný materiál mimo ten, který je zahrnut jako přímo spotřebované v některých výkonech

materiál pro údržbu mimo ten, který je zahrnut ve výkonech v rámci specifické údržby jednoúčelových přístrojů

prádlo

osobní ochranné pracovní pomůcky pro zaměstnance

drobný hmotný investiční majetek

knihy a učební pomůcky

Spotřeba energie:

elektrická energie

voda (mimo vodu zahrnutou jako přímo spotřebovanou v některých výkonech)

pára

plyn

Služby:

opravy a udržování mimo specifickou údržbu jednoúčelových přístrojů zahrnutou do výkonů

cestovné zaměstnanců

náklady na reprezentaci

dopravné

nájemné

spoje (poštovné, telefonní poplatky)
dodavatelské praní prádla
dodavatelský úklid
náklady na vzdělávání, účastnické poplatky
software
ostatní služby

Osobní náklady:

mzdové náklady mimo mzdové náklady zahrnuté ve výkonech
ostatní osobní náklady mimo náklady zahrnuté ve výkonech
pojistné na veřejné zdravotní pojištění mimo pojistné na všeobecné zdravotní
pojištění zahrnuté ve výkonech
pojistné na sociální pojištění pracovníků mimo pojistné na sociální pojištění
zahrnuté ve výkonech

Daně

Ostatní náklady (odpis nedobytné pohledávky, úroky, jiné ostatní náklady)

Odpisy nehmotného a hmotného investičního majetku mimo jednoúčelové přístroje
zahrnuté ve výkonech

Vnitropodnikové náklady pokud jsou účtovány zvlášť (doprava, údržba, kotelna,
kuchyně, správa)

Kapitola 8 **Přeprava a náhrada cestovních nákladů**

1. PŘEPRAVA

Přepřavou se rozumí součást zdravotních služeb, která je poskytována poskytovatelem zdravotnické záchranné služby (dále ZZS), zdravotnické dopravní služby (dále ZDS), přepravy pacientů neodkladné péče (dále jen PPNP) nebo jinými subjekty, které splňují stanovené podmínky podle zvláštních předpisů.

1.1 Přeprava zahrnuje

1. přepravu pacientů
2. přepravu doprovodů pacientů
3. přepravu infekčních pacientů
4. jízdy vozidly ZZS
5. jízdy vozidly PPNP

- 6. přepravu patologických novorozenců a novorozenců s nízkou porodní hmotností
- 7. leteckou přepravu
- 8. přepravu k pitvě a z pitvy
- 9. přepravu zdravotnických pracovníků v návštěvní službě
- 10. přepravu lékařů při lékařské pohotovostní službě
- 11. přepravu transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přepravu lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu.

1.1.1 Přeprava pacientů

Přepřavou pacienta se rozumí přeprava pacienta mezi poskytovateli hrazených služeb nebo k poskytovateli hrazených služeb k ošetření, vyšetření nebo léčení a zpět do vlastního sociálního prostředí.

1.1.2 Přeprava doprovodů pacientů

Doprovodem pacienta se rozumí doprovázející osoba, která není členem posádky vozidla a její přítomnost je s ohledem na zdravotní stav pacienta nezbytně nutná. Doprovod pacienta je vykazován tak, že je připočten počet kilometrů ujetých s doprovodem k počtu kilometrů ujetých s pacientem a je vykazován té zdravotní pojišťovně, u které je pacient pojištěn.

Jako doprovod pacienta je vykazována pouze cesta s pacientem, cesta doprovodu bez pacienta (návrat) není hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

1.1.3 Přeprava infekčních pacientů

Přepřavou infekčních pacientů se rozumí přeprava pacientů s infekčními a parazitárními nemocemi, prováděná za zvláštního režimu podle hygienických předpisů.

1.1.4 Sekundární přeprava

Sekundární přepravou se rozumí přeprava pacienta mezi poskytovateli hrazených služeb příslušnou ZDS nebo přeprava pacienta mezi smluvními poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy příslušnou PPNP k takovému smluvnímu poskytovateli, který disponuje personálním zabezpečením, technickým a věcným vybavením potřebným k zajištění dalších hrazených služeb.

1.1.5 Přeprava pacientů ZZS

Přepřavou pacientů ZZS se rozumí přeprava výjezdové skupiny ZZS k pacientovi a přeprava pacienta za podmínek soustavného poskytování přednemocniční neodkladné péče.

1.1.6 Přeprava pacientů PPNP

Přepřavou pacientů neodkladné péče se rozumí jejich přeprava mezi poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy.

1.1.7 Letecká přeprava

Letecká přeprava pacientů se provádí v mimořádných případech na základě schválení revizního lékaře.

1.1.8 Přeprava k pitvě a z pitvy

Přeprava k pitvě a z pitvy se vykazuje výkonem přepravy s pevnou sazbou na jeden ujetý kilometr. Jízda nevytíženého vozidla bez zemřelého se nevykazuje.

1.2 V sazbě za jeden km je zahrnuto:

1. příjem požadavku
2. zpracování a třídění informací
3. zadání realizace posádce vozidla
4. jízda k pacientovi a k zemřelému při přepravě k pitvě a z pitvy
5. odborné naložení pacienta a jeho přeprava ke smluvnímu poskytovateli, popřípadě do místa určení
6. odborný dohled a nezbytná péče v průběhu přepravy
7. průběžná komunikace s dispečinkem, předání pacienta smluvnímu poskytovateli, popřípadě v místě bydliště nebo v místě určení, odborné vyložení pacienta
8. návrat na stanoviště
9. úklid, desinfekce a příprava vozidla.

2. TARIFNÍ PODMÍNKY

Výkony přepravy zahrnují přímé i nepřímé (režijní) účelně vynaložené náklady na provoz vozidel v daných režimech přeprav na jednoho pacienta.

2.1 Přeprava pacientů

2.1.1. ZDS vykáže počet kilometrů ujetých v pásmech dle odst. 7 s každým konkrétním pacientem vhodnou komunikací do místa určení dle indikace lékaře, a to i

v případě, je-li současně přepravováno více pacientů, nejvíce však 4 osoby, včetně doprovodů pacientů.

2.1.2. Přeprava pacientů provedená ZDS krajských měst může být hrazena paušální částkou. Při sjednávání paušální částky se postupuje podle vzorce: počet bodů v pásmu 1-30 km x hodnota bodu x průměrná vzdálenost na jednotku převozu v km.

Jízda nevytížená sanitky bez pacienta se nevykazuje.

Na základě smlouvy mezi smluvním poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou lze dohodnout i jiný způsob úhrady než za ujeté kilometry. V takovém případě lze přepravu hradit sjednanou paušální částkou. Při sjednávání paušální částky se vychází ze stanovených sazeb za 1 km, průměrné přepravní vzdálenosti v konkrétní lokalitě a vytížení sanitních vozů.

2.2 Přeprava infekčních pacientů

ZDS vykáže počet kilometrů ujetých s každým konkrétním pacientem, vhodnou komunikací do místa určení, dle indikace lékaře, a to i v případě, je-li současně přepravováno více pacientů, nejvíce však 4.

Jízda nevytíženého sanitního vozidla bez pacienta se nevykazuje.

2.3 Jízda vozidly ZZS, jízda vozidly PPNP, jízda vozidly při přepravě patologických novorozenců a novorozenců s nízkou porodní hmotností, jízda vozidly při přepravě transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, jízda vozidly při přepravě lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu.

V režimu jízdy vozidla ZZS, jízdy vozidla PPNP, jízdy vozidla patologických novorozenců a novorozenců s nízkou porodní hmotností, transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu, vykáže poskytovatel všechny ujeté kilometry v souvislosti se zásahem u pacienta, včetně jízdy vozidla zpět na stanoviště, pokud nebyla přerušena cestou k dalšímu zásahu.

Kromě úhrady za ujeté kilometry může být jízda vozidla ZZS, jízda PPNP, jízda vozidla při přepravě patologických novorozenců a novorozenců s nízkou porodní hmotností, jízda vozidla při přepravě transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, jízda vozidla při přepravě lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu hrazena rovněž paušálem na jeden výjezd. Tento paušál se určí výpočtem vycházejícím ze stanovených sazeb za 1 km jízdy vozidla ZZS a průměrné přepravní vzdálenosti v konkrétní lokalitě.

V dopravních výkonech jízda vozidly ZZS, jízda vozidly přepravy pacientů neodkladné péče, jízda vozidly při přepravě patologických novorozenců a novorozenců s nízkou porodní hmotností za 1 km (případně zajeden výjezd vozidla

ZZS) nejsou zahrnuty zdravotní výkony lékaře, ani výkony ostatních odborných zdravotnických pracovníků, které jsou vykazovány samostatně.

2.4 Přistavení vozidla a jízda zpět na stanoviště

Ve všech případech mimo přepravy pacientů včetně infekčních a přepravy k pitvě a z pitvy vykáže poskytovatel všechny ujeté kilometry, včetně přistavení vozidla a jízdy zpět na stanoviště, pokud nebyla jízda přerušena cestou k další přepravě. Místo a čas zahájení a ukončení výkonu musí být vždy uvedeno v příslušné dokumentaci.

3. ZVLÁŠTNÍ TARIFNÍ PODMÍNKY

Zdravotní pojišťovny v rámci smluv s poskytovateli mohou dohodnout:

- a) Individuální úhradu mimo ustanovení bodu 2.
- b) Zvýšení úhrady za výkony až o dalších 50% v případech odůvodněných demografickými a geografickými zvláštnostmi a charakteristikami území, znemožňující potřebné vytěžování vozidel ZDS nebo jejich ekonomický provoz.

4. NÁHRADY CESTOVNÍCH NÁKLADŮ POJIŠTĚNCŮM V SOUVISLOSTI S POSKYTOVÁNÍM HRAZENÝCH SLUŽEB

Přeprava pojištěnce soukromým vozidlem je hrazena podle příslušného výkonu přepravy ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního poskytovatele, který je schopen požadované hrazené služby poskytnout. Soukromý vůz musí být řízen jinou osobou, než které ošetřující lékař přepravu soukromým vozidlem schválil. Účtuje se pouze skutečný počet kilometrů ujetých s konkrétním pacientem, nikoli cesta vozidla bez pacienta.

Úhrada je provedena pojištěnci, kterému byla přeprava soukromým vozidlem schválena, a to pouze při předložení poukazu vystaveného ošetřujícím lékařem s vyznačením nutnosti individuální přepravy.

5. NÁHRADY CESTOVNÍCH NÁKLADŮ ZDRAVOTNICKÝM PRACOVNÍKŮM V JEJICH NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBĚ A V DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI

Cestovní náklady při návštěvní službě zdravotnických pracovníků jsou hrazeny podle příslušného výkonu přepravy poskytovateli, který hrazené služby v návštěvní službě poskytl. Zdravotní pojišťovna a poskytovatel mohou ve smlouvě dohodnout paušální náhrady cestovních nákladů zdravotnických pracovníků v návštěvní službě. Paušální náhrady mohou být dohodnuty na časové období nebo na navštíveného pojištěnce. Maximální vzdálenost, do které hradí zdravotní pojišťovna cestovní náklady zdravotnickým pracovníkům, je dohodnuta ve smlouvě mezi poskytovatelem a

zdravotní pojišťovnou s přihlédnutím k místním podmínkám a typu poskytovaných služeb.

6. JINÉ FORMY PŘEPRAVY

Jiné formy přepravy nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

7. VÝKONY PŘEPRAVY

<u>číslo výkonu</u>	<u>Název výkonu</u> <u>Popis výkonu</u>	<u>body/1 km</u>
<u>10</u>	<u>Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě</u>	<u>13,21</u>
<u>12</u>	<u>Přeprava lékaře v pohotovostní službě</u>	<u>13,42</u>
<u>20</u>	<u>Přeprava pacienta soukromým vozidlem</u>	<u>5,71</u>
<u>45</u>	<u>Přeprava pacienta v pásmu 1-30 km</u>	<u>22,09</u>
<u>46</u>	<u>Přeprava pacienta v pásmu 31-60 km</u>	<u>20,47</u>
<u>47</u>	<u>Přeprava pacienta v pásmu 61 - 130 km</u>	<u>18,85</u>
<u>48</u>	<u>Přeprava pacienta v pásmu 131 - 450 km</u>	<u>18,32</u>
<u>49</u>	<u>Přeprava pacienta v pásmu 451 a více km</u>	<u>9,84</u>
<u>50</u>	<u>Přeprava k pitvě a z pitvy</u>	<u>37,71</u>
<u>60</u>	<u>Přeprava transfuzních přípravků, speciálních léčiv, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu</u>	<u>31,17</u>
<u>70</u>	<u>Jízda vozidly ZZS, jízda vozidly PPNP</u>	<u>41,05</u>
<u>72</u>	<u>Přeprava patologického novorozence a novorozence s nízkou porodní hmotností k nejbližšímu specializovanému poskytovateli</u>	<u>41,05</u>
<u>74</u>	<u>Přeprava lékaře ZZS v setkávacím systému</u>	<u>31,17</u>
<u>80</u>	<u>Přeprava infekčního pacienta</u>	<u>28,01</u>